

Nuberos Científica



MONOGRAFÍA

El dolor en neonatología y práctica profesional

Mercedes Olivia Gómez Paz

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Manejo del paciente con úlcera de etiología
venosa en miembros inferiores

Raquel Pardo Vitorero, Ester González Fernández, Ángela Lombera Torre

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Palomitas con dispositivo de bioseguridad. Opinión
de Enfermería

Vanesa Fernández Martínez, Lorena Santamaría Navarro

Implementación del Sistema de Clasificación en la
Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital
Marqués de Valdecilla.

Francisco Rodríguez Borbolla, Marta Lucía Sancha Herrera,
Eva Ortiz Angulo, Patricia Pulido Pérez

Calidad del sueño en pacientes con enfermedad
mental grave: un análisis de campo

Nuria Pérez Aller, Silvia Turrado Rabanedo, Patricia Rodríguez Fernández

Influencia de la obesidad y la estructura familiar
sobre el rendimiento académico en adolescentes

Maite Santurtún Zarrabeitia, M^a José Noriega Borge, M^a Jesús Durá Ros

Violencia percibida y/o sufrida por el personal
sanitario y no sanitario de los centros de salud de
atención primaria del SCS.

M^a José Cagigas Villoslada, Silvia Ojembarrena Gallo, Enara Sáinz Navedo

ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA

Intervención de enfermería en el contexto del
tratamiento y rehabilitación de drogodependencias.

Marta Jara Royo, M^a Cruz Santamaría Martínez

Educación sanitaria grupal sobre primeros auxilios.

Verónica Cabrero Santamaría, M^a José Rodríguez Martínez

CARTAS A LA DIRECTORA

Cambios sociopolíticos en la mujer gestante

Manuela Contreras García

RECENSIÓN

Publicación científica biomédica: cómo escribir y
publicar un artículo de investigación

Mario Corral García



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 2 NUM. 8 NOVIEMBRE 2012-FEBRERO 2013

**REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA
ENFERMERÍA DE CANTABRIA**

C/ Cervantes, 10 - 5º - SANTANDER
Tfnos. (942) 31 97 20 / 21 y 696 433 625
colegio@enfermeriacantabria.com
www.enfermeriacantabria.com

**MAQUETACIÓN Y PUBLICIDAD:
EDITORIAL SENSEI**

Pl. Piqué y Varela, 1 2ºA - 39300 TORRELAVEGA
Tfno. 942 08 34 59 y 654 534 346
jesusibanez@mundivia.es

IMPRIME: GRAFICAS J. MARTINEZ

Revista indexada
en la base de datos



Impresión realizada con papel libre de cloro y
procedente de árboles de talas controladas.



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de FECAN (Fundación de la Enfermería de Cantabria) y se publica con periodicidad cuatrimestral.

FECAN es la fundación creada por el Colegio de Enfermería de Cantabria dedicada a satisfacer las necesidades y condiciones de la profesión enfermera, así como a mejorar la calidad asistencial y organizativa de la sanidad, la salud y calidad de vida de los ciudadanos y a fomentar la participación de la sociedad en el autocuidado de su salud.

Protección de datos: FECAN declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Experta en Investigación de Cuidados. Asesora de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Ana Rosa Alconero Camarero

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

Máster en Investigación de Cuidados. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

Mario Corral García

Director de la Biblioteca Marquesa de Pelayo. (Cantabria-España)

Pedro Muñoz Cacho

Técnico de Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

Licenciado y Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. (Navarra-España)

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Teresa Aguirre Oteiza

Diplomada en Enfermería. Master en Investigación de Cuidados de la Universidad Complutense de Madrid. Supervisora del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Laredo. (Cantabria-España)

Nuria Alonso Peña

Graduada en Enfermería. Área Quirúrgica del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López

Diplomada en Enfermería. Unidad de Críticos y Postoperados de Cardiovascular. H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

María Fuente Merino

Diplomada en Enfermería. Formación en Investigación. Unidad de Cuidados Intensivos Generales del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Mirian García Martínez

Diplomada en Enfermería. Experiencia investigadora. Unidad de Hemodiálisis del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Patricia López Calderón

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. (Cantabria-España)

Vanesa Martínez González

Graduada en Enfermería. Servicio de Medicina Interna del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

M. Soledad Ochoa Gutierrez

Diplomada en Enfermería. Master en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios de la Universidad de Cantabria. Supervisora de Calidad y Docencia del Hospital Laredo. (Cantabria-España)

Elena Rojo Santos

Diplomada en Enfermería. Acreditada para la realización de Revisiones Sistemáticas de la Joanna Briggs para los Cuidados Basados en la Evidencia. Área de Formación, Calidad, Investigación y Desarrollo Enfermería del H. U. Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

SUMARIO

NUBEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de Enfermería y de la Salud, en general. Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegiados de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUBEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro, solicitándolo previamente a la dirección de la publicación y con mención expresa de la fuente.



FOTO PORTADA: GOTAS DE COMPAÑÍA
Autora: Margarita Carrera Cobo)
1º premio de la categoría profesional del Concurso de Fotografía del Colegio de Enfermería de Cantabria (Edición 2013)

MONOGRAFÍA

5 EL DOLOR EN NEONATOLOGÍA Y PRÁCTICA PROFESIONAL

Mercedes Olivia Gómez Paz

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

12 MANEJO DEL PACIENTE CON ÚLCERA DE ETIOLOGÍA VENOSA EN MIEMBROS INFERIORES

Raquel Pardo Vitorero, Ester González Fernández, Ángela Lombera Torre

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

21 PALOMITAS CON DISPOSITIVO DE BIOSEGURIDAD. OPINIÓN DE ENFERMERÍA

Vanesa Fernández Martínez, Lorena Santamaría Navarro

26 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA.

Francisco Rodríguez Borbolla, Marta Lucía Sancha Herrera, Eva Ortiz Angulo, Patricia Pulido Pérez

31 CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE: UN ANÁLISIS DE CAMPO

Nuria Pérez Aller, Silvia Turrado Rabanedo, Patricia Rodríguez Fernández

38 INFLUENCIA DE LA OBESIDAD Y LA ESTRUCTURA FAMILIAR SOBRE EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ADOLESCENTES

Maitte Santurtún Zarrabeitia, M^a José Noriega Borge, M^a Jesús Durá Ros

45 VIOLENCIA PERCIBIDA Y/O SUFRIDA POR EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SCS.

M^a José Cagigas Villoslada, Silvia Ojembarrena Gallo, Enara Sáinz Navedo

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

51 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.

Marta Jara Royo, M^a Cruz Santamaría Martínez

57 EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS..

Verónica Cabrero Santamaría, M^a José Rodríguez Martínez

CARTAS A LA DIRECTORA

63 CAMBIOS SOCIOPOLÍTICOS EN LA MUJER GESTANTE

Manuela Contreras García

RECENSIÓN

64 PUBLICACIÓN CIENTÍFICA BIOMÉDICA: CÓMO ESCRIBIR Y PUBLICAR UN ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Mario Corral García



La investigación cualitativa en Salud (ICS)

Esta mirada investigadora tan querida por muchos y, sin embargo, rechazada por otros, se ha incorporado este año y para el futuro, al 'Aula de Investigación en Cuidados' del Colegio de Enfermería.

La ICS como metodología de investigación deriva de las disciplinas sociales (sociología, psicología y antropología). Hace años que viene siendo empleada en Salud Pública y para la investigación de Servicios de Salud. Del mismo modo, la Enfermería lo emplea para sus investigaciones, al mismo nivel que la investigación de perfil cuantitativo.

En la actualidad, nadie duda de la influencia de los factores sociales, culturales y las interrelaciones humanas en entornos donde transcurren situaciones de pluripatología en su complejo y amplio sentido.

Los contextos de salud y enfermedad de las personas y grupos, mediatizan la actuación de los profesionales sanitarios. Se entiende, por tanto, que la toma de decisiones clínicas no solo debe obedecer a criterios científico-técnicos sino que 'lo social, personal y cultural' también debe estar presente.

La atención a las enfermedades crónicas, la atención a los ancianos, así como los estilos de vida y su relación con la salud y enfermedad, son campos de actuación del profesional enfermero que precisan respuestas que van más allá de lo estrictamente técnico.

La disciplina Enfermera, con su concepción y visión holística de lo humano, no es ajena a estas dinámicas, por lo que precisa conocer los es-

tilos de vida, las creencias, el sentir, el vivir, la afectación, la repercusión, las dinámicas familiares y las influencias de todo ello sobre las personas, las familias y los grupos. Estos son los interrogantes que la ICS debe resolver y tener presente, con el debido rigor científico, en el momento de la toma de decisiones clínicas con el fin de que sean lo más acertadas y coherentes posibles con la vida de cada persona, familia y grupo de las comunidades a las que se presta cuidados profesionales.

Por otro lado, la metodología de trabajo enfermero en cuidados a través del proceso de atención de enfermería (PAE) también se ocupa, en parte, de este campo del conocimiento, por lo que puede y debe ser complementario a las actuaciones profesionales.

De este modo, la ICS debe realizarse por sí sola, o simultánea y complementariamente, a metodologías de investigación cuantitativas. Sin duda, todas resultan igualmente imprescindibles para el enriquecimiento y desarrollo de conocimiento.

Bibliografía

1. Gil Nebot MA, Romasco M. Promoción de la Investigación cualitativa (IC) en Salud Pública. 9 Congreso Internacional de Investigación Cualitativa en Salud Pública. México-2003. [en línea] fecha de acceso: 3 de diciembre 2007; disponible en <http://www.docudesk.com>
2. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: Apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública 2002; 76(5):173-182

Pilar Elena Sinobas (Directora)

RESUMEN DE CONTENIDOS

MONOGRAFÍA

El dolor en Neonatología y práctica profesional.— Esta monografía pretende sensibilizar a los profesionales sanitarios ante el dolor y sufrimiento de los recién nacidos cuando son sometidos a procedimientos e intervenciones terapéuticas, capacitando a las enfermeras para valorar ese dolor mediante escalas de medida y proponer un correcto manejo terapéutico para el dolor de los neonatos..

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa en miembros inferiores.— Un grupo de enfermeras elabora un documento de apoyo para los profesionales sanitarios, sobre el tratamiento y manejo adecuado del paciente con úlceras venosas en miembros inferiores, para mejorar así la calidad de vida de este tipo de pacientes y disminuir la gran incidencia, prevalencia e impacto socioeconómico que esta patología supone.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Palomitas con dispositivo de bioseguridad. Opinión de Enfermería.— Trabajo de investigación sobre la opinión de los profesionales de enfermería respecto a las palomitas de bioseguridad utilizadas para la técnica de venopunción. Se ha desarrollado en los hospitales Sierrallana-Tresmares del Servicio Cántabro de Salud.

Implementación del Sistema de Clasificación en la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla.— Triage: vocablo que proviene del idioma francés, significa elegir o clasificar. Ese concepto, aplicado a las urgencias hospitalarias, se utiliza como un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles.

Surge de la necesidad de contar con un instrumento que facilite determinar la complejidad del proceso, desarrollar las habilidades necesarias para la evaluación del paciente y establecer la prioridad de la

atención. Se describe la implementación del triage en la unidad de urgencias pediátricas que se viene realizando desde el año 2009.

Calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave: un análisis de campo.— Estudio descriptivo transversal para conocer la calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave ingresados en una unidad de rehabilitación psiquiátrica. Los resultados muestran que una buena calidad de sueño en estos pacientes, es un factor determinante de salud y de calidad de vida.

Influencia de la obesidad y la estructura familiar sobre el rendimiento académico en adolescentes.— Numerosos estudios indican la posible existencia de cierta relación entre factores como la obesidad, la estructura familiar y el rendimiento académico. Este estudio transversal multicéntrico de la población adolescente llevado a cabo en Santander, propone el análisis de la asociación entre estos factores, evidenciando en función de los resultados obtenidos la asociación de los mismos.

Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud.— Estudio descriptivo que analiza la violencia en el trabajo en el contexto de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. Llama la atención descubrir que esa violencia no es solo ejercida por los usuarios-clientes-pacientes de los servicios de este ámbito sanitario, sino también por los propios compañeros.

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Experiencia comunitaria. EpS a grupos terapéuticos.— Se continúa con la publicación del amplio programa de intervenciones de enfermería orientadas a grupos terapéuticos en el contexto comunitario. La experiencia ahora se refiere a los temas de adicciones y primeros auxilios.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



El dolor en Neonatología y práctica profesional

Autora:

Mercedes Olivia Gómez Paz^(*)

*Diplomada en Enfermería. Enfermera del
servicio de Neonatología del HUMV.
Cantabria*

() Dirección para correspondencia:
oliviamgp@gmail.com*

Recibido: Marzo 2013
Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

En las Unidades Neonatales (UN) los recién nacidos son sometidos a procedimientos dolorosos como parte de su tratamiento y cuidados rutinarios. Se conoce por diferentes tipos de indicadores que el dolor está presente en ellos.

Los objetivos de este trabajo son aumentar la sensibilidad de los profesionales sanitarios ante este dolor. Capacitar a los enfermeros para valorar el dolor mediante la utilización de las escalas de medida.

Proponer un correcto manejo terapéutico para el dolor en los neonatos.

Se exponen las diferentes escalas de medida del dolor más utilizadas y se detalla la creada por la enfermera norteamericana Susan Givens Bell, al igual que los diferentes tipos de tratamiento del dolor.

Palabras clave:

- Dolor.
- Neonato.
- Escalas.
- Analgesia.

ABSTRACT

In neonatal units (NU) newborns are undergoing painful procedures as part of their treatment and routine care. It is known, by different types of indicators, that the pain is in them.

The objectives of this work are:

- To increase health professionals awareness of this pain.
- To train nurses to assess pain using measurement scales.
- To suggest a right therapeutic use for neonates.

Furthermore, it is showed the different pain measurement scales, which are used more frequently. Finally, it is explained on the one hand, the scale created by the American Nurse Susan Givens Bell and on the other hand the different kinds of pain treatment.

Keywords:

- Pain.
- Neonate.
- Scales.
- Analgesia.

1.- INTRODUCCIÓN

A diario en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y unidades anexas de la Hospitalización Neonatal, como son los Cuidados Intermedios y los Cuidados Mínimos, los recién nacidos (RN) son sometidos a una serie de procedimientos e intervenciones terapéuticas que ocasionan dolor. Entre los procedimientos más frecuentes que causan dolor y daño tisular se encuentran las punciones del talón, vacunaciones, aspiración de secreciones, accesos vasculares, cambios de apósitos, cintas adhesivas y sensores de monitorización entre otros.

Actualmente se sabe que en los neonatos está presente el dolor por indicadores fisiológicos y comportamentales. Dicho dolor debe valorarse, prevenirse y tratarse para evitar sufrimiento y efectos negativos a largo plazo.

Los profesionales de enfermería han de tener especial sensibilidad ante el sufrimiento del RN, ya que, el tratamiento insuficiente del dolor conlleva un aumento de la morbimortalidad.

Definiciones:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como: " una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial"^{1,2}.

Las definiciones clásicas de estrés, disestrés y nocicepción no son aplicables a los neonatos sin ser adaptadas a su contexto.

Estrés: es el termino que engloba las respuestas fisiológicas normales que se originan por estímulos externos. Son res-

puestas de adaptación, no causan daño, no son conscientes y no hay sufrimiento^{1,2,3}.

Disestrés: es el sufrimiento emocional resultante de los efectos del estrés excesivo o de la experiencia dolorosa. Se reconoce por la conexión del sufrimiento a través de las claves comportamentales como ocurre en los neonatos^{2,3}.

Nocicepción: se utiliza para describir los efectos metabólicos, neurológicos y del comportamiento que genera un estímulo nocivo independientemente de cualquier juicio de conciencia, memoria, emoción o sufrimiento^{1,2,3}. Este concepto es el que se mide, de forma directa o indirecta ,en los estudios que se llevan a cabo sobre el dolor en los neonatos. La mayoría de procedimientos realizados en las UCIN causan estimulación nociceptiva. La exposición prolongada al dolor aumenta la morbilidad neonatal por la inestabilidad que se produce^{1,2,3}.

2.- OBJETIVOS

Aumentar la sensibilidad de los profesionales sanitarios ante el dolor y sufrimiento neonatal.

Capacitar a las enfermeras para valorar el dolor mediante la utilización de las escalas de medida.

Proponer un correcto manejo terapéutico para el dolor en los neonatos.

3.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Tradicionalmente el dolor en el RN se ha tratado de forma insuficiente. Se pensaba que la incapacidad de los neonatos para verbalizar dolor era sinónimo de la incapacidad para experimentarlo y recordarlo^{4,5}.

En 1985 la madre de Jeffrey Lawson, paciente RN sometido a cirugía correctiva del conducto arterioso que falleció un mes después, marcó la pauta en cuanto al abordaje del dolor en el RN⁶. Ella demandó al equipo médico que atendió a su hijo al demostrarse que durante el procedimiento quirúrgico sólo recibió relajantes musculares, sin tratamiento analgésico durante el postoperatorio. A raíz de este hecho se originó interés por la investigación formal sobre el dolor.

En el año 1987 la Academia Americana de Pediatría promueve el manejo del dolor en el RN⁷.

Con la ayuda de la resonancia magnética se han abierto nuevas vías de investigación donde se pueden ver cambios morfológicos y funcionales del cerebro en niños que fueron prematuros y experimentaron dolor. Estos cambios los hacen más susceptibles a deficiencias de atención, aprendizaje, cognitivas, alteraciones psiquiátricas y síndromes de dolor crónico⁸.

La Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) distingue, usando la definición de la IASP, el dolor agudo del dolor crónico y en su taxonomía se incluye un diagnóstico enfermero específico del dolor que enfoca sus intervenciones a disminuir o eliminar el estímulo que lo causa.

4.- HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO NEONATAL

En el medio hospitalario los RN ingresados en UCIN sufren dolor que no siempre es causado por sus patologías de ingreso sino por los procedimientos que realizan los profesionales sanitarios como: extracciones sanguíneas, punciones de talón, aspiración de secreciones, colocación de sondas, drenajes y tubo endotraqueal, eliminación de cintas adhesivas e intervenciones quirúrgicas entre otros⁸.

Existen una serie de principios generales en la prevención y manejo del dolor en los neonatos (recogidos en la lista 1) que son esenciales a tener en cuenta por el equipo multidisciplinar que atiende a los RN en las Unidades de Hospitalización Neonatal. La finalidad de estos principios es conseguir una práctica hospitalaria de excelencia en los cuidados neonatales.

Lista 1. Principios generales.

1. El dolor en los RN a menudo no es reconocible, por lo tanto no se le da el tratamiento adecuado que este requiere. La analgesia debe ser prescrita como parte del cuidado médico de los neonatos ya que estos sienten dolor.
2. Si un procedimiento es doloroso en adultos lo es también el RN pretérmino o a término.
3. Comparando la expresión de dolor en neonatos y en niños mayores, en los primeros ocasiona efectos más prolongados.
4. El adecuado manejo del dolor en los RN se asocia a menor índice de morbimortalidad.

5. Evitando factores negativos ambientales, junto con el uso de analgésicos se puede prevenir, reducir o eliminar el dolor neonatal en los procedimientos terapéuticos a los que son expuestos.

6. Sedar a los recién nacidos NO les proporciona alivio para el dolor que padecen e incluso puede enmascarar la respuesta al mismo.

7. Los profesionales en materia de salud tienen la responsabilidad de prevenir, valorar, tratar y paliar el dolor en los RN.

8. Las Unidades de hospitalización Neonatal, que proporcionan cuidados en los procesos de salud de los neonatos, son las encargadas de desarrollar guías clínicas y protocolos de actuación para el manejo del dolor en los RN.

9. Muerte digna: Cuando esta parezca inevitable de deben mantener las medidas de confort hasta el final.

5.- VALORACIÓN DEL DOLOR

El dolor en el RN se asocia con alteraciones del comportamiento, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que pueden ser recogidas y en ocasiones cuantificadas. Estos neonatos, especialmente los prematuros, están expuestos a más infecciones debido a la depresión del sistema inmunitario provocada por el dolor^{9,10}.

La memoria para el dolor requiere tanto de percepción como de capacidad cognoscitiva. Se ha observado en RN en UCIN, en los que se efectúan procedimientos dolorosos repetidos, que estos dejan de respirar o "se abandonan" cuando alguien se les acerca, manifestando que recuerdan algún efecto de la experiencia dolorosa^{9,10}.

Se recogen en la lista 2 las respuestas objetivas al dolor. Se debe recordar también que aunque el dolor no se manifieste puede existir, como ocurre con el llamado "niño congelado" (Frozen baby) y ser la expresión de un intenso y prolongado dolor^{10,11}.

Lista 2. Respuestas objetivas al dolor.

1. Signos psicológicos: Llanto, expresión facial, actitud, respuesta motora corporal, capacidad de conciliar el sueño, consuelo difícil, comportamiento, trastornos emocionales.
2. Síntomas autonómicos: Taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial, hiperhidrosis, midriasis, palidez, tensión muscular, resistencia vascular pulmonar prolongada, disminución de la saturación de O₂.
3. Variaciones metabólicas: Hiperglucemia.
4. Cambios hormonales: Aumento de cortisol, catecolaminas, glucagón, endorfinas y aldosterona, disminución de la insulina.
5. Modificaciones bioeléctricas: EEG, ECG.
6. Hallazgos de neuroimagen: RM espectroscópicas. PET.

No medir el dolor puede impedir tratarlo de la forma más adecuada. Existen estudios que investigan la validez y fiabilidad de escalas de medida del dolor en RN ya sean a término o prematuros^{12,13,14}.

A continuación se describen las escalas de medida del dolor más utilizadas:

PIPP¹⁵: Escala de medida multidimensional desarrollada pa-

Proceso	Parámetros	0	1	2	3
Gráfica	Edad gestacional	>36 sem	32 a <36 sem	28-32 sem	<28 sem
Observar al niño 15 s	Comportamiento	Activo/Despierto	Quieto/Despierto	Activo/Dormido	Quieto/Dormido
		Ojos abiertos	Ojos abiertos	Ojos cerrados	Ojos cerrados
		Mov. faciales	No mov. faciales	Mov. faciales	No mov. faciales
Observar al niño 30 s	FC max	0-4 lat/min	5-14 lat/min	15-24 lat/min	>25 lat/min
	Sat O ₂ min	0-2,4%	2,5-4,9%	5-7,4%	>7,5%
	Entrecejo fruncido	Ninguna	Mínimo	Moderado	Máximo
		0-9% tiempo	10-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo
	Ojos apretados	Ninguna	Mínimo	Moderado	Máximo
		0-9% tiempo	10-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo
	Surco nasolabial	No	Mínimo	Moderado	Máximo
			0-39% tiempo	40-69% tiempo	>70% tiempo

>36 sem valor máximo 18 (<8 ausencia o mínimo dolor, >8 dolor moderado o intenso).

Tabla 1. Escala PIPP}

Parámetros	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)	
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular	
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos	
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos	
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente	

Tabla 2. Escala NIPS –Puntuación máxima= 7 (0, no hay dolor; 7, existe dolor grave)–.

SIGNOS CONDUCTUALES	2	1	0
Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5 y 10 minutos	Duerme más de 10 minutos
Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado
Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o actividad disminuida	Normal
Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal
Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo en menos de 1 minuto
Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja
SIGNOS FISIOLÓGICOS	2	1	0
Frecuencia cardíaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad
Presión arterial (sistólica)	>10 mmHg aumento	10mmHg aumento	Dentro de la normalidad
Frecuencia respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad
SaO₂	>10% aumento de FiO ₂	≤ al 10% aumento FiO ₂	Ningún aumento de FiO ₂

Tabla 3. Escala Susan Givens Bell

ra RN a términos y pretérminos. Está muy bien aceptada por tener en cuenta la edad gestacional. Se compone de siete parámetros que incluyen indicadores de conducta, desarrollo y fisiológicos. Es de utilidad en la valoración del dolor postoperatorio y el provocado por procedimientos clínicos en neonatos de 28 a 40 semanas de gestación. Su consistencia interna, validez y fiabilidad la hacen una buena escala de valoración en prematuros.

NIPS¹⁶: Se usa en la valoración del dolor secundario a algún procedimiento. Se usa en RN de 28 a 38 semanas de gestación. También es aceptable por su fiabilidad y validez estadística.

CRIS¹⁷: Es una medida del dolor postoperatorio. Valora cinco parámetros fisiológicos y de comportamiento. Suele emplearse en neonatos de 32 a 36 semanas de gestación. Su validez y fiabilidad son buenas.

NFCS¹⁸: Sistema de codificación basado en cambios faciales, útil en el dolor postquirúrgico. Fiabilidad y validez buenas.

Susan Givens Bell^{12,19}: denominada "Escala de valoración del dolor". Es la escala más propicia para la evaluación del dolor en neonatología creada por la enfermera norteamericana Susan Givens Bell del Children's Hospital in St. Petersburg, Florida. Se valora la intensidad del dolor a través de cambios en parámetros conductuales y fisiológicos, que permiten evidenciar de manera objetiva y cuantificable la aparición e intensidad del dolor al realizar procedimientos dolorosos. Escala utilizada en el estudio científico del enfermero español Fernando Ibarra llamado "Estudio multicéntrico sobre la valoración del dolor en niños preverbales".

La escala se aplica antes y después de los procedimientos dolorosos. Es práctica, objetiva y permite una valoración rápida del dolor por parte de las enfermeras.

6.- TRATAMIENTO DEL DOLOR

El manejo del dolor se hará de forma multidisciplinar entre todos los miembros del equipo de cuidado involucrando a los padres de los RN. Se realizará previa utilización de las diferentes escalas de dolor existentes.

La enfermera tiene un papel activo y fundamental en el tratamiento de dicho dolor, ya que es el personal que atiende de forma continuada a los RN y es especialmente sensible al sufrimiento de los mismos.

6.1 Tratamiento no farmacológico: Incluyen las medidas de seguridad, protección y confort. Se definen como el conjunto de actuaciones que deben estar presentes durante la realización de las intervenciones y procedimientos de enfermería, para conseguir unos cuidados críticos más humanos y menos técnicos. Tienen amplia aplicación en el tratamiento del dolor neonatal utilizadas solas o en combinación con los tratamientos farmacológicos. No son sustitutivos de estos últimos sino complementarios y deben considerarse como la base de todo tratamiento del dolor. Su objetivo es aumentar la comodidad y estabilidad del neonato reduciendo el estrés^{20,21,22,23}.

Entre las diferentes intervenciones se encuentran las siguientes:

6.1.1 Medidas de seguridad y protección

Protección de la piel:

En el baño: la conservación de la integridad de la piel es un aspecto fundamental dentro de los cuidados de enfermería. En los RN prematuros la resistencia de la epidermis al trauma es limitada, separándose con facilidad de la dermis y dejando expuestas zonas de dermis húmeda a microorganismos causantes de infecciones nosocomiales. El baño rutinario produce sequedad, irritación y desestabilización de signos vitales especialmente la temperatura. Hay que añadir que el frotamiento de la piel es muy doloroso para el neonato, con lo que el baño se realizará con toques suaves utilizando material adecuado.

Aplicación y retirada de adhesivos: En el recién nacido aumentan las pérdidas por evaporación después de retirar cintas adhesivas. Los pegamentos que contienen dichos adhesivos se vuelven más agresivos con el paso del tiempo. Esto constituye el factor de riesgo primario para la herida traumática en el recién nacido. Para evitarlo se recomienda limitar el uso de adhesivos en la piel lo estrictamente necesario, que estos sean adecuados a la piel del neonato y se utilicen con preferencia otros métodos de fijación alternativos y seguros (como cintas de espuma o de velcro). En fijaciones de larga duración se colocaran, sobre la piel limpia, cintas adhesivas semi-permeables que actúen como protector cutáneo y sobre el cual se adhieran las fijaciones correspondientes. En los prematuros con peso inferior a 1000 gr se recomienda utilizar protectores o barreras cutáneas a base de pectinas para evitar, al retirar el adhesivo, dañar la epidermis. Los electrodos de monitorización tendrán el tamaño adecuado al RN, se colocarán utilizando hidrogel y sólo han de retirarse cuando no se precisen o sea absolutamente necesario.

Para retirar un adhesivo se ha de tener toda la paciencia posible, utilizando una gasa embebida en agua destilada

templada y usando una tracción paralela a la piel con calma y sin brusquedad.

Rotar de forma frecuente el sensor transductor de oxígeno para evitar la aparición de quemaduras locales evitando su presión excesiva y fijarlo con banda de gasa o velcro.

Protección de la piel nasal: existen enfermedades asociadas a la pérdida de esta, como resultado de colocación de sondas y todo tipo de cánulas nasales en los dispositivos de ventilación NCPAP (presión positiva continua en la vía aérea neonatal). Se utilizarán cánulas de tamaño adecuado sin presionar sobre la piel para crear el sello e inspección periódica de la misma con masaje en cada atención.

Cambios posturales: se realizarán de forma frecuente para prevenir la aparición de UPP (úlceras por presión), se recomiendan cada dos tres horas si la estabilidad del neonato lo permite. Colocar protecciones en las prominencias óseas para evitar abrasiones de la piel. Los colchones moldeables de relleno de gel son los de uso ideal.

6.1.2 Medidas de confort

Modificaciones ambientales. El entorno físico y social tiene una influencia directa e indirecta en el desarrollo de los RN. La adaptación de estos al ambiente de la unidad puede ser facilitada comprendiendo las necesidades para su desarrollo y adaptando las condiciones ambientales de acuerdo con dichas necesidades.

Luz: las normas de la Academia Americana de Pediatría recomiendan la introducción de ciclos día-noche en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y en Cuidados Intermedios. Algunos estudios sostienen que disminuir la intensidad de la luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento aumentando los periodos de sueño y ganancia de peso y disminuyendo las fluctuaciones de determinados signos vitales como la tensión arterial y frecuencia cardiaca. Para ello se recomienda utilizar con preferencia luz natural.

Uso de luces progresivas para reducir el estrés potencial del neonato con los cambios súbitos de la iluminación ambiente. Utilización de luces individuales para observaciones y procedimientos. Evitar luces intensas y brillantes.

Ruido: las UCIN se caracterizan por ambientes ruidosos y de intensa actividad por parte de los profesionales. Los neonatos son sensibles al ruido y los prematuros extremadamente sensibles por lo que la Academia Americana de Pediatría recomienda que los sonidos crónicos de la unidad no superen los 45 decibelios. Como recomendaciones se encuentran las de no apoyar objetos ni golpear con los dedos las incubadoras cerrando las puertas con suavidad. Disminuir el volumen de las alarmas de monitorización. Cubrir las incubadoras con mantas o dispositivos adecuados. No despertar al neonato de forma brusca, hablarle de forma suave antes de manipularlo con el fin de favorecer la transición gradual del sueño a la vigilia. No todos los sonidos son perjudiciales, la voz humana suave (en especial la de sus padres) es beneficiosa. Pueden utilizarse grabaciones con la voz de sus progenitores, música clásica adaptada a bebés, sonidos uterinos y latidos cardiacos para favorecer la estimulación de los RN en estados de alerta.

Cuidado postural de los neonatos para lograr un equilibrio entre la flexión y la extensión con un posicionamiento correcto e individualizado y cambio frecuente de posición. Los recién nacidos tienen tendencia a permanecer en la posición que los colocamos, aunque no sea confortable, lo que puede llevar a modificaciones en la extensión y elasticidad de los músculos y producir contracturas musculares. La posición afecta a parámetros fisiológicos y del comportamiento. Con una postura correcta se favorece la flexión, el mantenimiento de la línea media, el desarrollo visual y auditivo y la noción espacial del cuerpo además de favorecer el confort. Existen diferentes dispositivos como los rollos, nidos, colchones y almohadillas que facilitan a las enfermeras el correcto posicionamiento del RN.

Agrupación de las actividades. En las UCIN es importante establecer protocolos de manipulación mínima en RN menores de 1000 gr. y algunos con peso inferior a 1300 gr. para reducir fluctuaciones de la presión arterial y presión venosa central. Se conoce que estas fluctuaciones pueden producir hemorragias intraventriculares. La finalidad de la agrupación de las actividades es incrementar los periodos de descanso con mayor tiempo para el sueño profundo manteniendo al RN lo más relajado posible. Para ello la enfermera proporcionará cuidados individualizados adaptados a sus necesidades y no de forma rutinaria. Tendrá especial cuidado en los procedimientos de enfermería como la manipulación de catéteres arteriales y venosos, cuidados de la intubación endotraqueal y aspiración de la vía aérea, manejo de apneas e hipotensiones entre otros.

Método canguro. Se aplica a prematuros estables fisiológicamente que no necesitan un soporte ventilatorio importante. Se coloca el RN sobre el torax de la madre o del padre en postura correcta favoreciendo el contacto piel con piel. Este método permite al prematuro experimentar formas táctiles, auditivas, rítmicas (latido cardiaco) lo que mejora su estado de alerta y facilita el sueño tranquilo. Para los padres les brinda sensación de eficacia, participación de forma activa en los cuidados de su hijo mejorando la confianza en sí mismos y favoreciendo el vínculo afectivo.

Succión no nutritiva. Consiste en ofrecer al niño chupete o tetina para que succione entre las tomas ya se alimente por vía oral o por vía enteral. Diversos estudios demuestran los beneficios de esta succión, entre ellos destacar la estabilización de la frecuencia cardiaca con aumento de los niveles de oxigenación, mayor tiempo en vigilia, menor agitación favoreciendo la organización conductual y acelerando la transición hacia la alimentación oral. El chupete ha de tener el tamaño adecuado al RN para ayudar a la succión y no interferir cuando se inicie la lactancia materna o alimentación artificial. Este tipo de succión se utiliza para calmar al niño durante los procedimientos dolorosos utilizando solución de sacarosa al 24% si está indicado^{24,25}.

6.2 Tratamiento Farmacológico: se utiliza cuando los procedimientos son más agresivos²⁶, se combinan siempre con la terapia no farmacológica. Este tratamiento se realiza por prescripción médica y se elige de acuerdo a la escala analgésica de la

OMS^{27,28}. Los profesionales médicos de la unidad neonatal son los encargados de prescribir el tratamiento farmacológico adecuado e individualizado según las necesidades de los RN y los procedimientos a realizar.

- Dolor leve: no opioide (paracetamol) \pm adyuvante (midazolam).
- Dolor moderado: opioide menor (no se suelen usar) \pm no opioide \pm adyuvante.
- Dolor intenso: opioides mayores (morfina, fentanilo) \pm no opioide \pm adyuvante.

También se utilizan los anestésicos locales para piel íntegra como la pomada EMLA que se administra previamente a la realización de una punción lumbar como ejemplo.

7.- CONCLUSIONES

Las ideas preconcebidas sobre la ausencia de dolor en los neonatos han sido causantes durante años del tratamiento ausente o insuficiente. Durante estos últimos años se ha avanzado mucho en este aspecto reconociendo la existencia de dicho dolor y las consecuencias negativas del mismo.

Se han producido grandes avances tanto en la evaluación utilizando las escalas de medición del dolor como en el tratamiento de este.

La evaluación debe llevarse a cabo utilizando métodos estandarizados con suficiente validez, fiabilidad y utilidad clínica, siendo sensibles y específicos. Esta evaluación se realizará antes y después de cada procedimiento doloroso, para evaluar la eficacia de las medidas ambientales de comportamiento o agentes farmacológicos.

La implementación y utilización de la escala de valoración del dolor, además de evaluarlo rápida y objetivamente, permite que la enfermera tenga un papel activo dentro del grupo interdisciplinario de las unidades neonatales, siendo estas encargadas de gestionar el plan de cuidados que debe realizarse en los neonatos para la prevención y manejo del dolor. Permite también justificar el trabajo de enfermería como proceso, fortaleciéndose en el conocimiento del hacer y quehacer de nuestra profesión.

La aplicación de dichas escalas justifica la adopción de medidas terapéuticas al neonato antes de procedimientos dolorosos por parte del equipo de salud.

Existen una serie de medidas generales para controlar el dolor que centran los cuidados de enfermería en los ámbitos de seguridad, protección y confort para minimizar los procedimientos dolorosos. Sin embargo, en determinadas ocasiones, estas medidas pueden ser insuficientes para aliviar el dolor moderado o grave. Es necesaria la administración de fármacos analgésicos elegidos de forma cuidadosa basándose en una evaluación global del neonato.

La prevención y tratamiento del dolor se ha convertido en una parte fundamental de los cuidados neonatales, siendo el equipo de salud el encargado de considerar los métodos a utilizar, tomando decisiones correctas en favor de transitar hacia un enfoque de humanización del cuidado neonatal.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- American Academy of Pediatrics. Prevention and management of pain and stress in the neonate (RE9945). *Pediatrics*. 2000; 105: 45461.
- 2.- Betz CL, Sowden LA. Pain in children. En: Betz CL, Sowden LA, editores. *Mosby's pediatric nursing reference*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2000. p. 68091.
- 3.- Mcintosh N. Management of chronic pain in the newborn. In: Pain 1999. An updated review. Refresher Course Syllabus. International Association for the study pain. 9th World Congress on Pain. Vienna: IASP Press; 1999: 233-235.
- 4.- Kropp P. Psychological pain diagnosis in children. *Schmerz* 2004; 18: 61-74.
- 5.- Byers JF, Thornley K. Cueing into infant pain. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004; 29: 84-89.
- 6.- McGrath PJ, Unruh AM. The social context of neonatal pain. En: Stevens B, Grunau RE, editores. *Clinical perinatology*. Philadelphia: Saunders Company; 2002; 29. p. 55572.
- 7.- American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn, Committee on drugs, Section on Anaesthesiology, Section on Surgery. *Neonatal Anaesthesia*. 1987; 80: 446.
- 8.- Bildner J. Cuidados intensivos de enfermería en neonatología. Tratamiento del dolor en neonatos. 2ª edición. Deacon o'Neill, edit. McGraw Hill-interamericana 2005.
- 9.- Abu Sahn HH. Assessment of pain in infants. Proceedings of a Neonatal Consensus Group. Niza, Francia, abril de 1998. *Research and Clinical Forums* 1998; 20: 31-43.
- 10.- Discusión sobre el dolor en el neonato entre un grupo de investigadores. En: Proceedings of a Neonatal Consensus Group, Niza, Francia, abril de 1998. *Research and Clinical Forums* 1998; 20: 42-43.
- 11.- Bhutta AT, Anand KJS. Vulnerability of the developing brain neuronal mechanisms. En: Stevens B, Grunau RE, editores. *Clinical perinatology*. Philadelphia: Saunders Company; 2002; 29. p. 35772.
- 12.- Torrecillas L. Funciones de enfermería en los cuidados y tratamiento del dolor. Evaluación y control del dolor. Escalas de valoración. Artículo publicado en la web Saludbalear.com.
- 13.- Ibarra Fernandez AJ, Gil Hermoso MR, Llanos Ortega IM. Escala de valoración del dolor en Neonatología. *Tempus vitalis. Revista Internacional para cuidados del paciente crítico* 2004; 4(1).
- 14.- Sturla FL, Smith GC, Stevens B. Valoración del dolor en lactantes y niños. In: Master Myron MD. *Acute Pain in children*. *Pediatr Clin North America*. 2000; 47(3): 523-550.
- 15.- Grunau RE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonates. *Pain* 1998; 76: 277-286.
- 16.- Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, McMurray SB. *Neonatal Netw* 1993; 12: 59-66.
- 17.- Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatr Anaesth* 1995; 5: 53-61.
- 18.- Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain* 1997; 28: 395-410.
- 19.- Tietjen SD. Consistent pain assessment in the neonatal intensive care unit abstract presented at the physical and developmental Environment of the High-Risk Neonate Conference, http://St.PetersburgBeach.www.vachss.com/guest_dispatches/neonatal_pain.html
- 20.- Porter FL, Anand KJS, Phil D. Epidemiology of pain in neonates. *Res Clin Forum*. 1998; 20: 916.
- 21.- O'Rourke D. The measurement of pain in infants, children, and adolescents: from policy to practice. *Phys Ther* 2004; 84: 560-570.
- 22.- Soriano FJ. Analgesia no farmacológica: necesidad de implantar esta práctica en nuestra atención a recién nacidos y lactantes ante procedimientos dolorosos. *Evid Pediatr*. 2010;6:72.
- 23.- Anand KJS, Phil D, Carr DB. The Neuroanatomy, Neurophysiology and Neurochemistry of pain, Stress and Analgesia in Newborns and children. *Pediatr Clin North Am*. 1989; 36: 795-811.
- 24.- Pérez Gaxiola G, Cuello García CA. La sacarosa disminuye el llanto de neonatos durante procedimientos menores, aunque el electroencefalograma no se modifica. *Evid Pediatr*. 2010;6:76.
- 25.- González Rodríguez MP, González de Dios J. Los niños menores de un año sienten menos dolor al vacunarles si antes se les administran soluciones azucaradas. *Evid Pediatr*. 2010;6:78
- 26.- Aranda JV, Carlo W, Hummel P. Analgesia and Sedation during Mechanical Ventilation in neonates. *Clin Therapeutics*. 2005; 27(6): 877- 899.
- 27.- Vitali SH, Camerota AJ, Arnold JH. Anesthesia and Analgesia in the neonate. In: MacDonald MG, Mullett MD, Seshia MMK, editors. *Avery's Neonatology. Pathophysiology and management of the newborn*. 6ª ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005: 1557-1571.
- 28.- Martínez Tellería A, Cano ME. Analgesia Postoperatoria en el Neonato. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002. 9: 317- 327.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Manejo del paciente con úlcera de etiología venosa en miembros inferiores

Autoras:

Raquel Pardo Vitorero^(*)

Ester González Fernández

Ángela Lombera Torre

*Diplomadas en Enfermería. Medicina Interna.
HUMV de Santander*

^()Dirección para correspondencia:
rachel_sm3@hotmail.com*

Recibido: Diciembre 2012

Aceptado: Abril 2013

RESUMEN

Las úlceras de etiología venosa son lesiones que afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que las padecen, representando entre el 75-80% del total de las úlceras de la pierna.

Dada su elevada incidencia, prevalencia y gran impacto económico, constituyen un gran reto para el personal sanitario y el sistema de salud. El adecuado tratamiento de las mismas, es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes, por lo que resulta necesario que los profesionales sanitarios responsables de su cuidado, posean los conocimientos adecuados para llevar a cabo un correcto manejo del paciente que sufre esta patología.

La metodología del presente trabajo se ha basado en realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo del paciente con úlcera de etiología venosa en miembros inferiores, con el objetivo de describir aspectos fundamentales como son la epidemiología, la fisiopatología o el abordaje terapéutico de las mismas, y crear así, un documento al que puedan acceder todos los profesionales sanitarios, con el fin de ampliar sus conocimientos sobre el tema en cuestión y poder dar respuesta a preguntas que se generen en la práctica clínica.

Palabras clave:

- Úlcera venosa.
- Insuficiencia venosa.
- Vendaje de compresión.
- Enfermería en salud comunitaria.

ABSTRACT

Ulcers of venous etiology are injuries which impact significantly on the quality of life of people affected by them. These account for 75-80% of all ulcers on legs.

Due to their high incidence, prevalence, and great impact on economic, vascular ulcers are a major challenge for both the health personnel and the health care system. An adequate treatment of them is essential to improve the quality of patient's life. So, health professionals who are responsible for their care must have an adequate knowledge to carry out a properly managing the patient with this pathology.

The methodology of this research is based on a literature review of the management of patients with venous ulcers on legs. The aims of this research are :Firstly, describing fundamental aspects such as epidemiology, path physiology and the therapeutic approach to them. Secondly, creating an accessible document to all health professionals in order to increase their awareness and knowledge about the topic and being able to provide answer to the that questions generated in the clinical practice.

Keywords:

- Varicose ulcer.
- Venous insufficiency.
- Compression bandages.
- Community health nursing.

1.- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y/O ESTADO ACTUAL DEL TEMA. MARCO TEÓRICO.

El personal de enfermería como miembro del equipo multidisciplinar de salud, resulta clave en la atención de los pacientes con úlceras de etiología venosa (UUVV), ya que es responsable de los cuidados a través de los cuales promueve, conserva y respaldaba su salud.

Pero, ¿poseen los profesionales enfermeros los conocimientos necesarios para llevar a cabo un manejo adecuado del paciente con UUVV?

En la presente monografía, se ha realizado una revisión bibliográfica del tema propuesto, describiéndose los aspectos más relevantes de las UUVV y su tratamiento, con el fin de elaborar un documento de apoyo para los profesionales sanitarios.

Para adentrarnos en el tema, comenzaremos con los primeros conocimientos teóricos sobre el tratamiento tópico de las heridas, los cuales toman forma en zonas de conflicto y enfrentamientos, donde la intervención era rápida, dado el carácter de la herida, aplicándose presión local y una rudimentaria cobertura con apósitos de barro, emplastos de hojas, líquenes o corteza de plantas. Los cambios de apósito no eran muy periódicos y existía una importante falta de higiene, alcanzándose fácilmente la infección de la herida que culminaba en la sepsis y

posterior muerte de la persona¹.

Actualmente, la medicina ha avanzado y en los últimos 20 años se ha despertado un especial interés sobre el manejo y cuidado de las úlceras de larga evolución, y sobre el conocimiento de los mecanismos fisiológicos que las provocan, con el fin de buscar nuevas tecnologías de tratamiento y prevención.

Las úlceras de etiología venosa son lesiones que afectan de forma significativa a la calidad de vida de las personas que las padecen, suelen constituir una enfermedad crónica-recurrente, con una duración de los episodios que va desde semanas a más de 10 años². Esta enfermedad representa un costo considerable, tanto para el paciente, en términos de dolor, restricción de la movilidad y aislamiento social, como para el servicio de salud en términos económicos². De todas las úlceras de la extremidad inferior, las UUVV son las más frecuentes, representando entre el 75-80% del total de las úlceras de la pierna³, siendo más frecuentes en mujeres y multiplicándose su incidencia y prevalencia por dos a partir de los 65 años⁴.

Según el estudio DETECT-IV⁵, a través de una encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en Atención Primaria, se determinó la edad, como el factor de riesgo más importante de padecer la enfermedad, con Odds ratios (OR) de 3,5; 9,1 y 14,1 en los intervalos de 25-40, >40-65 y >65 años de edad, respectivamente⁶.

Respecto al tratamiento, para la mayoría de ellas no existe un tratamiento estándar. Esto, conlleva a que los profesionales sanitarios sigan criterios diferentes, existiendo una gran variabilidad en los tratamientos aplicados según las características de la úlcera y la disponibilidad y acceso a las distintas terapias existentes.

Según el primer estudio de prevalencia de las úlceras de la pierna en España elaborado por el GENEUPP en el año 2002⁷, se evidenció una gran variabilidad del tratamiento en este tipo de úlceras y en un 81,8% de las UUVV no se utilizaba la piedra angular del tratamiento, la compresión, o utilizaba sistemas no eficaces, frente a un 18,2% que sí lo hacía. Los sistemas utilizados por los profesionales sanitarios son: venda de crepé (58,6%), media o calcetín elástico (16,9%), sistema multicapa (11,6%), venda de compresión fuerte (10,5%), bota Unna (0,2%), y no consta el sistema en un 2,1% de los casos.

En España, a diferencia de otros países europeos, en los que la terapia compresiva está totalmente instaurada, los datos epidemiológicos nos demuestran que esta no se aprovecha al 100% de sus posibilidades, ya que muy pocos pacientes utilizan sistemas de compresión fuerte o multicapa para el tratamiento de las úlceras venosas⁸. Algo contradictorio, ya que si a las evidencias nos remitimos, el tratamiento de las UUVV se fundamenta en la corrección de la hipertensión venosa mediante el uso de sistemas de compresión fuerte, lo que permite, por una parte, una mejora del retorno venoso, dando lugar a una disminución del reflujo sanguíneo, y por otra, mejorar la sintomatología y el edema, lo que retarda la evolución de la enfermedad⁹. Según diversos trabajos de investigación, a estos beneficios se le deben añadir importantes mejoras en variables como la calidad de vida, el control del dolor, relación coste eficacia y aumento de las posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria¹⁰.

Por estos motivos, resulta clave abordar desde una perspectiva integral y eficiente los factores de riesgo de estas úlceras con el fin de prevenirlas. Este hecho, junto a la realización de un diagnóstico correcto y la aplicación del tratamiento más adecuado según las características de la lesión, permitirá a los profesionales sanitarios llevar a cabo un manejo adecuado de las úlceras de etiología venosa, disminuyendo así, las repercusiones que éstas tienen para el paciente, la sociedad y el sistema sanitario.

Por ello, se ha establecido como objetivo de esta monografía describir aspectos fundamentales como son la epidemiología, la fisiopatología o el abordaje terapéutico de las UUVV, y crear así, un documento al que puedan acceder todos los profesionales sanitarios, con el fin de ampliar sus conocimientos sobre el tema en cuestión y poder dar respuesta a preguntas que se generan en la práctica clínica.

2.- METODOLOGÍA DE BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

Para la realización de esta revisión han sido utilizados artículos científicos, libros, tesis doctorales y manuales publicados en el periodo de 2001 a 2012. Las fuentes de investigación utilizadas fueron las bases de datos Pubmed, Cuiden Plus, Scielo y Cochran Plus, usando como referencia para la búsqueda, las pala-

bras clave: úlcera venosa, insuficiencia venosa, vendaje compresivo y enfermería. Inicialmente, se identificaron un total de 48 publicaciones, reduciéndose a 18 tras la evaluación de sus referencias.

3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 EPIDEMIOLOGÍA

En España escasean los estudios epidemiológicos al respecto, según la CONUEI (Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la Extremidad Inferior), se recomienda utilizar como datos epidemiológicos fiables, los siguientes: prevalencia de úlcera de etiología venosa de 0,5 a 0,8% e incidencia de 2 a 5 nuevos casos/ 1000 personas/ año. Ambos deben multiplicarse por 2 cuando se considere el segmento de población de edad >65 años¹³, siendo más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer que oscila de 1:5 a 1:10⁴.

Podemos destacar que entre el 75-80% de las úlceras de la extremidad inferior son de etiología venosa³. La elevada prevalencia e incidencia, su cronicidad, con una duración media de heridas sin cicatrizar hasta los 43,7 meses⁷ y una tasa de recurrencia que oscila entre el 55-60% a los cinco años¹¹, constituyen las principales características epidemiológicas de la úlcera venosa.

El Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de la Pierna realizado en España por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GENEUPP)⁷, tuvo como objetivo calcular la prevalencia de las úlceras de la pierna en centros sociosanitarios, Atención Primaria y unidades hospitalarias, en el que se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 1).

RESULTADOS PRIMER ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ÚLCERAS DE LA PIERNA EN ESPAÑA			
Prevalencia	Atención primaria	Centros sociosanitarios	Unidades hospitalarias
Todas las úlceras de la pierna	0,156%	3,59%	4,67%
Úlceras venosas	0,09%	2%	1,46%
Úlceras mixtas	0,026%	0,55%	0,47%
Úlceras arteriales	0,013%	0,3%	0,76%
Úlceras pie diabético	0,027%	0,7%	1,42%

Tabla 1 (Rueda J, Torra JE, Martínez F, Verdú J, Soldevilla JJ, Roche E, et al. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Gerokomos 2004; 15: 230-247)

Otro estudio importante es el estudio DETECT-IVC, realizado en centros de salud de España por médicos de Atención Primaria. Este estudio permitió constatar que el 87,7% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo para la insuficiencia venosa y el 39,3% de los mismos manifestó que su sintomatología tenía una alta repercusión en su calidad de vida^{5,7}.

La repercusión económica y socio laboral de esta patología representa un capítulo importante en la sanidad mundial. Al ser un proceso crónico, de larga duración, está relacionado de manera importante con el absentismo laboral, pérdidas de trabajo, repercusión sobre los ingresos familiares y sobre aspectos aní-

micos (ansiedad y depresión)¹².

La estancia media hospitalaria de estos pacientes oscila entre 44-49 días¹, representando la úlcera de etiología venosa un coste durante el periodo de cicatrización <12 semanas de 400 a 500 euros, y durante el periodo de cicatrización >12 semanas y <6 meses de 900 a 1.000 euros³.

3.2. CONCEPTOS GENERALES

3.2.1 Retorno venoso normal

Las venas de la pantorrilla, asociadas a los tejidos circundantes, forman una unidad funcional conocida como bomba muscular o corazón periférico, que favorece el drenaje de la sangre venosa durante el ejercicio.

En la extremidad inferior, la circulación venosa (Fig.1) está integrada por dos sistemas o ejes venosos que discurren paralelos: el sistema venoso profundo (SVP) y el sistema venoso superficial (SVS), y por un tercero, que corresponde a las venas perforantes (VVPP), el cual establece la conexión entre los dos anteriores en diversos niveles de la extremidad¹¹.

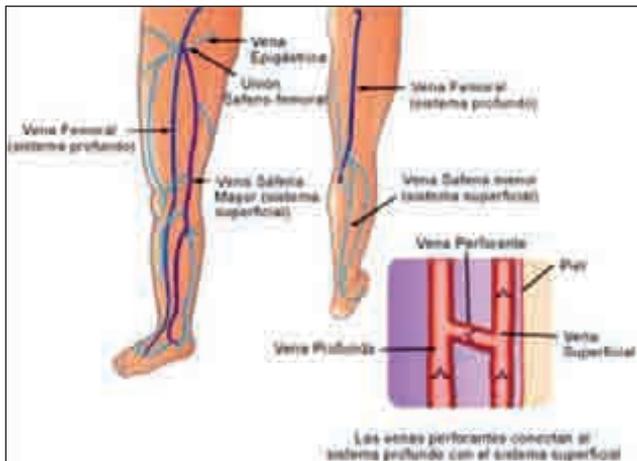


Figura 1.- Anatomía del Sistema venoso de la extremidad inferior. Imagen extraída de: <http://varicesmadrid.com/?cat=19>

El retorno venoso normal es debido, entre otros, al resultado de dos mecanismos principales:

- En primer lugar, al bombeo del músculo de la pantorrilla al caminar: el músculo se contrae y comprime los grupos venosos, principalmente del sistema venoso profundo, empujando la sangre de las extremidades inferiores hacia el corazón.
- En segundo lugar, a las válvulas unidireccionales del interior de las venas, las cuales se cierran y abren al paso de la sangre, evitando así el reflujo sanguíneo.

La presión negativa que se produce en la cavidad torácica en el momento de la inspiración (vis a fronte), así como la presión residual que llega a las venas procedente del latido cardiaco (vis a tergo), son otros dos mecanismos facilitadores del retorno sanguíneo junto con la Bomba plantar de Lejars, situada en la planta del pie, la cual se activa durante la deambulación.

3.2.2 Insuficiencia venosa crónica

La IVC se define como una anomalía del funcionamiento del sistema venoso, causada por una incompetencia valvular, asociada o no a la obstrucción del flujo venoso y que puede afectar al sistema venoso superficial, al profundo o a ambos^{13,14}. Entre un 5-10% de la población presenta alguna manifestación de la IVC¹⁵. Por supuesto, no todos los individuos con IVC llegan a desarrollar úlceras. Estudios en Alemania y Reino Unido coinciden en indicar, que las UUVV las padecen entre un 1- 1'5% de las personas con IVC¹¹.

3.2.3 Definición de úlcera de etiología venosa

Podemos definir la úlcera de etiología venosa como aquella lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología tiene como origen la IVC y su consecuente hipertensión venosa y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado³.

3.3. FISIOPATOLOGÍA

La patogénesis de las úlceras de etiología venosa comienza cuando las válvulas de las grandes venas dejan de ser funcionantes, lo que hace que la sangre oscile en sentido ascendente y descendente en los segmentos afectados. El flujo retrógrado resultante produce una menor caída de la presión al caminar (hipertensión venosa), lo que provoca una salida de fluido hacia los tejidos, y la consecuente formación del edema.

Lo que ocurre es que los capilares, originalmente diseñados como un sistema de baja presión, sufren una deformación por incremento de la presión retrógrada que se produce. Los cambios capilares (dilatación y elongación), conducen hacia una reducción del flujo sanguíneo, formación de agregados celulares (glóbulos rojos y blancos), generación de microtrombos y oclusión de los capilares, cuya consecuencia final es el infarto tisular¹. Dicho infarto es causante de las alteraciones pre-ulcerosas (atrofia blanca, lipodermatoesclerosis...) y de su consecuencia más grave, la úlcera.

Así entonces, para mantener una adecuada circulación venosa, es fundamental el correcto funcionamiento de la "bomba muscular de la pantorrilla", encargada de comprimir las venas durante la dorsiflexión del pie y abrir las válvulas venosas, evitando un flujo sanguíneo retrógrado hacia el sistema venoso superficial (Fig.2)¹.

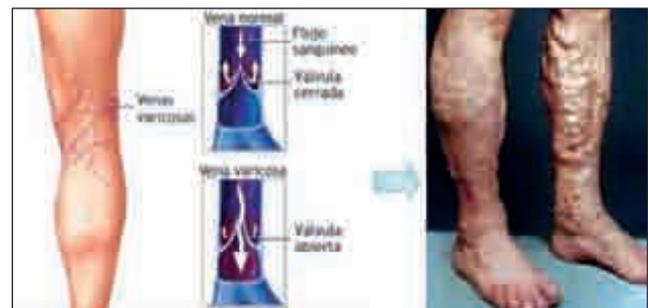


Figura 2.- Extremidad inferior con signos de hipertensión venosa. Imagen extraída de: <http://www.ulceras.net/monograficos/ulcVasculares05.html>

3.4 VALORACIÓN

La valoración es un proceso clave para realizar un tratamiento eficaz de las personas con úlceras venosas. Una valoración inte-

gral debe de incluir una historia clínica detallada, exploración física y una exploración funcional hemodinámica.

3.4.1. Valoración de la persona

- Edad y sexo.
- Condicionantes sociales o medioambientales
- Dieta
- Tabaco
- Movilidad
- Estado mental
- Antecedentes personales
- Medicación
- Dolor
- Calidad de vida

3.4.2. Valoración de la extremidad

- Hiperpigmentación (Fig.3)
- Atrofia blanca
- Edema
- Presencia de pulsos
- Varices



Figura 3.- Extremidad inferior con signos de IVC.
Imagen extraída de: <http://www.saludysintomas.com/2012/01/varices-tratamiento.html>

3.4.3. Valoración de la úlcera

- Causa final de la lesión.
- Historial del tratamiento de la lesión hasta la fecha.
- Valoración completa de la piel perilesional.
- Localización de la herida (Área de polaina).
- Características físicas de la herida: suelen ser úlceras de gran tamaño, no muy profundas, con bordes irregulares y fondo granulomatoso (Fig. 4).
- Cantidad y características del exudado.



Figura 4.- Úlcera venosa en la extremidad inferior.
Imagen extraída de: <http://www.camarahiperbarica.com/mexico-d.f/ulcera/ulcera.html>

3.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA

En la siguiente tabla se detallan las principales características de las UUVV (Tabla 2).

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS ÚLCERAS DE ETIOLOGÍA VENOSA	
Localización	Área de polaina Retromaleolares
Tamaño	Variable (desde heridas pequeñas, a otras que abarcan toda la circunferencia de la extremidad)
Profundidad	Superficiales
Bordes de la herida	Irregulares
Lecho de la herida	Rojizo, con tejido de granulación o fibrinoso
Pulsos	Presentes
Exudado	De moderado a abundante. Algunas veces hemorrágico
Piel perilesional	Escamosa Caliente Hiperpigmenada
Dolor	Acostumbran a ser poco dolorosas. Si existe, mejora al elevar las piernas.
Otras características	Prurito, Eczema

Tabla 2

3.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las UUVV se realiza en base a criterios clínicos, los cuales deben confirmarse mediante estudios hemodinámicos y excepcionalmente angiográficos.

No obstante, y en base a sus signos y síntomas clínicos, es factible realizar una orientación diagnóstica inicial basada en los aspectos detallados en el apartado de UUVV.

3.6.1. Diagnóstico clínico de la úlcera de etiología venosa.

Se recomienda establecer el diagnóstico clínico inicial de UUVV, en presencia de los siguientes signos y síntomas clínicos³:

- Herida localizada en la zona lateral interna del tercio distal de la pierna (área de polaina).
- De morfología redonda u oval.
- Con bordes excavados.
- Tejido periulceroso con alteraciones cutáneas previas (dermatitis ocre, hiperqueratosis o atrofia blanca).
- Expresión de dolor baja o nula (excepto en presencia de infección).
- Pulsos tibiales positivos.
- ITB (Índice tobillo brazo) superior a >0,75.

3.6.2. Diagnóstico diferencial de las úlceras de etiología vascular.

El diagnóstico clínico de la úlcera venosa puede verse facilitado por medio de la comparación de las diferencias entre las UUVV y las arteriales, (Tabla 3).

DIFERENCIAS ENTRE ÚLCERAS VENOSAS Y ARTERIALES		
	ÚLCERAS VENOSAS	ÚLCERAS ARTERIALES
Aspecto	Bordes delimitados excavados. Fondo granulatoso Sangrantes	Bordes planos Fondo atrófico No suele sangrar
Localización	Región lateral interna del tercio inferior de la pierna	Sobre prominencias óseas, cabezas de metatarsianos y dedos
Etiología	Insuficiencia venosa primaria o secundaria	Arteriosclerosis, enfermedad, De Buerger, Hipertensión, tabaquismo, diabetes...
Pulsos Distales	Conservados, normales	Ausentes o débiles
Clínica	Moderadamente dolorosas Se alivian con el decúbito.	Dolor importante El dolor aumenta con el decúbito
Otros signos	Edema de la pierna Piel enrojecida, calor local, prurito. Eczematosa. Dermatitis ocre. Varicosidades	Piel delgada y seca Atrófica. Brillante y blanquecina. Descenso de la temperatura. Uñas engrosadas

Tabla 3 (Conferencia Nacional sobre el consenso de úlceras de la extremidad inferior (CONUEI). 2009. Madrid-Barcelona: EdiKaMed, S.L.)

3.6.3. Evaluación vascular no invasiva.

Existen diversos métodos no invasivos para confirmar una enfermedad venosa en personas con ulceraciones, cuyo origen se sospecha de etiología venosa. Los métodos de evaluación incluyen:

- Examen físico: Color y Tª de la piel, cuarteamiento de la piel, tiempo de relleno capilar, palpación de pulsos.
- Doppler portátil e Índice tobillo brazo:

$$\text{Índice tobillo brazo (ITB)} = \frac{\text{presión sistólica de la arteria pedia o tibial posterior}}{\text{presión sistólica de la arteria braquial}}$$

Interpretación del Índice tobillo-brazo (ITB):

- Ø 0,91 - 1,1: Valor normal.
- Ø 0,61 - 0,9: Claudicación leve.
- Ø 0,3 - 0,6: Claudicación moderada
- Ø <0,3: Dolor en reposo, isquemia crítica.

- Otras pruebas más específicas: eco-Doppler, pletismografía.

3.7 ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

El tratamiento de las UUVV se basa en medidas tanto locales como sistémicas para controlar la patología subyacente. De acuerdo con las evidencias disponibles, el tratamiento de estas úlceras tiene como base dos grandes pilares: el manejo de la úlcera como una herida crónica y el manejo de la hipertensión venosa, su causa primordial, mediante sistemas de alta compresión de creciente y sostenida¹⁰.

La eficacia del tratamiento de las UUVV depende de la eli-

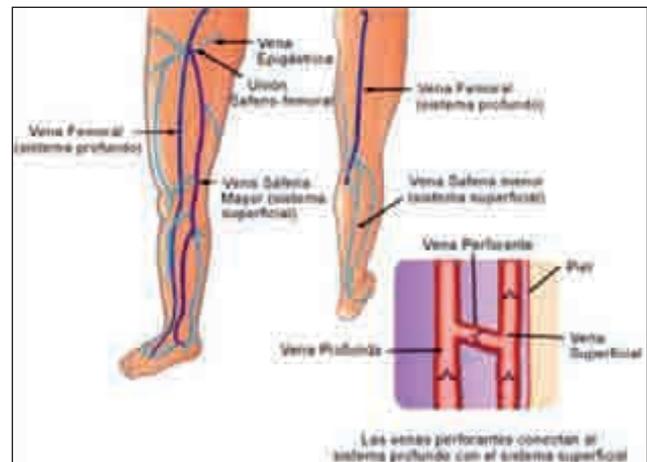


Figura 5.- Realización del ITB mediante Doppler portátil. Imagen extraída de: <http://www.revespcardiol.org/en/node/2080548>

minación o control de los factores causales, de un adecuado soporte sistémico y de la prescripción de la terapia tópica apropiada; para lo cual es fundamental evaluar al paciente considerando su estado general, su estado nutricional, la edad, las enfermedades asociadas, el uso de medicamentos y las posibles alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, entre otras¹³.

3.7.1. Medidas generales

Las medidas generales van dirigidas a modificar algunos de los aspectos etiopatogénicos de la enfermedad: obesidad, sedentarismo, ortostatismo prolongado, calzado, temperatura exterior, estreñimiento o terapéuticas hormonales.

3.7.2. Tratamiento farmacológico.

Son muy limitados los estudios clínicos sobre la efectividad del tratamiento farmacológico en la cicatrización de la úlcera de etiología venosa, pero según la CONUEI³, únicamente dos fármacos tienen efectos demostrados sobre el ratio de cicatrización de las UUVV, uno de ellos es la Pentoxifilina a dosis de 600 mgrs./24 h/vía oral y otro la Fracción Flavonoica Purificada y Micronizada de la Diosmina, a dosis de 1.000 mgrs./24 h/vía oral.

3.7.3. Terapia de compresión.

Para poder contrarrestar la IVC causante de la úlcera, lo que se debe hacer es aplicar una terapia que facilite el retorno sanguíneo hacia el corazón combatiendo la hipertensión venosa y así la úlcera pueda cicatrizar de forma similar a como lo haría en una persona sin patología venosa.

Para ello, el mecanismo más eficaz es la compresión, ya que con ella conseguimos aportar una presión externa que facilitará el retorno venoso hacia el sistema circulatorio central, la cual debe de complementarse con una terapia médica, apósitos adecuados y educación sanitaria al paciente y familia.

Efectos de la compresión

La compresión produce unos efectos fisiológicos y bioquímicos que favorecen la cicatrización de las UUVV, entre estos efectos se encuentran²:

- Reduce el diámetro de las venas principales, lo cual disminuye a su vez el volumen de sangre local y aumenta la velocidad del flujo de retorno.

- Disminuye el edema.
- Facilita la acción del músculo de la pantorrilla.
- Disminuye la presión en el sistema venoso superficial y en el sistema venoso profundo.

Métodos de Compresión

Existen diferentes sistemas para lograr una compresión eficaz, pero no todos han logrado los mismos niveles de curación. Se agrupan en sistemas pasivos y activos (Tabla 4).

TIPOS DE COMPRESIÓN	
ACTIVA	PASIVA
Bota Unna	Medias elásticas
Vendajes short-stretch	Vendajes long stretch
	Vendajes multicapas
	Compresión neumática

Tabla 4

En una revisión sistemática publicada en la Cochrane² se pudo establecer que las úlceras tratadas con compresión presentaban unos mejores resultados que las tratadas sin compresión y que los sistemas de compresión multicapa que permiten obtener elevadas cifras de compresión son más efectivos que los de baja compresión o los de una capa (venda crepe), de ahí a que se considere el vendaje multicapa como el tratamiento Gold Standard de las UUVV. Las principales ventajas de los vendajes compresivos multicapa son:

- Presión gradual y sostenida.
- Mantienen la compresión hasta una semana.
- Contienen capas de vendaje absorbentes que facilitan la absorción del exudado.
- Toleran la reducción del edema.

3.7.4. Cuidados locales de las úlceras venosas.

Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida, los cuales conforman un esquema que ofrece a profesionales sanitarios un enfoque global del tratamiento de las heridas crónicas. Para ello, se ha acuñado el acrónimo (TIME), cuyo objetivo es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, del exudado, de la carga bacteriana y, de forma no menos importante, mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización^{1,16} (Tabla 5).

ESQUEMA TIME ²¹	
ACRÓNIMO TIME	TERMINOS PROPUESTOS POR LA EWMA (European Wound Management Association)
T= Tejido no viable o deficiente	→ Control del tejido no viable
I= Infección o inflamación	→ Control de la inflamación e Infección
M= Desequilibrio de la humedad	→ Control del exudado
E= Borde de la herida que no mejora o está debilitado.	→ Estimulación de los bordes epiteliales

Tabla 5.- Preparación del lecho de la herida. Documento de posicionamiento de la EWMA.2004

• Limpieza de la lesión

Comenzaremos con la limpieza de la herida con solución salina isotónica a una presión que no cause trauma en el lecho, pero que facilite el arrastre mecánico de los restos necróticos, seguida de un escrupuloso secado siempre por presión y no por arrastre.

• Control del tejido no viable (T)

La mayoría de las UUVV, sin complicación, presentan relativamente poco tejido necrótico en la superficie de la herida y no precisan desbridamiento intensivo. En caso de ser necesario escogeremos de entre los existentes (quirúrgico, cortante, enzimático, autolítico, osmótico, larval o mecánico) eligiendo el que mejor se adapte a las características de la herida y de la persona que la padece.

• Control de la inflamación e infección (I)

Las UUVV, como todas las heridas crónicas, están contaminadas en su superficie, es decir hay presencia de microorganismos en el lecho de la úlcera. Esto no quiere decir que la UUVV esté infectada, o que la cicatrización no se pueda llevar a cabo de una forma normal.

El control de la carga bacteriana será fundamental para asegurarnos un óptimo proceso de cicatrización. Ante la sospecha de infección local (signos clínicos de infección y evolución tórpida pese a llevar un tratamiento correcto...) debemos realizar un cultivo del tejido subyacente mediante una punción percutánea, que nos confirme o descarte la presencia de bacterias patógenas en él para comenzar con tratamiento antibiótico sistémico y local si procede.

• Control del exudado (M)

Las UUVV suelen producir, como hemos comentado, un exudado abundante, lo que puede retrasar la cicatrización y provocar maceración de la piel circundante, por ello, tratar el exudado crónico es esencial para una correcta preparación del lecho de la herida, dado que prolonga la fase inflamatoria e inhibe la proliferación celular.

Para lograr controlar el exudado es fundamental eliminar el edema mediante la compresión¹⁶, ya que ésta, contribuye a optimizar el equilibrio de humedad local, reduciendo la producción de exudado y la maceración tisular, así como a garantizar una perfusión tisular adecuada, mejorando el retorno venoso. Destacar también, que el apósito local utilizado bajo el sistema compresivo debería absorber gran cantidad de exudado, siendo eficaces las espumas de poliuretano o los alginatos y en la medida de lo posible debe no ser adhesivo, para minimizar el riesgo de reacciones alérgicas o dermatitis de contacto.

• Estimulación de los bordes epiteliales (E)

El objetivo de este escalón TIME será conseguir que los bordes se encuentren intactos, funcionales y libres de tejido no viable.

Las personas con UUVV son propensas a padecer en sus piernas problemas como maceración o dermatitis. En el caso de pieles expuestas a humedad como consecuencia del exudado, los productos barrera como los protectores cutáneos no irritantes o las pastas de óxido de zinc pueden ser

un recurso de gran utilidad.

Por otra parte, la compresión suele provocar descamación en las piernas tratadas, por lo que la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados, mejorará la troficidad de los queratinocitos y aumentará la resistencia de la piel a agresiones.

3.7.5. Tratamiento quirúrgico.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la eliminación del reflujo venoso responsable de la aparición de la úlcera y de su cronicidad a nivel del sistema venoso superficial y de las venas perforantes.

Se ha mostrado resolutorio en aquellas úlceras cuya causa etiológica es la IVC primaria, con tasas de cicatrización del 90-95% post cirugía, ausencia de mortalidad y una morbilidad no grave, del 10-12%.

Sin embargo, la cirugía derivativa y/o reconstructiva sobre el SVP ha acreditado tasas de cicatrización del 50-60%, ausencia de mortalidad, una morbilidad grave y recidivas del 55-60% a los 5 años³.

3.7.6 Otras terapias

• Terapia de presión negativa

La terapia con presión negativa es un sistema de cicatrización no invasivo y activo, que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de las heridas agudas y crónicas. Consiste en colocar sobre la úlcera una esponja de éter de poliuretano porosa, en la que se coloca un tubo de drenaje fenestrado conectado a una bomba regulable de vacío, que crea una presión negativa que puede variar entre 50 y 125 mmHg¹⁷.

La cura se cambia cada 48-72 horas, pudiendo el paciente realizar las actividades habituales de la vida diaria¹⁷.

3.8. PREVENCIÓN DE RECIDIVAS

El tratamiento de las UUVV es un gran desafío para los profesionales sanitarios, pero tan importante como el tratamiento es la necesidad de establecer las medidas preventivas necesarias para evitar la aparición o recidiva de la úlcera¹⁸. El objetivo de estas medidas deberá abordar tanto una prevención primaria basada en llevar a cabo educación sanitaria para prevenir la aparición de úlceras, así como una prevención secundaria para aquellas personas con grados de IVC más avanzados, en la que el objetivo principal será evitar la recidiva de la úlcera.

4.- CONCLUSIONES

- El conjunto de las enfermedades venosas se estima que consumen en Europa entre el 1,5-3% de los gastos sanitarios, por lo que la repercusión económica y sociolaboral de esta patología representa un capítulo importante en la sanidad mundial.
- Al ser un proceso crónico, de larga duración, está relacionado directamente con un importante absentismo laboral, pérdidas de trabajo, repercusión sobre los ingresos familiares y sobre aspectos anímicos (ansiedad, depresión).
- El adecuado tratamiento de las úlceras venosas con terapéutica de compresión es fundamental para una correcta cicatrización de las mismas, considerándose el vendaje multicapa la piedra angular del tratamiento.
- Resulta clave abordar desde una perspectiva integral y eficiente los factores de riesgo de estas úlceras con el fin de prevenirlas, por lo que resulta necesario que los profesionales sanitarios dispongan de los conocimientos y habilidades necesarias para abordar este problema de salud.

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Grossi GP. Manejo del paciente con úlcera venosa de miembros inferiores [Monografía en Internet]. Argentina: Universidad Nacional del Rosario; 2009 [Acceso el 6 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.clinicaunr.com.ar/Posgrado/Graduados/Manejo%20del%20paciente%20con%20ulcera%20venosa%20de%20miembros%20inferiores.%20Dra%20Grossi.pdf>
2. O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compresión para las úlceras venosas de las piernas (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD000265. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Verdú J, Marinel. I. J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla J. Conferencia Nacional sobre el consenso de úlceras de la extremidad inferior (CO-NUEI). Documento de consenso. Madrid-Barcelona: EdiKaMed S.L; 2009.
4. Rodríguez Vázquez J, Carrasco Espinar R, López Larrubia F, Conde Crespillo L, Sáez Acosta A. Nuevas tendencias en el abordaje de úlceras venosas sistema de terapia compresiva "vendajes multicapas". Hygia 2010; 73:5-12.
5. Gesto-Castromil R, García JJ. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. Angiología 2001; 53:249-260.
6. Rubio-Terrés C, Domínguez-Gil Hurlé A. Análisis coste-efectividad del tratamiento de pacientes con úlceras venosas debidas a la insuficiencia venosa crónica con fracción flevotonica purificada y micronizada y terapia compresiva o con terapia compresiva solamente. Rev Esp Econ Salud 2005; 4:87-94.
7. Rueda J, Torra JE, Martínez F, Verdú J, Soldevilla JJ, Roche E, et al. Primer estudio Nacional de prevalencia de úlceras de la pierna en España. Estudio GENEAPP- UIFC-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos 2004; 15:230-247.
8. Moffat C. Understanding compression therapy. EWMA Position document. London: MEP; 2003.
9. Serra, N, Palomar F, Capillas R, Berenguer M, Aranda J, Sánchez et al. Efectividad del tratamiento de las úlceras venosas con vendaje compresivo multicapa asociado a protección de la piel con Cavilon (película barrera no irritante). Gerokomos 2010; 21: 124-130.
10. Torra JE, Rueda J, Blanco J, Torres J, Toda Lloret L. Venous ulcers. Multilayer compression system or crepe bandage? Comparative study on effectiveness, cost and impact on quality of life. Rev Enferm 2003; 26: 59-66.
11. Marinel. I. Roura J. Úlceras de la extremidad inferior. 1ª Edición. Barcelona: Glosa; 2005.

12. Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología* 2003; 55: 260-267.
 13. Guimarães Barbosa, JA, Nogueira Campos, LM. Directrices para el tratamiento de úlcera venosa. *Enfermería Global* [Internet] 2010 [5 Marzo de 2012]; 20: 1-13. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/>.
 14. Arcediano M^aV. Clasificación de la insuficiencia venosa crónica. *Todoheridas* 2010; 1: 28-29.
 15. González Tabares E, Sánchez-Coll S. Enfermedad Vascul ar Periférica: Problemas Venosos de Miembros Inferiores [Monografía en Internet]. Madrid: Sección de Cirugía Vascul ar Periférica. Hospital General U. Gregorio Maraño n. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cap_13.pdf
 16. Moffat C, Morison M, Pina E. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Wound bed preparation in practice. London: MEP Ltd; 2004.
 17. Nieto Perea O, Belmar Flores P, Harto castaño A. Curas de vacío en el tratamiento de las úlceras cutáneas. *Piel* 2003; 18: 519-522.
 18. Escudero JR, Bellmunt S, Latorre E. Apuntes en insuficiencia venosa crónica (IVC) para atención primaria. 1^a ed. Barcelona: Nexus médica Editores S.L; 2009.
-



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Antigua palomilla sin dispositivo de bioseguridad y la nueva palomilla Greiner Bio-one con el dispositivo de bioseguridad que actualmente se usa en el Servicio Cántabro de Salud.

Palomillas con dispositivo de bioseguridad. Opinión de enfermería

Autoras:

Vanessa Fernández Martínez^(*)
Lorena Santamaría Navarro

*Unidad de Medicina Interna del Hospital
Sierrallana. Cantabria*

^()Dirección para correspondencia:
vanessafernandezmartinez@yahoo.es*

Recibido: Marzo 2013
Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

El objetivo de este estudio es conocer la opinión acerca de las características de las palomillas con dispositivo de bioseguridad implantadas en el año 2012 en el Servicio Cántabro Salud y el nivel de satisfacción de las enfermeras en su uso en el Hospital Sierrallana y Tres Mares.

Se realiza un estudio descriptivo transversal en todos los servicios susceptibles de realizar extracciones sanguíneas con las palomillas con dispositivos de bioseguridad. El cuestionario recoge variables referentes a sus características.

Salvo en el servicio de urgencias, cuyo porcentaje de extracciones con palomilla es pequeño, el volumen de extracciones con este dispositivo en el resto de los servicios es elevado. El 70,14% de los profesionales que respondieron los cuestionarios, consideran las palomillas una buena opción frente al 22,38% que no están satisfechos y el 7,46% se muestran indiferentes. La satisfacción de los respondedores es inversamente proporcional al volumen de analíticas extraídas habitualmente en cada servicio.

Estos dispositivos son considerados una buena alternativa para el futuro reduciendo la incidencia de pinchazos fortuitos, aunque también son encontradas deficiencias en su diseño y ciertas características que dificultan la práctica diaria. Es llamativo el porcentaje de profesionales que no está satisfecho con el dispositivo de seguridad o les resulta indiferente. Las medidas de información-formación son necesarias antes y después de su implantación.

La evaluación de los enfermeros es imprescindible y contribuye a la detección de problemas mejorando el diseño de los dispositivos.

Palabras clave:

- Bioseguridad.
- Seguridad de dispositivos.
- Dispositivos de acceso vascular.

ABSTRACT

The aims of this study research is are: Knowing the opinion about the characteristics of the blood collection set with needlefree intravenous connectors, which was implanted in Cantabrian Service Health in 2012.

The level of satisfaction of the nurse staff with its use in the hospitals Sierrallana and Tres Mares.

A transversal descriptive study is performed in particular services, which take blood samples with blood collection set and needlefree connectors. The questionnaire includes variables related to their characteristics.

The amount of blood draws with this kind of set was high in all services except Emergency Department, where this percentage was low.

70,14 % of the staff, who answered the questionnaires, judged the blood collection set as a good option front of 22,38 % that are not satisfied and 7,46 % are indifferent. The interviewees' satisfaction is inversely proportional to the quantity of blood test taking in each service.

These devices are considered a good alternative for the future in order to reduce unexpected needlestick injuries incidents. However, some faults in its design and some difficulties in its dairy use are found. It is remarkable the percentage of professionals who are not satisfied or are indifferent with the device's safety. Information and training measures are required before and after its implementation.

Nurses's evaluation is essential and helps to identify the problems in order to improve devices designs.

Keywords:

- Biosafety.
- Device safety.
- Vascular acces devices

1.- INTRODUCCIÓN

Las inoculaciones accidentales con material corto-punzante continúan siendo una fuente de exposición a patógenos importantes como VHB, VHC y VIH en profesionales sanitarios¹. A partir del RD 664/1997 de 12 mayo sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición, se diseñaron dispositivos con mecanismos de bioseguridad que intentan reducir el riesgo.

La participación de los profesionales en el proceso de selección y evaluación contribuyen a la detección de dificultades y problemas, pudiendo mejorar así el diseño de los mismos¹.

El hecho de que un dispositivo sea o no aceptado por parte de los profesionales sanitarios depende de factores tales como la percepción del riesgo implícito en la técnica o posibles contagios de enfermedades potencialmente graves².

A lo largo del último año se han ido incorporando en todos los centros sanitarios del SCS, las nuevas palomillas Vacuette (Greiner Bio-one) con dispositivo de bioseguridad sustituyendo a las antiguas palomillas Venofix (Braun) sin dicho sistema.

Las palomillas que actualmente se usan (tamaño único 21G)

cuentan con las siguientes características:

- Sistema de extracción completo en un solo kit.
- Esterilización con óxido de etileno.
- Sistema de protección de cánula que cubre aguja contaminada tras la extracción.
- Evita cualquier tipo de manipulación previa a la extracción.
- Nivel de seguridad: MÁXIMO.
- Cánula de acero inoxidable siliconada diseñada para facilitar la venopunción de venas difíciles.
- Extremo triplemente biselado.
- Cánula montada sobre un soporte con dos aletas laterales que facilitan la manipulación aumentando la precisión al realizar la punción.

2.- OBJETIVO

Conocer la opinión de los profesionales acerca de las características de los dispositivos y su nivel de satisfacción en los hospitales Sierrallana y Tresmares.

3.- METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal realizado tras aproximadamente un año de la implantación de las nuevas palomillas con dispositivo de seguridad. La población total está formada por 200 enfermeras y la población diana son todos aquellos profesionales de enfermería susceptibles de realizar extracciones sanguíneas con el nuevo material. Los datos fueron recogidos a lo largo de un mes, periodo suficiente para que fueran cumplimentadas de forma voluntaria y anónima por el mayor número de profesionales.

Se repartieron un total de 150 cuestionarios en los servicios de cirugía (1A), urología (1B), traumatología (1C), hospital de día, medicina interna (3A y 3C), plantilla de corretornos o reten conocida como pool de enfermería, urgencias y hospital Tresmares, conformando la muestra seleccionada para el estudio, previa información de los mismos a las supervisoras de cada unidad.

La encuesta recoge variables como la percepción de eficacia de este dispositivo, aceptación del el sistema en un solo kit, la ergonomía de la palomilla aportada por sus aletas laterales, la optimización en el tiempo y llenado de los tubos de analítica, las posibles alternativas a este sistema de extracción, la correcta visualización del reflujo de la sangre en la venopunción...etc., y finalmente el grado de satisfacción general de los profesionales. El análisis estadístico se realiza calculando el porcentaje a partir de la media de cada variable en los diferentes servicios para cada uno de los ítems preguntados (sí, no, indiferente).

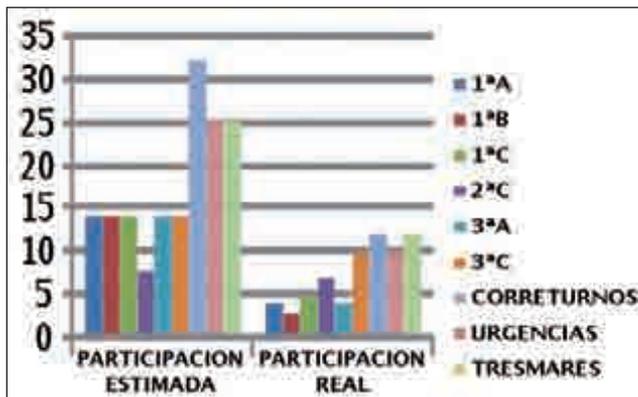
Los resultados son expresados en porcentajes y representados en gráficos. Se establece, para su fácil visualización, un eje de abscisas en el que se indican los ítems sí, no o indiferente para cada una de las variables. Y en el de ordenadas el número total de profesionales sometidos a estudio. Además, se separan cada uno de los servicios en diferente color. El texto que acompaña a los gráficos especifica el porcentaje de los datos obtenidos.

4.- RESULTADOS

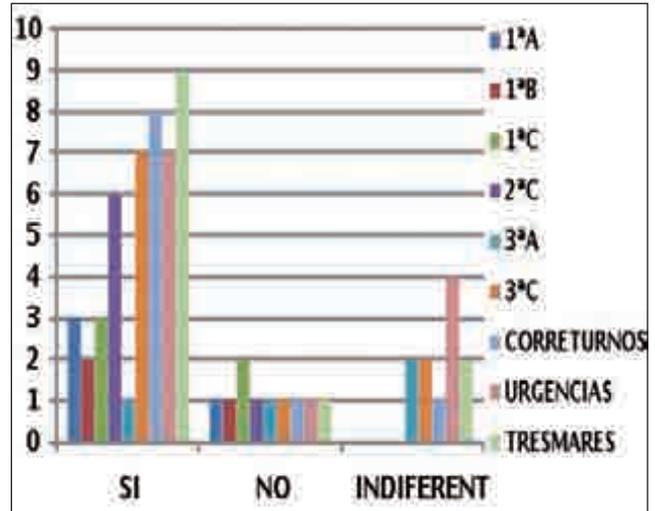
El volumen de extracciones en general supera las diez analíticas a la semana en la mayoría de los servicios, salvo en urgencias donde las extracciones con palomilla son una técnica esporádica.

De los 150 cuestionarios repartidos, 67 fueron respondidos (44,6%). Siendo un dato importante las diferencias de participación e implicación en los diferentes servicios.

Participación.



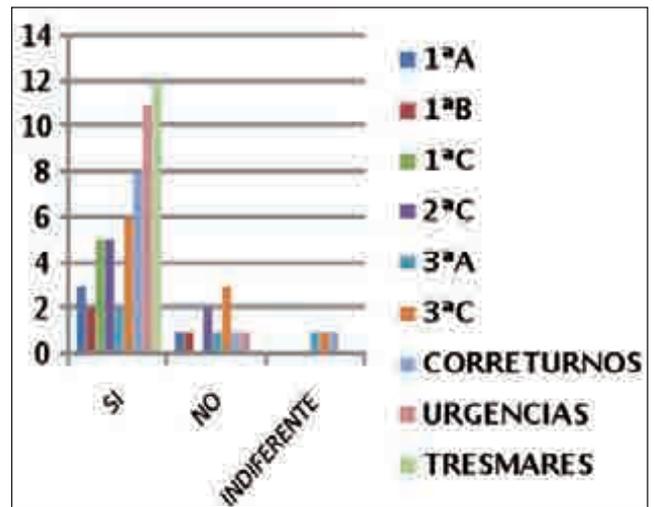
Practicidad sistema seguridad



Se muestra el número de profesionales que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 del servicio de corretornos.

Se determina que el 68% de los encuestados, consideran práctico el dispositivo de seguridad y el 31,3% no lo consideran de su agrado o incluso se muestran indiferentes.

Único Kit.

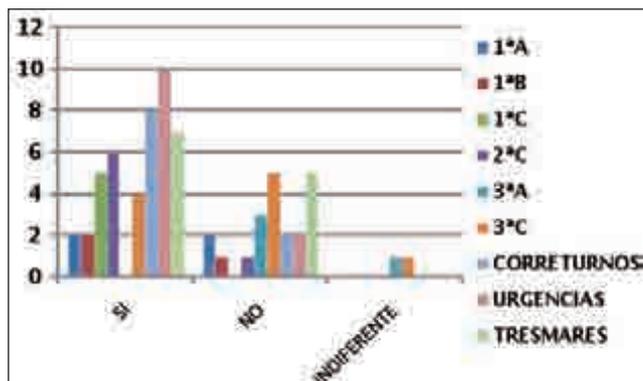


Se muestra el número de profesionales que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 a los que da cabida el servicio de corretornos.

El sistema de extracción completo en un solo kit es aceptado por un porcentaje del 59 %.

En el eje de ordenadas se muestra el número de profesionales (no el porcentaje) que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 a los que da cabida el servicio de corretornos. Asimismo, en el eje de abscisas se muestra "participación estimada" (muestra el número total de profesionales a los que iba dirigida nuestra propuesta) y "participación real" (número de profesionales que respondieron a los cuestionarios proporcionados)

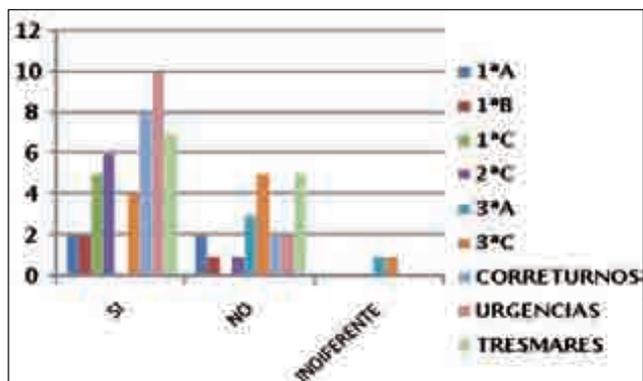
Aletas laterales.



Se muestra el número de profesionales que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 del servicio de correturnos.

Las aletas laterales no suponen una desventaja a la hora de extraer analíticas para la mayoría de los encuestados (79,10%) aunque hay que remarcar que en las plantas donde se realizan un número elevado de extracciones (Medicina Interna) sí que es valorada como un problema obstaculizando la sujeción y por tanto, la realización de la técnica.

Llenado tubos.

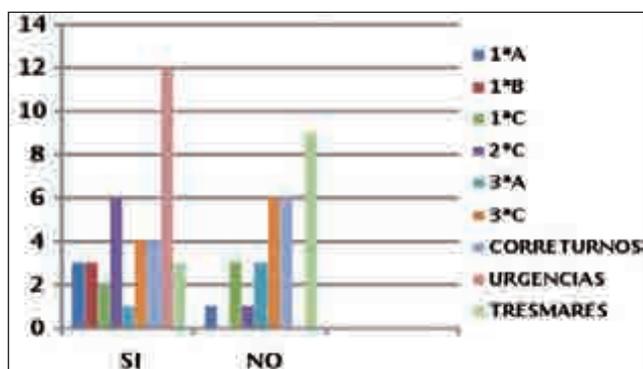


Se muestra el número de profesionales (que no el porcentaje) que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 del servicio de correturnos.

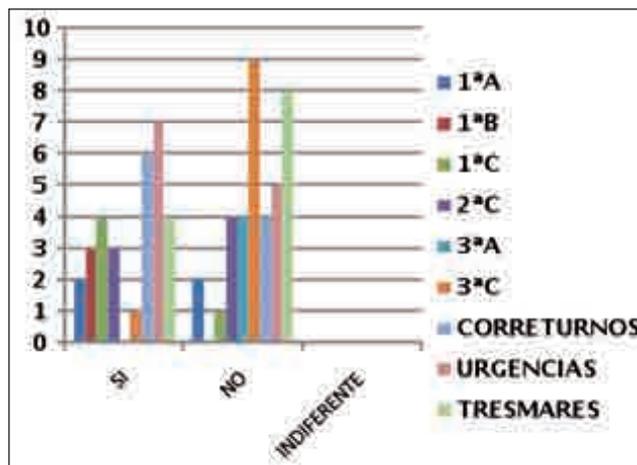
El 65,67% consideran que el llenado de los tubos se realiza de una forma óptima, en comparación con el 31,34% que cree que no se realiza de forma adecuada.

Uso de otras alternativas.

Se muestra el número de profesionales que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 del servicio de correturnos.



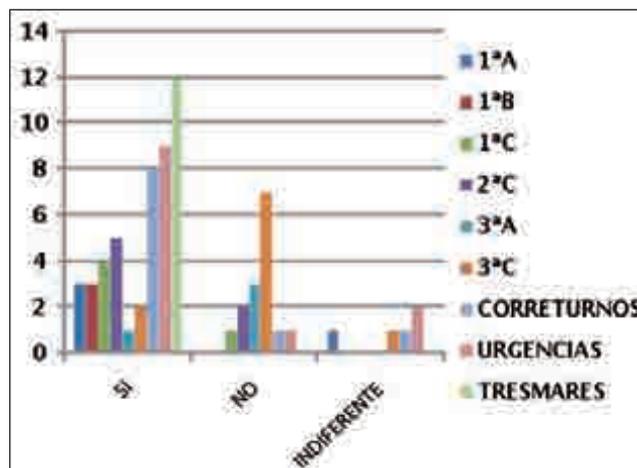
Cámara palomilla



Se muestra el número de profesionales que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 del servicio de correturnos.

Respecto al diseño de la palomilla, para un 55,22% la cámara supone un inconveniente, dado que no se visualiza correctamente el reflujo de la sangre. El 44,77% restante no lo considera un problema. Además, reseñar que ninguno de los profesionales se muestra indiferente con su diseño.

Satisfacción general.



Se muestra el número de profesionales que oscila desde los 14 en servicios médicos y quirúrgicos hasta los 32 del servicio de correturnos.

El 70,14% de los profesionales respondedores, consideran las palomillas una buena opción frente al 22,38% que no están satisfechos. Un 7,46% se muestran indiferentes a éste respecto.

5.- DISCUSIÓN

Respecto de las aletas laterales, pueden constituir un problema en la sujeción una vez realizada la punción. Algunos dispositivos pueden resultar inseguros y poco prácticos si requie-

ren una excesiva manipulación². Igualmente pueden no resultar bien aceptados si los dispositivos tienen distinto tamaño y requieren cambios en el establecimiento de la técnica².

Cuando los profesionales opinan acerca del llenado de los tubos, aparece un porcentaje significativo que no creen que se realice de forma óptima, consideran que la sangre no refluye con la presión suficiente para realizar un llenado rápido.

Más de la mitad de los encuestados usan otras alternativas para extracción de sangre, pero esto tiene que ver con el servicio de origen, por ejemplo las enfermeras de urgencias aprovechan la canalización de la vía para extraer sangre. En este servicio el uso de palomillas es esporádico y casualmente el nivel de satisfacción es elevado. Se entiende que los profesionales que realizan extracciones ocasionalmente tienen percepciones diferentes respecto de los que lo hacen a menudo².

El mayor descontento en porcentaje es provocado por el diseño de la palomilla.

La cámara a la que refluye la sangre no permite ver con claridad si la venopunción es exitosa, aunque no todos los profesionales opinan así.

Las medidas de información-formación son claves antes y después de la implantación de estos dispositivos.

6.- CONCLUSIONES

Aunque el bajo índice de participación de los profesionales constituye una limitación importante, los resultados obtenidos revelan claramente la opinión de éstos respecto de las características de las palomillas y el grado de satisfacción que les suscita.

En términos generales, la mayoría de los encuestados considera positivo el uso de estos dispositivos en la práctica clínica³. La aceptación mayoritaria del dispositivo de seguridad incorporado muestra como los profesionales lo consideran importante para prevenir inoculaciones accidentales³. No obstante, debe fomentarse su evaluación para detectar problemas en su utilización¹².

El sistema de extracción completo en un único kit constituye una innovación exitosa para la mayoría de profesionales ya que facilita la técnica y evita manipulaciones innecesarias.

Finalmente la opinión mayoritaria de los profesionales es satisfactoria, están de acuerdo en que el dispositivo les protege y es una buena alternativa para reducir la incidencia de pinchazos.

Además, conocer la opinión de los profesionales ayuda a la mejora del diseño de los dispositivos.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Bajo L, Serrano Ramos C, Valle Robles ML, Bardón Fernández-Pacheco I, O'Connor Pérez S, Caso Pita C. Aceptación de los dispositivos de bioseguridad de material corto-punzante en personal de enfermería de un hospital terciario. Med. Segur. trab. v55.n215 Madrid abri-jun 2009.
2. Simpkins SM, Haiduven DJ, Stevens DA. Safety product evaluation: six years of experience. Am Infect Control. 1995 Oct; 23(5):317-22.
3. Casey AL, Elliott TS. The usability and acceptability of a needleless conector system. Br J Nurs 2007 Mar 8-21; 16(5):267-71.

ANEXO I

ENCUESTA.

1.- Indica el servicio al que perteneces:

2.- ¿Cuántas analíticas extraes de media en una semana con palomilla?

0-5 5-10 >10

3.- ¿Consideras práctico el dispositivo de seguridad incorporado en la palomilla?

Si. No. Me resulta indiferente.

4.- ¿Consideras eficaz el sistema de extracción completo en un único Kit?

Si. No. Me resulta indiferente.

5.- ¿Crees que las aletas laterales facilitan la manipulación y sujeción al realizar la punción?

Si. No. Me resulta indiferente.

6.- ¿Consideras que el llenado de los tubos de analítica se realiza de una manera óptima?

Si. No. Me resulta indiferente.

7.- ¿Utilizas otras opciones para las extracciones sanguíneas? En caso afirmativo, indica cual.

Si. _____ No.

8.- ¿Consideras que la cámara de la palomilla deja ver de manera óptima cómo refluye la sangre?

Si. No. Me resulta indiferente.

9.- En términos generales ¿Estás satisfecho con las palomillas con dispositivo de bioseguridad?

Si. No. Me resulta indiferente.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



Implementación del sistema de clasificación en la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla

Autores:

**Francisco Rodríguez Borbolla,
Marta Lucía Sancha Herrera,
Eva Ortiz Angulo,
Patricia Pulido Pérez^(*)**

*Diplomados en Enfermería.
Unidad de Urgencias Pediátricas HUMV.
Cantabria*

^()Dirección para correspondencia:
patriciappulido@hotmail.com*

Recibido: Marzo 2013
Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

La clasificación es una forma de valorar al paciente priorizando su atención en función de la gravedad. Hay una escala de 5 niveles. El objetivo del trabajo es describir la implantación del sistema de clasificación en urgencias pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla.

Desde el 1/12/09 se realiza la clasificación en nuestra unidad en un box habilitado, con equipamiento necesario y personal de enfermería formado.

Se realizó un estudio de aplicación del sistema y otro de satisfacción del paciente.

Como conclusión, el sistema de clasificación garantiza una adecuada atención estableciendo un nivel de gravedad aplicando el triángulo de valoración pediátrica, que permite unificar criterios y evitar variabilidad.

Palabras clave:

- Clasificación.
- Pediatría.
- Urgencias.

ABSTRACT

The classification system is a way of assessing priority on patient depending on the severity. It has a scale with different levels from 1 to 5.

The aim of our work is to describe the implementation of the classification system in paediatric emergency department in Marques de Valdecilla Hospital.

Since 1st December 2009, classification system has taken place in a ward, which is enabled with the necessary equipment and trained and qualified nursing staff.

We made a research about the implementation of classification system and another one about the patient satisfaction.

In conclusion, classification system ensures a proper attention by setting a level of severity ill and using the paediatric assessment triangle. That allows the unification of criteria and it avoids variability.

Keywords:

- Classification.
- Pediatric.
- Emergency.

1.- INTRODUCCIÓN

El triaje es un proceso de valoración clínica preliminar, que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa^{1,2,3}, de forma que en una situación de saturación del servicio o disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros^{4,5}. Lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia y prioriza su asistencia según estos niveles. En el año 2003, después de evaluar diferentes sistemas de clasificación, se decide por parte del grupo de evaluación de sistemas de clasificación de SEMES (Sociedad Española de Medicina de Emergencias), adoptar el MAT (Modelo Andorrano de Clasificación) como modelo para el Sistema Español de Clasificación, sistema de 5 niveles de priorización de ámbito nacional recomendado por la SEMES^{4,9,10}.

Siendo el objetivo fundamental de la clasificación, no el diagnóstico sino la valoración¹ del estado del paciente mediante signos, síntomas, constantes y factores de riesgo por lo que los pacientes de gravedad severa y con mayor riesgo de deterioro, si se demora^{1,6,7} el tratamiento, sean atendidos lo antes posible, además sirve para mantener un adecuado flujo de pacientes evitando congestiones en el servicio permitiendo así una gestión más eficiente de los recursos^{4,8}.

El área de clasificación es la puerta de entrada al servicio de urgencias, la finalidad es mejorar la calidad asistencial, asegurando un adecuado confort del paciente y reduciendo los tiempos de espera. Tanto el pediatra como el personal de enfermería están capacitados^{6,7,9} para realizarlo, aunque hay suficientes evidencias para afirmar que la enfermería es la más adecuada para asumir la clasificación¹⁴.

NECESIDAD DEL TRIAJE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS:

Es diferente la clasificación del niño a la del adulto, lleva más tiem-

po, se habla con la familia más que con el paciente, el niño tiene sensación de huida a diferencia del adulto. Existe una variación de parámetros en función de la edad (clínica, constantes), dificultad de la valoración del dolor y ansiedad de la familia.

Antes del año 2009, en la unidad de urgencias pediátricas del HUMV, la clasificación de los pacientes se realizaba de forma no protocolizada por el personal de enfermería disponible en cada turno, no existía un espacio adaptado para su realización, se priorizaba por impresión de gravedad y el resto de pacientes por hora de llegada. La toma de decisión respecto a la necesidad de asistencia preferente se basaba en la impresión subjetiva del clasificador, en función de una serie de variables como son la impresión de gravedad, la respiración, la circulación, estado neurológico, dolor, deshidratación, exantemas, heridas, quemaduras, traumatismos o ingesta de tóxico.

Pero debido a un aumento de la presión asistencial y sobresaturación del servicio (durante el año 2009 han sido asistida 45.601 urgencias), nos planteamos la necesidad de adecuar la demanda asistencial con el sistema de clasificación.

2.- OBJETIVOS

1. Describir el método de aplicación del sistema de clasificación de urgencias pediátricas en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
2. Conocer el nivel de información, aceptación y utilidad percibida del sistema de clasificación por parte de los usuarios.

IMPLANTACIÓN DEL TRIAJE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HUMV:

En diciembre del año 2009 y ante un problema de saturación en

urgencias con aumento de la presión asistencial se realiza la elección del modelo de clasificación, preparación de un espacio físico específico dotado ,aplicación de un sistema informático de gestión de la clasificación ,se proporcionan los recursos humanos adecuados con capacidad de comunicación, empatía, tacto, discreción, capacidad de organizar, capacidad resolutoria en situaciones difíciles y se les forma mediante talleres teórico-prácticos y se desarrolla el circuito de urgencias a seguir.

La enfermería tiene la posibilidad de consultar las dudas siempre con el pediatra asignado mediante la figura del gestor de la clasificación.

ESQUEMA CIRCUITO (ANEXO I)

Lo aceptado internacionalmente es un sistema de 5 niveles. La diferencia entre el modelo español y otros sistemas internacionales (Australasian College of Emergency Medicine, Canadian Association of Emergency Physicians, American College of Emergency Physicians) que han dado lugar a diferentes escalas: australian triage scale de 1993 (ATS), Mánchester triage system de 1996 (MTS), Canadian emergency department and acuity scale de 1995 (CTAS) o la emergency severity index de 1999 (ESI)), estriba en que, precisamente, el sistema español es el único de ellos reconocido por las sociedades científicas españolas para ser aplicado en nuestro país, es el único sistema validado, que ha demostrado estar adaptado a las necesidades de nuestros servicios de urgencias. Es una adaptación siguiendo criterios pediátricos del SET, además en el ámbito pediátrico solo la CTAS cuenta con una versión pediátrica, las otras tienen algunos algoritmos o criterios para el niño febril y constantes según edad solamente.

SISTEMA DE 5 NIVELES

NIVEL 1: EMERGENCIA	Tiempo atención: INMEDIATO.
NIVEL 2: MUY URGENTE,	Tiempo de atención: 15 minutos.
NIVEL 3: URGENTE	Tiempo atención: 30 MINUTOS.
NIVEL 4: MENOR URGENCIA	Tiempo atención: 60 minutos.
NIVEL 5: NO URGENTE	Tiempo atención: 120 minutos.

EL PUESTO DE TRIAJE:

La clasificación se debe realizar en un espacio claramente identificado, con unas dimensiones adecuadas, tiene que ser confortable, tener en cuenta la privacidad, la seguridad, con fácil visión y acceso de los pacientes, puertas amplias, área de espera al seguridad, atmósfera agradable, adyacente al área de admisión, próximo a la entrada de urgencias. El personal es una enfermera, con dedicación exclusiva, debe tener una formación específica, el tiempo debe estar limitado (en nuestro servicio 5 horas).

Equipamiento: mobiliario, equipo informático con programación específica y en conexión con el sistema del hospital, material de papelería, de lencería, báscula, monitorización (TA, FC, t[°], Saturación O₂), material de inmovilización básico, medicación preferentemente antitérmica y analgésica, equipo de nebulización y oxigenoterapia, lavabo, teléfono, sistema de

llamada a celadores.

Documentación (ANEXO IV): se realiza en la misma hoja de urgencias, en el recuadro *motivo de consulta* se escribe la patología principal, en los recuadros destinados a constantes se anotan las mismas, en el recuadro nivel, es donde se anota el número de prioridad (1 a 5) según la gravedad. Se firma en el lugar indicado como *enfermera* quien realiza la clasificación. Al final de la hoja, en el recuadro *medicación suministrada*, se anota la medicación que se haya dado en la clasificación y/o domicilio (antitérmicos, analgésicos), vía y hora.

ESTUDIOS:

Se realizaron 2 estudios durante el periodo de implantación: 'Implantación de un Sistema de Clasificación en una Unidad de Urgencias de Pediatría' y 'Encuesta de Satisfacción del Usuario de Urgencias de Pediatría tras un año de Implantación del Sistema de Clasificación'.

1- Implantación de un Sistema de Clasificación de Pacientes en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

Objetivos: Analizar y describir el método de aplicación del sistema de clasificación de urgencias, niveles de urgencia clasificadas durante un mes, del 15 de enero al 15 de febrero del 2010. Número de urgencias totales, tiempos de espera, patología urgente más frecuente.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo. Programa informático de análisis del sistema de clasificación, incluye los pacientes que han acudido de forma diaria a la unidad de urgencias de pediatría entre 0 y 14 años, basado en el sistema de clasificación de 5 niveles con tiempo de espera entre 0 y 2 horas.

Resultados: Los pacientes tras ser registrados por el servicio de admisión, acuden hacia el box de clasificación, una enfermera pregunta el motivo de consulta y realiza una inspección inmediata. Asigna a cada paciente un número de clasificación entre el 1 y el 5, pasando posteriormente a la zona de atención ambulatoria o sala de espera según condiciones de atención y asistencia. Valorados 4.450 pacientes, según los niveles de gravedad, corresponden al nivel 1 el 0,38 %, al nivel 2 el 6 %, al nivel 3 el 30 %, al nivel 4 el 48 %, al nivel 5 el 15 %.

Conclusiones: El sistema de clasificación de urgencias garantiza una adecuada atención a los pacientes, graduando el nivel de gravedad que presentan según edad y patología. La mayoría de las urgencias que han acudido corresponden a los niveles 4 y 5.

2- Encuesta de Satisfacción del Usuario de Urgencias de Pediatría tras un año de implantación del Sistema de Clasificación:

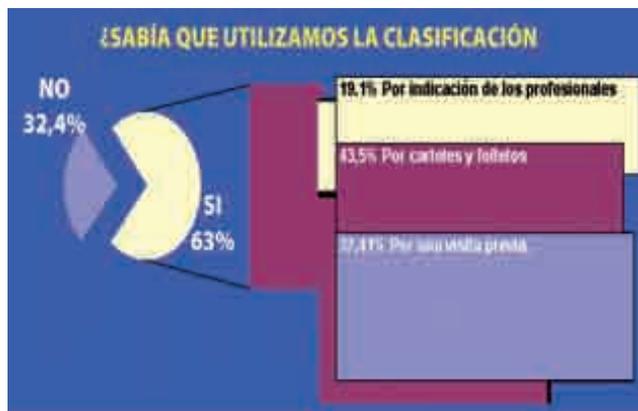
Objetivos: Conocer el grado de información, que ha adquirido la población que acude a la unidad de urgencias respecto a la protocolización del sistema de clasificación y su percepción respecto a la utilidad del mismo. Analizar el tiempo empleado para la asistencia e información recibida durante su estancia por parte de los profesionales. Conocer la valoración por los pacientes y familiares respecto a la atención recibida. Analizar de forma global la atención en la unidad de urgencias.

Metodología: Se realizó un estudio transversal durante 30 días entre Enero y Febrero del 2011 en la unidad de urgencias pediátricas. Se utilizó una encuesta con 58 ítems en los que se valoraban datos demográficos, información y aceptación del sistema de clasificación, percepción sobre la actitud de los profesionales y solución de los problemas, características de las instalaciones, valoración global de la unidad de urgencias.

Las encuestas se repartieron en el box de clasificación tras la priorización, la encuesta se entregaba a la salida del box.

Resultados: Se repartieron 400 encuestas (ANEXOS II, III) entre el día 24 de enero y el día 18 de febrero de 2011, de las cuales se contestaron 179 (45%).

A la pregunta "¿sabía que utilizamos la clasificación?" respondieron SI el 63% y NO el 33%.



Respecto a la idoneidad del sistema de clasificación, el 83% estaba de acuerdo totalmente y el 14% de acuerdo en parte.

A la pregunta "¿le parece adecuado la priorización de patología en urgencias?", respondieron SI el 87% y solo en parte el 13%.

Cuando se preguntó "¿le tranquiliza saber que existe una priorización de patología de urgencias?" el 99% respondió que aporta tranquilidad y el 0,53% que no aporta nada.



Conclusiones: Ha existido una adecuada aceptación del sistema de clasificación por parte del usuario de la unidad de urgencia, garantizando atención preferente al paciente



grave. Los familiares creen que reciben de forma adecuada la información por parte de los profesionales.

Finalmente se puede afirmar que el sistema de clasificación de urgencias garantiza una adecuada atención a los pacientes estableciendo el nivel de gravedad que presentan según su edad y patología. Se ha implantado una herramienta de trabajo eficaz, que permite unificar criterios a la hora de clasificar los pacientes.

3.- BIBLIOGRAFÍA

1. F. J. Pacheco Sánchez – Lafuente. Triage en urgencias pediátricas. unidad de urgencias de pediatría, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. 2008.
2. J. Gómez Jiménez, F. Boneu Olaya, O. Becerra Cremidis, E. Albert Cortes, J.B. Fernando Garrigues, M. Medina Prats. Validación clínica de la nueva versión del programa de ayuda al triaje del modelo andorrano de triaje y del sistema español de triaje. fiabilidad, utilidad y validez en la población adulta y pediátrica. Emergencias nº 18, 2006.
3. A. Segura, Triage – Hospital Saint Joan de Deu, ponencia XII reunión anual, SEP, 2007.
4. Beatriz Riera Hevia. Triage hospitalario. Hospital San Llatzer de Palma, 2011.
5. María del Carmen Álvarez. El triaje en los servicios de urgencia hospitalarios, papel de la enfermera. Enfermería Clínica, volumen 11, nº 5, 2000.
6. Díaz Chicano, Juan Francisco. La enfermería de recepción, acogida y clasificación. Enfermería Global nº 6, mayo 2005.
7. Nuevo sistema de triaje de la unidad de urgencias de pediatría del Hospital de Cruces. 2006.
8. M. Loscertales Abril, M. Alonso Salas, J. Cano Franco, T. Charlo Molina. Importancia de la clasificación en la atención del niño que acude a una consulta de urgencias. Hospital Infantil HHUVR, Sevilla 2005.
9. José M. Quintilla, El triaje en los servicios de urgencias pediátricos. ponencia XII reunión anual SEP, 2007.
10. Memoria sobre la implantación del modelo andorrano de triaje. Servicio Andorrano de Atención Sanitaria. 2011.
11. Eva Borges Casas, Prioridad en la atención en servicios de urgencias pediátricas, estudio para la elaboración y aplicación de una escala de clasifi-

cación de pacientes. (tesis doctoral), Universidad de Sevilla, 2005.

12. Manuela Benítez Gómez. Diseño, implantación y manejo de un sistema de triaje en un servicio de urgencias de pediatría. Hospital San Juan de Dios. 2008.

13. Maribel Ares Ares. Triage avanzado, prescripción enfermera. ponencia XV reunión anual SEP 2010. 14 - C. Luaces Cubells, J. Ortiz Rodríguez, V. Trenchs Sainz de la Maza, J. Pou Fernández, Grupo de Trabajo de Calidad de la SEP. Encuesta nacional sobre las urgencias pediátricas, aspectos organizativos y funcionales. Emergencias nº 20, 2008.

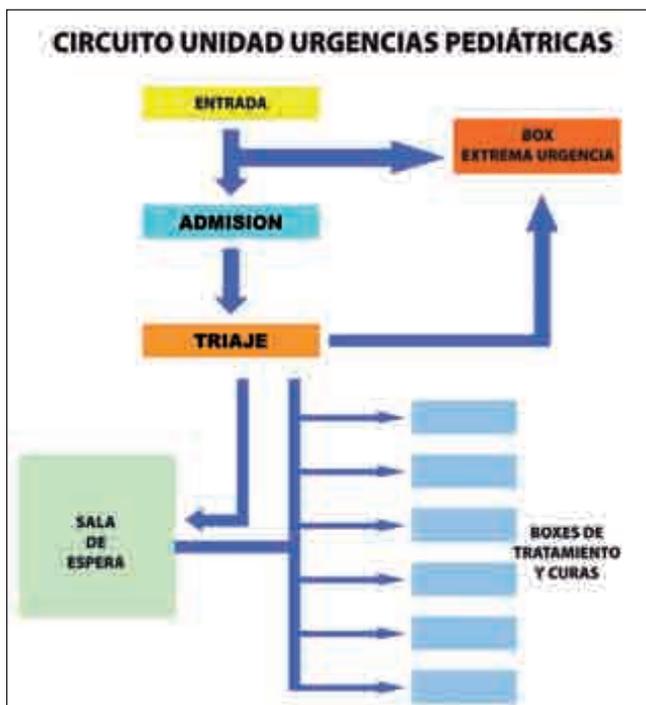
15. J. Gómez Jiménez. Urgencia, gravedad y complejidad : un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias nº 18, 2006.

16. J. Gómez Jiménez. Sistema español de triaje. XV Congreso Nacional SEMES. 2003 .

17. Marta Sancha, Patricia Pulido, Pilar San Román, Yolanda Ruiz, María Estévez, Raquel Sarabia, Elena Rojo, Oscar Rayon. Encuesta de satisfacción del usuario de urgencias de pediatría tras un año de implantación del sistema de clasificación. comunicación. 22 jornadas nacionales de supervisión en enfermería. Zaragoza 2011.

18. Ruiz Y, Pulido P, Preciado Ab., Navarro J. Implantación de un sistema de clasificación en una unidad de urgencias de pediatría. comunicación. 21 jornadas nacionales de supervisión en enfermería. Bilbao 2010.

ANEXO I



ANEXO II: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 1

Teniendo en cuenta todos los aspectos de la atención recibida en el servicio de urgencias ¿qué nota nos daría entre 0 (la peor posible) y 10 (la mejor posible)? Rodee la puntuación elegida con un círculo:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ayudarnos a saber en qué debemos mejorar y díganos qué les parece más importante para su satisfacción. Para ello señale su opinión en estas dos listas.

Para saber cómo utilizarlas le proponemos un ejemplo: imagine que su opinión sobre el color de las paredes de las salas formase parte de la encuesta. En la primera columna puntuaría de 0 a 10 si le gusta o señalarla después cuánto influye este aspecto en su satisfacción con la asistencia recibida marcando una de las casillas de la derecha. Si por ejemplo el color le ha gustado mucho puede que le de un 8 pero, al mismo tiempo, si no es vital para su estancia con nosotros puede que señale con una letra que le resulta en absoluto importante.

¿Qué nota le daría a estos aspectos de la asistencia recibida en urgencias?		En su opinión ¿cómo son de importantes para su satisfacción con la asistencia recibida?			
	Puntuación de 0 (muy mal) a 10 (muy bien)	Nada importante	Poco importante	Bastante importante	Muy importante
EjemPlo: Color paredes	8	X			
Amenidad y respeto					
Sentirse escuchado					
Seguridad / Confianza					
Atención médica					
Atención relaciones					
Atención enfermería					
Atención pediatría					
Temperatura/ventilación					
Tranquilidad/privacidad					
Estado instalaciones					
Limpieza en general					
Sala de espera					
Área de juegos					
Boxes					
Baños					

Si hay algo más que quiere indicarnos y no aparece en el resto de la encuesta, por favor indíquelo en este espacio:

ANEXO III: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN 2

URGENCIAS PEDIÁTRICAS. RESIDENCIA CANTABRIA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

Estimado/a paciente, este tipo de encuesta es una de las herramientas de las que disponemos para conocer su opinión sobre la atención que prestamos en el servicio de urgencias. Nos permite poder identificar aquellos aspectos en los que podríamos mejorar.

Aunque sabemos que requiere esfuerzo y tiempo, completar este cuestionario le ayudará a mejorar su atención y nos ayudará a intentar ofrecer una mejor asistencia.

Nombre de familiar: _____ Fecha de salida: _____
 Nombre del acompañante del niño/a: _____
 Edad: _____ Sexo: Mujer Hombre
 Relación: Fraternal Alcohólico Otro familiar Otro responsable
 Datos del niño/a: _____
 Edad: _____
 Hace unos meses hemos realizado un cambio en la forma de organizar la asistencia de las urgencias pediátricas.

Desde entonces seguimos un sistema que a su llegada clasifica los niños/as de consulta en cinco categorías.

Intenta que en cada caso el tiempo de espera se ajuste a su gravedad. De esta forma las situaciones que requieren una atención más urgente tienen prioridad frente al resto.

¿Sabe por qué utilizamos este tipo de clasificación? Sí No

En caso de responder afirmativamente ¿Cómo se le enteró? Lo he leído en carteles ó folletos colocados en urgencias
 Me lo ha explicado el personal del servicio de urgencias
 Fui informado en otra visita anterior a urgencias

¿Le parece adecuado que se preste atención por la prioridad de cada caso y no por el orden de llegada a urgencias? Sí, totalmente Solo en parte No

Teniendo en cuenta la gravedad del motivo por el que acudió a urgencias ¿Cómo calificaría el tiempo que le tardó en ser atendido? Adecuado Algo mayor de lo adecuado Excesivo

¿El saber que si su caso es grave será atendido sin demora le aporta tranquilidad o reduce su angustia? Sí, totalmente En gran medida Apenas Nada

¿Creenos facilitado que pudieran permanecer juntos al niño/a? Sí, siempre Sí, excepto en alguna prueba o exploración No

Sobre la información que ha recibido por parte de los profesionales: ¿Fue clara y comprensible? Siempre En muchas ocasiones En pocas ocasiones Nunca

¿Fue suficiente? Sí, totalmente Solo en parte No

En cuanto a las indicaciones que ha recibido antes de regresar a casa, ¿le han permitido saber cómo está el niño/a y qué debe hacer? Sí, totalmente Solo en parte No

En su opinión ¿se ha resuelto el problema que le trajo a urgencias? Sí, totalmente Solo en parte No

ANEXO IV: INFORME DE URGENCIAS

INFORME DE URGENCIAS

Logo:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M F

ECG FC FR FT TA PESO

Médico: _____ Enfermera: _____ OOX: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

4

ALERGIAS SÍ NO

PRUEBAS

Glucosa Urea Ionos Creatina Amilasa C. P. K. Elementales Sedimento L. L. Gasometría Hemograma Proteínas F. Creatil. ECG EEG Rx. Tórax Rx. Abdom. Rx. Cráneo Rx. _____

INTERCONSULTAS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

MEDICACIÓN SUMINISTRADA _____ HORA _____ OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA _____

OXÍGENO _____ VÍA _____

TRATAMIENTO A REALIZAR: _____

MAÑO: _____ ENTORNADO: _____ FECHA: ____/____/____ HORA: _____

INFORME DE URGENCIAS

16



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave: un análisis de campo

Autoras:

Nuria Pérez Aller^(*)

*Diplomadas en Enfermería.
Servicio de Psiquiatría del Complejo
Asistencial de Palencia.
Castilla y León*

Silvia Turrado Rabanedo

*Diplomadas en Enfermería
HUMV. Cantabria*

Patricia Rodríguez Fernández

*Diplomadas en Enfermería.
HUMV. Cantabria*

^(*)*Dirección para correspondencia:
nuriaperezaller@yahoo.es*

Recibido: Marzo 2013

Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

Actualmente las enfermedades mentales se consideran un problema de Salud Pública de primer orden, con un alto índice de morbilidad, gran impacto sobre los años de vida vividos con discapacidad y con una importante repercusión a nivel del gasto sanitario consumiendo según la OMS hasta un 20% del total de los recursos económicos destinados a la salud en países desarrollados. Además producen serias consecuencias negativas, a medio y largo plazo, sobre la calidad de vida de estos pacientes.

El objetivo es conocer la calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Complejo Asistencial de Palencia, en las fechas comprendidas entre el 1 de febrero y el 31 octubre de 2012.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal. En la recogida de datos se usó como herramienta el Cuestionario Oviedo del Sueño y se valoraron otras variables como el sexo, la edad, el diagnóstico psiquiátrico, los años de evolución de la misma y el estado civil del individuo.

Los resultados nos muestran la importancia de una buena calidad del sueño, ya que, no sólo es fundamental como factor determinante de salud sino elemento propiciador de una buena calidad de vida.

Palabras clave:

- Salud mental.
- Calidad de vida.
- Sueño.

ABSTRACT

Nowadays, psychiatric diseases are considered as a basic public health problem, which have a high morbidity rate as well as high impact on years lived through disability. Furthermore, they have a significant repercussion on public health expenses. According to OMS, this expense is about 20 % of the whole health economic resources in developed countries. In addition, they have serious and negative effects over quality of life in a medium-time and long-term.

The aim of this study is to know the quality of sleep in people with serious mental illness, who were hospitalized in the Assistencial Complex Psychiatric Rehabilitation Unit in Palencia, from February 1st to October 31st 2012.

It is a descriptive and transversal study research. The Oviedo Questionnaire was used as a tool to collect dates. Other variables were evaluated such as sex, age, psychiatric diagnostic, years of diseases, and marital status.

The results show the importance of a good quality of sleep, because not only it is essential as a deciding factor in health, even more it is an element in favour of a good quality of life.

Keywords:

- Mental health.
- Quality of life.
- Sleep.

1.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales en la actualidad se consideran un problema de Salud Pública de primer orden, con un alto índice de morbilidad, gran impacto sobre los años de vida vividos con discapacidad y con una importante repercusión a nivel del gasto sanitario, ya que son enfermedades crónicas que consumen según la OMS hasta un 20% del total de los recursos económicos destinados a la salud en países desarrollados¹.

En España se han desarrollado una serie de estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre los que destaca la participación española en el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), que es un estudio de carácter diagnóstico donde se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio, el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental: el 5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres².

En el Complejo Asistencial de Palencia existe un protocolo elaborado por el equipo de Psiquiatría para la atención al paciente con enfermedad mental grave y prolongada (EMGYP), el cual tiene como objetivo la atención psiquiátrica integrada y desde una perspectiva bio-psico-social de este tipo de pacientes.

Es por ello importante considerar la gran comorbilidad entre

problemas de salud física y los trastornos mentales, lo que orienta a la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a la salud física y mental de estos pacientes de una manera integral³.

Definimos EMGYP como aquella que cumple los siguientes criterios⁴:

1.- Diagnóstico: estar actualmente diagnosticada según los criterios del DSM IV-TR en alguno de los dos siguientes grupos de trastornos mentales:

F20-29: Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizotípico, trastorno esquizoafectivo y trastornos con ideas delirantes.

Cualquier otro trastorno mental que en los dos últimos años haya presentado de manera persistente o significativa síntomas psicóticos positivos o negativos, síntomas afectivos dentro del espectro bipolar o alteraciones graves del comportamiento.

2.- Gravedad: El trastorno ocasiona un significativo déficit funcional y requiere una atención compleja.

Déficit funcional: Puntuación igual o inferior a 50 en la escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

Atención compleja: Precisa la intervención mantenida y simultánea de dos o más profesionales que trabajen dentro de un equipo multidisciplinar y con la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales.

3.- Cronicidad: Los criterios de gravedad están presentes durante la mayor parte del tiempo en los últimos dos años.

Las características más destacadas de la EMGYD son:

- Requiere una serie de cuidados continuos para su integración social.
- Precisa un cuidador que habitualmente es la familia.
- El enfermo tiene limitaciones laborales y en su autodeterminación.

Como anteriormente se ha citado, es bien conocida la existencia de patología concomitante con la enfermedad mental, siendo uno de los problemas más frecuentes los trastornos del sueño, donde podemos encontrar que el 80% de las personas que padecen cualquier patología de las arriba mencionadas, sufren un deterioro, o bien en la cantidad, en la calidad de su sueño o en ambas, constituyendo un problema añadido en su capacidad para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, llegando incluso a afectar al correcto control y seguimiento de su enfermedad de base.

El sueño es un estado de reposo uniforme, una conducta natural, periódica, transitoria y reversible que consume un tercio de cualquier vida humana. En contraposición con el estado de vigilia, cuando el ser está despierto, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea y respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos⁵.

Puede verse afectado por determinados factores como por ejemplo: edad, sexo, estrés, ansiedad, factores ambientales (ruido, luz y temperatura extrema), intervenciones quirúrgicas, presencia de dolor crónico, tipo de alimentación, sustancias como la cafeína, teína, nicotina y alcohol, etc.

La alteración del sueño asociada más frecuentemente a una enfermedad mental es el insomnio (dificultad para mantener o conciliar el sueño de manera prologada en el tiempo). También existen individuos que padecen de hipersomnia (exceso de sueño), en forma de episodios de sueño nocturno prolongado o de un aumento del sueño diurno⁶.

Como muestran V. Henderson en sus catorce necesidades básicas, la quinta es Sueño y descanso, y M. Gordon en sus once Patrones funcionales de salud cuyo quinto patrón es el del Sueño-descanso, el sueño, además de una necesidad es una herramienta a través de la cual se permite conocer la respuesta de los pacientes a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras.

Se distinguen dos etapas en el período de sueño, denominadas fase de sueño lento o NO REM, y fase de sueño rápido o REM (siglas que corresponden a su nombre en inglés: Rapid Eye Movements o movimientos oculares rápidos).

El sueño NO REM, se divide, a su vez, en cuatro fases con características distintas. Estas fases se alternan de forma cíclica mientras la persona permanece dormida (cada 90/100 minutos, aproximadamente, comienza un nuevo ciclo de sueño en el que los últimos 20 ó 30 minutos se corresponden con la fase REM)⁷.

Fase I: es la fase de sueño ligero, en la que las personas todavía son capaces de percibir la mayoría de los estímulos (auditivos y táctiles). El sueño es poco o nada reparador. El tono muscular disminuye en comparación con el estado de vigilia, y aparecen movimientos oculares lentos.

Fase II: en esta fase el sistema nervioso bloquea las vías de acceso de la información sensorial, lo que origina una desconexión del entorno y facilita, por tanto, la actividad de dormir. El sueño es parcialmente reparador, por lo que no es suficiente para que el descanso sea considerado completo. Esta fase ocupa alrededor del 50% del tiempo de sueño en el adulto. El tono muscular es menor que en fase I, y desaparecen los movimientos oculares.

Fase III: es un sueño más profundo (denominado DELTA), donde el bloqueo sensorial se intensifica. Si el individuo despierta durante esta fase, se siente confuso y desorientado. En esta fase no se sueña, se produce una disminución del 10 al 30 por ciento en la tensión arterial y en el ritmo respiratorio, y se incrementa la producción de la hormona del crecimiento. El tono muscular es aún más reducido que en fase II, y tampoco hay movimientos oculares.

Fase IV: es la fase de mayor profundidad del sueño, en la que la actividad cerebral es más lenta (predominio de actividad delta). Al igual que la fase III, es esencial para la recuperación física y, especialmente, psíquica, del organismo (déficits de fase III y IV causan somnolencia diurna). En esta fase, el tono muscular está muy reducido. No es la fase típica de los sueños, pero en ocasiones pueden aparecer, en forma de imágenes, luces, figuras... sin una línea argumental.

Fase REM: Se denomina también sueño paradójico (a propuesta de Jouvet, un importante investigador del sueño), debido al contraste que supone la atonía muscular (relajación total) típica del sueño profundo, y la activación del sistema nervioso central (signo de vigilia y estado de alerta). En esta fase se presentan los sueños, en forma de narración, con un hilo argumental. La actividad eléctrica cerebral de esta fase es rápida. El tono muscular nulo (atonía muscular o parálisis). Las alteraciones más típicas de esta fase son las pesadillas, el sueño REM sin atonía y la parálisis del sueño.

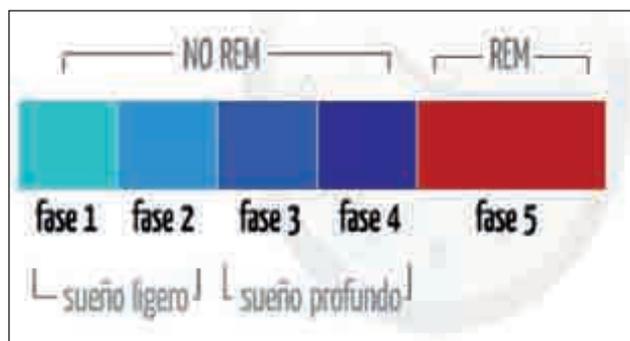


Figura 1. Esquema sobre las fases del sueño.

2.- OBJETIVO

La finalidad de esta investigación es conocer la calidad del sueño en pacientes con enfermedad mental grave ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Complejo Asistencial de Palencia.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que se llevó a cabo es de tipo descriptivo y transversal. Se estudiaron un total de 33 pacientes ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Complejo Asistencial de Palencia, perteneciente a la red de Hospitales Públicos de Castilla y León (SACYL) en las fechas entre el 1 de febrero de 2012 y el 31 octubre de 2012.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes entre 18 y 65 años de edad.
- Pacientes diagnosticados de una enfermedad mental grave, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR: esquizofrenia, psicosis, depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno grave de personalidad.
- Pacientes ingresados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Complejo Asistencial de Palencia en las fechas señaladas.
- Pacientes que previamente hayan aceptado voluntariamente participar en el estudio, expresando su consentimiento, por sí mismo o por sus tutores legales.
- Pacientes que a pesar de su enfermedad mental, tengan condiciones cognitivas lo suficientemente conservadas como para comprender y contestar las preguntas del Cuestionario de Oviedo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que se nieguen a dar su consentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico primario de abuso de sustancias, retraso mental o trastorno mental orgánico.

Descripción de la Unidad donde se llevó a cabo el estudio: Unidad de Rehabilitación psiquiátrica.

Es un dispositivo en el que se trata en régimen de ingreso a pacientes psiquiátricamente estables, potencialmente rehabilitables, pero con dificultades para el desarrollo de su autonomía.

La Unidad de Rehabilitación es una unidad hospitalaria donde se realizan ingresos de duración media (hasta un año) en régimen abierto. Durante su estancia reciben intervenciones terapéuticas integradas: biológicas, psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras.

La base fundamental de actividad de esta Unidad constituye la atención de personas diagnosticadas de una EMGP, esquizofrenia, trastornos bipolares, que conlleva un grado de deterioro sociolaboral y personal mantenido en el tiempo y que acarrea niveles de autonomía que le impiden la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma.

El ingreso en la unidad es de carácter voluntario y supone, por parte del paciente, un compromiso con las actividades terapéuticas que en ella se realizan y una asunción de las normas y rutinas de funcionamiento.

Durante el tiempo que dura el ingreso del paciente en la Unidad un equipo de profesionales está a cargo de su tratamiento. Este equipo incluye profesionales de diferentes disciplinas y especialidades (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares, celadores), cuyo trabajo está coordinado y sigue las pautas que han sido marcadas en cada programa individualizado de tratamiento. Al ingreso a cada paciente se le asigna un médico psiquiatra

(que será el responsable último de su tratamiento) y un tutor. Estos profesionales son los encargados del seguimiento de su programa y atienden las dudas o necesidades o aclaraciones que precisen.

VARIABLES ANALIZADAS EN ESTUDIO.

- Variables independientes: edad (en años), sexo (hombres y mujeres), diagnóstico psiquiátrico principal según el DSM-IV-TR, años de evolución de la enfermedad psiquiátrica (en años) y estado civil (soltero/-a, casado/-a-con pareja, separado/-a-divorciado/-a, viudo/-a)
- Variable dependiente: Calidad del sueño medida a través del Cuestionario de Oviedo del sueño (COS)⁸. (ANEXO)

El COS es una entrevista semiestructurada de ayuda diagnóstica para los trastornos de sueño de tipo insomnio e hipersomnio según los criterios del DSM-IV-TR y CIE 10. Está constituida por 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en 3 escalas categoriales o diagnósticas: satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), insomnio (9 ítems) e hipersomnio (3 ítems).

Además, la escala del insomnio es también dimensional y proporciona información sobre la gravedad del insomnio en el caso de que esté presente. La puntuación en esta escala oscila entre 9 y 45: a mayor puntuación, mayor gravedad. Los 2 ítems restantes proporcionan información adicional sobre la posible existencia de parasomnias y trastornos de tipo orgánico, y sobre el tipo y la frecuencia de cualquier tipo de ayuda para dormir (infusiones, fármacos, etc...).

Todos los ítems se responden mediante una escala tipo Likert. Excepto en el primer ítem que es el de la satisfacción del sueño, en el que la escala de media posee 7 valores (rango de 1 a 7) en todos los demás la escala tiene 5 valores (rango de 1 a 5) que se refieren al tiempo, frecuencia o porcentaje.

Para finalizar, añadir que es una escala heteroadministrada, aunque muchos autores defienden que, debido a su sencillez, puede ser autoadministrada, que es la forma en que se ha llevado a cabo en este estudio.

Tabulación y análisis de datos.

Todos los datos recogidos son vertidos en una base de datos Access para Windows creada al efecto, y se utiliza el programa estadístico Epidat 3.11 y SPSS 20.0 para Windows para el análisis de los mismos.

Para las variables cualitativas se realiza el cálculo de porcentajes con un intervalo de confianza de 95%. En el caso de las variables numéricas emplearemos la media aritmética y la desviación estándar.

La comparación entre los datos cualitativos se realiza mediante la prueba no paramétrica Chi cuadrado. Los datos cuantitativos se comparan mediante el test de t-student.

Para la representación gráfica de los resultados se han empleado diagramas de sectores.

4.- RESULTADOS

La correlación entre las variables propuestas según los datos estadísticos nos demuestran una relación directa de las variables dependientes sobre la calidad del sueño; la más relevante es el

tipo de enfermedad psiquiátrica.

De los pacientes estudiados, el 52,38 % del total fueron hombres; y el 47,62% mujeres.

El rango de edad estuvo comprendido entre 18 y 65 años, la media calculada para el total de pacientes fue 36,66 años; en el grupo de los hombres la media de edad fue de 38,27 años y en el de mujeres de 34,9 años.

En el diagnóstico psiquiátrico según el DSM-IV-TR los resultados fueron: el diagnóstico con mayor relevancia fue el de esquizofrenia, con un 57% de pacientes diagnosticados de la misma, seguido de trastorno bipolar y trastorno grave de la personalidad, que obtuvieron un 14% cada uno; 10% de pacientes presentaban depresión mayor y un 5% de los pacientes estudiados tenían un trastorno psicótico.

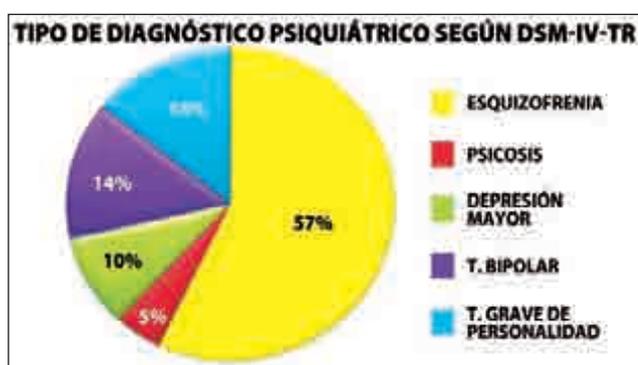


Figura 2. Diagnóstico psiquiátrico según el DSM-IV-TR

La media de los años de evolución de la enfermedad psiquiátrica en la población estudiada fue de 9,95 años. En los hombres la media fue 13,55 años y en mujeres 6 años.

El estado civil de los pacientes se distribuyó de la siguiente manera: 67% del total solteros, 28% casados o con pareja, 5% separados o divorciados y 0% viudos.

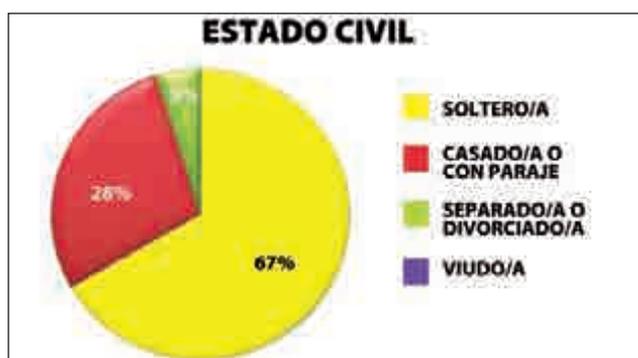


Figura 3. Estado civil

Dentro del Cuestionario Oviedo del sueño han sido analizadas sus tres principales subescalas, la primera es la satisfacción subjetiva del sueño y la puntuación va de 1, que es considerado como que el paciente está muy insatisfecho con la calidad y cantidad de su sueño, a 7, que es muy satisfecho.

Un 28% de los pacientes declararon estar insatisfechos con su sueño, un 43% estarían dentro de un término intermedio y un 29% bastante satisfechos o muy satisfechos.



Figura 4. Satisfacción del sueño.

La siguiente subescala es la del insomnio y su puntuación oscila de 9 a 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad del insomnio. No existen puntos de corte sino que hay tablas para transformar la puntuación en percentiles, siendo el percentil 50 equivalente a 30 puntos. Por lo tanto tomaremos valores de: 9-14 insomnio leve, 15-30 insomnio moderado y 31-45 insomnio grave. Un 48% presentó un insomnio grave, 33% moderado y 19% leve.



Figura 5. Gravedad del insomnio

Por último, la subescala del hipersomnio oscila entre 3 y 15 puntos y proporciona sólo información categorial respecto a la presencia o no presencia de hipersomnio en el paciente encuestado. Un 57% presentó síntomas de hipersomnia y un 43% no los presentó.



Figura 6. Síntomas de hipersomnia

5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio son beneficiosos a la hora de co-

regir o reforzar la higiene del sueño en este tipo de pacientes atendiendo a la presencia del insomnio.

La importancia de una buena calidad del sueño no sólo es fundamental como factor determinante de salud, sino como

elemento propiciador de una buena calidad de vida.

Los resultados obtenidos muestran la importancia de los programas psicoeducativos de enfermería en relación con el patrón del Sueño-Descanso dentro de la Unidad de Rehabilitación.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia de Salud Mental del sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2007.
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006;126:445-451.
3. Alonso J, Lepine JP. Overview of key data from the European Study of the epidemiology of mental disorders. J Clin Psychiatry. 2007;68:3-9.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSM-IV TR. Masson. 2009.
5. Santamaría J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. Med Clin. 2003;120:750-755.
6. Cano-Lozano A, Espinosa-Fernández A, Miró B, Buela-Casal G. Una revisión de las alteraciones del sueño en la depresión. Rev Neurol. 2003;36:366-375.
7. Rodríguez López AM, Ferreira González MC, Marcos Sela J, Rial Maciel A. Proyecto para evaluar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en pacientes con insomnio crónico. Rev Presencia. 2010;6.
8. Bobes García J, González Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. Psychothema. 2000;12:107-112.
9. Portal especializado en psiquiatría en castellano [Internet]. Palma de Mallorca: Intersalud; 1997-2012 [acceso el 28 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>
10. Margo Neal C. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier; 2008.
11. Gloria M, Bulechek HK, Butcher J, McCloskey Dochteman J. Clasificación Intervenciones Enfermería. 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
12. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
13. Tejedor García M, Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Glosa; 2007.

ANEXO

CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO																																					
<p>1. ¿Cómo de satisfecho ha estado en el sueño?</p> <p>1. Muy insatisfecho 2. Bastante insatisfecho 3. Insatisfecho 4. Término medio</p>	<p>5. Satisfecho 6. Bastante satisfecho 7. Muy satisfecho</p>																																				
<p>2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ninguno</th> <th>1-2 días</th> <th>3 días</th> <th>4-5 días</th> <th>6-7 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Conciliar el sueño</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Permanecer dormido</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3. Lograr un sueño reparador</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4. Despertar a la hora habitual</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. Excesiva somnolencia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días	1. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5	2. Permanecer dormido	1	2	3	4	5	3. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5	4. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5	5. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5	
	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días																																
1. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5																																
2. Permanecer dormido	1	2	3	4	5																																
3. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5																																
4. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5																																
5. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5																																
<p>3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentó?</p> <p>1. 0-15 minutos 2. 16-30 minutos 3. 31-45 minutos</p>	<p>4. 46-60 minutos 5. Más de 60 minutos</p>																																				
<p>4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?</p> <p>1. Ninguna vez 2. 1 vez 3. 2 veces</p>	<p>4. 3 veces 5. Más de 3 veces</p>																																				
<p>5. ¿Ha tenido que despertarse antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿cuánto tiempo antes?</p> <p>1. Se ha despertado como siempre 2. Media hora antes 3. 1 hora antes 4. Entre 1 y 2 horas antes 5. Más de 2 horas antes</p>																																					
<p>6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Per término medio ¿cuántas horas ha dormido cada noche? ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?</p> <p>1. 91-100% 2. 81-90% 3. 71-80%</p>	<p>4. 61-70% 5. 60% o menos</p>																																				
<p>7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha tenido cambios o disminución en su funcionamiento social/laboral por no haber dormido bien la noche anterior?</p> <p>1. Ningún día 2. 1-2 días/semana 3. 3 días/semana</p>	<p>4. 4-5 días/semana 5. 6-7 días/semana</p>																																				
<p>8. ¿Cuántos días o la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?</p> <p>1. Ningún día 2. 1-2 días/semana 3. 3 días/semana</p>	<p>4. 4-5 días/semana 5. 6-7 días/semana</p>																																				
<p>9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diario ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha tenido disminución en su funcionamiento social/laboral por ese motivo?</p> <p>1. Ningún día 2. 1-2 días/semana 3. 3 días/semana</p>	<p>4. 4-5 días/semana 5. 6-7 días/semana</p>																																				
<p>10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ninguno</th> <th>1-2 días</th> <th>3 días</th> <th>4-5 días</th> <th>6-7 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Ronquidos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Ronquidos con apneas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3. Movimientos de las piernas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4. Pesadillas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. Otros</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días	1. Ronquidos	1	2	3	4	5	2. Ronquidos con apneas	1	2	3	4	5	3. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5	4. Pesadillas	1	2	3	4	5	5. Otros	1	2	3	4	5	
	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días																																
1. Ronquidos	1	2	3	4	5																																
2. Ronquidos con apneas	1	2	3	4	5																																
3. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5																																
4. Pesadillas	1	2	3	4	5																																
5. Otros	1	2	3	4	5																																
<p>11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (inyecciones, aparatos, etc.) prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)</p> <p>1. Ningún día 2. 1-2 días/semana 3. 3 días/semana</p>	<p>4. 4-5 días/semana 5. 6-7 días/semana</p>																																				
<p>Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, barbás, aparatos, etc.), describa</p> <p>CATEGORÍAS ÍTEM PUNTOS</p> <p>Satisfacción subjetiva del sueño ítem 1</p> <p>Insomnio ítem 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7</p> <p>Hipersomnio ítem 2-5, 8, 9</p> <p>PUNTUACIÓN TOTAL</p>																																					



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Influencia de la obesidad y la estructura familiar sobre el rendimiento académico en adolescentes



Autoras:

Maite Santurtún Zarrabeitia^(*)

*Doctoranda de la Unidad de Investigación de
Psiquiatría de Cantabria (UIPC).
Cantabria*

M^a José Noriega Borge

*Diplomada en Enfermería. Profesora Titular
Departamento de Fisiología y Farmacología.
Universidad de Cantabria.
Cantabria*

M^a Jesús Durá Ros

*Profesora Titular Departamento de
Enfermería. Universidad de Cantabria.
Cantabria*

^(*)*Dirección para correspondencia:
maite.santurtun@gmail.com*

Recibido: Abril 2013
Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

Se pretende estudiar la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC), la estructura familiar y el rendimiento académico. A partir de la bibliografía analizada, se plantea la siguiente hipótesis: "los adolescentes con un índice de masa corporal superior al que corresponde de acuerdo con su sexo, edad y condición fisiológica; y con una estructura familiar monoparental, tienden a obtener peores resultados académicos".

Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra heterogénea en la que participaron 100 alumnos de 3º y 4º de la ESO de tres centros educativos de Santander. Los datos recogidos de cada estudiante fueron: Peso, talla, notas finales por asignaturas obtenidas en el curso previo y estructura familiar.

El análisis de los datos muestra que un 26% de los participantes presenta un IMC fuera de los límites saludables marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En cuanto a la estructura familiar, se observa que es mayor el porcentaje de familias monoparentales en adolescentes con sobrepeso que el de familias monoparentales en adolescentes con normopeso (27% frente a 16%, respectivamente).

En conclusión, no se aprecia una relación evidente entre el IMC y el rendimiento académico, pero sí entre la estructura familiar y la calificación final. Tanto en el conjunto de la muestra como en el colectivo de adolescentes con sobrepeso se obtienen mejores resultados académicos en familias clásicas que monoparentales.

Palabras clave:

- Índice de masa corporal.
- Obesidad.
- Rendimiento escolar bajo.
- Composición familiar.

ABSTRACT

We seek to study the relationship between Body Mass Index (BMI), family structure and school performance. From reviewed literature, we suggest the following hypothesis: "teenagers with a body mass index greater than who would be fitting to their sex, age and physiological condition, and with a single-parent family structure, tend to have lower school results".

A cross-sectional research was made in three schools of Santander. An heterogeneous sample consisting of 100 students in years 3rd and 4th of Compulsory Secondary Education was made. The collected information from each student was: weight, height, final marks of last years and family structure.

The analysis of the information shows that 26% of participants have a BMI outside the healthy limits established by the World Health Organization (WHO).

In terms of family structure, it is observed that there is a higher proportion of single parent families with overweight adolescents than adolescents with normal-weight (27% vs. 16%, respectively)

In conclusion, no significant relationship was observed between BMI and academic performance, in contrast to family structure with the final grade. Both in the whole sample as well as in the group of adolescents who are overweight, there are better academic outperform in classical than in single-parent families.

Keywords:

- Body Mass Index.
- Obesity.
- Underachievement.
- Family Characteristics.

1.- INTRODUCCIÓN

La obesidad es, en los países desarrollados, el trastorno nutricional más frecuente de la infancia y la primera causa de consulta endocrinológica. Ello se ha atribuido fundamentalmente a una superior calidad de vida, que ha aumentado la disponibilidad de alimentos y la capacidad de adquirirlos y almacenarlos, al mismo tiempo que se han modificado los hábitos de conducta, con disminución de la actividad física y propensión al sedentarismo.

El incremento de la incidencia de la obesidad en el adulto corre paralelo a su mayor frecuencia en edad pediátrica. Parece observarse una tendencia inexorable al aumento de peso de la población infantil, hasta el punto que se habla de una verdadera epidemia¹.

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la vida adulta. Durante esta etapa, las necesidades nutricionales son especialmente importantes, condicionadas primordialmente por la construcción de nuevos tejidos debido a

las demandas físicas y cambios emocionales. Los hábitos de alimentación de los jóvenes son similares ya a los de los adultos. Dependiendo del estilo de vida así como del ambiente socio-cultural que le rodea, el adolescente está en riesgo de sufrir diversas alteraciones orgánicas por la adquisición de inadecuados patrones de alimentación, dañinos para la salud a medio y largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" y considera la obesidad infantil como una enfermedad con resultados físicos, psicológicos y sociales, que a lo largo de la vida afectan su desarrollo y disminuyen su capacidad productiva².

Hipótesis que motivó el estudio

Existe una cierta relación entre estructura familiar, inmigración, depresión, cociente intelectual y nivel socioeconómico con la obesidad, por lo que se plantea la cuestión de si la obesidad afectará también a los resultados académicos entre los adolescentes.

Se lleva a cabo una exhaustiva búsqueda para analizar los estudios que se han realizado relacionados con la hipótesis, y sorprendentemente hay muy pocos y no son concluyentes.

Se recogen algunas de las conclusiones publicadas en relación a la obesidad y el rendimiento académico, y posteriormente se muestran más en profundidad los factores mediadores o justificantes del bajo rendimiento académico según esos artículos que se relacionan directamente con la obesidad e indirectamente con las calificaciones escolares.

- Un buen rendimiento escolar se asocia inversamente con la obesidad^{3,4,5,6,7}.
- Los chicos con normopeso tienen más alto cociente intelectual de media que los chicos obesos^{5,8}, observando también una correlación entre bajo cociente intelectual y bajo nivel económico⁸.
- Los chicos con sobrepeso obtienen resultados más bajos en las calificaciones de matemáticas y comprensión lectora^{7,9,10}, pero no se le atribuye al peso como primera causa de lo mencionado sino pudiera ser a factores socioeconómicos y otras variables asociadas a su comportamiento⁹.
- Se observa que los niños obesos presentan una mayor tasa de absentismo escolar^{10,11}.

Los resultados de estos estudios cuando se toman en conjunto, son relativamente consistentes pues es muy amplia la muestra o población investigada. Algunos de los diseños experimentales tenían la influencia de familias con ingresos bajos y bajos niveles de los padres en educación. Esto es importante porque estos factores sociales de forma independiente pueden afectar tanto a los logros académicos como a los niveles de obesidad^{4,8,9}.

Lamentablemente, la causa y el efecto de la asociación entre la obesidad y el bajo rendimiento académico no han sido establecidos a través de la investigación. El estudio de Howard Taras y William Potts-Datema que analiza la asociación de la obesidad y los resultados académicos en niños en edad escolar, sugiere que la obesidad es un marcador, no una causa, de bajo rendimiento académico. Problemas de salud mental (como por ejemplo, baja autoestima, trastorno de ansiedad o depresión) u otros factores pueden predisponer a los niños al sobrepeso/obesidad y al bajo rendimiento escolar, con ninguna otra asociación directa o indirecta entre peso y rendimiento¹².

En la bibliografía consultada se recoge que el cociente intelectual, la estructura familiar, la situación socioeconómica y otros factores como la depresión o el absentismo pueden influir directamente sobre el rendimiento, y por ello van a ser tratados más en profundidad.

Obesidad – Cociente Intelectual (CI)

La obesidad se ha asociado con disminuciones en el volumen cerebral¹³, específicamente en algunas enfermedades que manifiestan una disminución progresiva de la función cognitiva, como la demencia y la enfermedad de Alzheimer¹⁴. Estos hallazgos sugieren que las disminuciones del cerebro en la población obesa podría causar la reducción de cocientes de inteligencia en este grupo de personas. Que la obesidad cause cocientes intelectuales reducidos requiere de mayor estudio, pero algunos creen que el CI puede ser utilizado como predictor de la obesidad.

Los resultados de una serie de estudios^{5,8} indican que el CI

infantil está inversamente asociado con la obesidad infantil. Se ha explorado la relación entre el CI infantil con obesidad en adultos¹⁵ aunque todavía no hay consenso en cuanto a su asociación. Mientras que varios estudios indican una disminución del CI con mayor índice de masa corporal (IMC) en comparación con aquellos en el rango normal¹⁶, esta disminución varía mucho entre las publicaciones, y el efecto del CI infantil sobre la obesidad adulta posterior no está tan claro.

Obesidad - Estructura Familiar

Para los niños, la familia representa la principal fuente de aprendizaje social y la adopción de hábitos de salud¹⁷. La familia proporciona apoyo social e interpersonal que es fundamental en la formación y el mantenimiento de los hábitos alimentarios de los niños y los patrones de actividad física. Además, las características físicas y los comportamientos de la familia son de gran influencia.

La bibliografía revisada sugiere que las normas de la familia, participación de los padres, las interacciones entre hermanos, y el apoyo emocional son determinantes en la salud y el desarrollo de los niños. La estructura familiar basada en la presencia de ambos padres ha ido cambiando, ya que actualmente el 50% de las parejas se separan y las responsabilidades que desempeñaban ambos, ahora corresponde a uno solo y, es esperable que esto repercuta a distintos niveles en los hijos. Los últimos estudios han encontrado que la estructura familiar afecta a la atención de la salud infantil¹⁸.

Para concluir con este apartado, varios estudios acerca de la influencia de la estructura familiar muestran que la desestructuración familiar también hace que se incremente la incidencia de obesidad infantil^{19,20}.

Obesidad - Nivel Socioeconómico

Los estudios muestran una evidente correlación entre nivel educativo y estatus socioeconómico bajo y una mayor prevalencia de personas con un IMC por encima de 25.

En relación a este tema, se realizó un estudio en una provincia de España cuyo objetivo era estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adolescente (11–14 años). Observaron que el sobrepeso, en general, estaba relacionado con factores de riesgo genético-ambientales y estilos de vida, propios de la sociedad y que afectaban a todo el espectro social. Pero la obesidad estaba muy estrechamente vinculada a un nivel educativo familiar bajo y era un marcador de desigualdad en salud²¹.

Hay algunos trabajos que muestran una asociación entre menor actividad física y nivel socioeconómico bajo²².

Un mayor nivel socioeconómico puede dar a suponer, más educación sobre nutrición y salud en los padres, y también más medios para ofrecer una dieta rica y variada a sus hijos; y a su vez, en un contexto de mayor poder adquisitivo suele haber más medios tecnológicos como ordenador, televisión, etc. que favorezca el incremento del sedentarismo. En contraposición, en un contexto socioeconómico bajo la formación cultural puede ser menor, y en un entorno de menores posibilidades económicas se tiende a esperar más vida en la calle, juego y actividad física, pero los estudios no muestran esto, y quizá sea debido a una posible mayor exclusión social y falta de integración para ser acogidos en el grupo.

Obesidad y otros factores

> *Depresión:* La obesidad y el sobrepeso están relacionados con una mayor incidencia de depresión, tanto en la población infantil, como en la adolescente y en la edad adulta.

El hecho de que la obesidad se asocie con un mayor riesgo de enfermedad mental, obliga a plantearse si la obesidad será la causa o el efecto. Es decir, ¿las personas por el hecho de tener un elevado peso, ven limitadas sus posibilidades, se sienten excluidas, etc. y esto es lo que las lleva a padecer síntomas depresivos; o es la depresión lo que hace a las personas aumentar su peso?

Un estudio prospectivo realizado recientemente da una respuesta a esto, asegura la bidireccionalidad entre obesidad y depresión²³.

> *Absentismo:* Schwimmer JB et al.¹¹ estudió la asociación entre la obesidad y el absentismo y, encontró que los niños y adolescentes extremadamente obesos tenían registrado muchas más faltas a clase que el resto de la población de estudiantes en general. La magnitud de absentismo escolar era notable (media de 4 días por mes). En este estudio, los estudiantes de control y los estudiantes obesos tenían los datos recogidos en diferentes meses del año y tal vez durante diferentes años. Como el absentismo varía de año en año y mes a mes, las conclusiones extraídas de dichas comparaciones deben interpretarse con cautela. Lo que necesita una mayor investigación es la comparación de las tasas de absentismo con los niveles de obesidad.

Hay un gran número de lagunas en los conocimientos sobre el alcance de la asociación entre el absentismo y el rendimiento escolar entre los niños con sobrepeso y obesidad.

Para concluir este apartado, y, a pesar de la actual falta de conocimiento acerca de la direccionalidad de la asociación entre la obesidad y el bajo rendimiento escolar, el hecho de que exista una asociación puede ser suficiente para influir en el cambio de las políticas y prácticas de la escuela¹².

3.- HIPÓTESIS

Los adolescentes con un Índice de Masa Corporal (IMC) superior al que corresponde de acuerdo con su sexo, edad y condición fisiológica, y con una estructura familiar monoparental, tienden a obtener peores resultados académicos que los que no conviven con esta situación.

4.- OBJETIVOS**Objetivo general:**

Demostrar si la obesidad y la estructura familiar afecta al rendimiento académico.

Objetivos específicos:

1. Identificar el índice de masa corporal de acuerdo a la clasificación de la OMS.
2. Analizar la relación de la estructura familiar y el grado de obesidad.
3. Comprobar el rendimiento académico del grupo estudio

en relación con el IMC.

4. Comprobar el rendimiento académico en relación con la estructura familiar.

5.- MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio que se realiza es de carácter descriptivo puesto que tiene como propósito la búsqueda de características y los perfiles, en relación a las variables de obesidad, estructura familiar y rendimiento académico que se someten a un análisis. Es un estudio correlacional pues evalúa la relación existente entre enfermedad orgánica y aspectos social y educativo de los niños en la línea cuantitativa.

A lo largo del mes de noviembre de 2011 realizamos la recogida de datos (anexo II), donde obtenemos una muestra heterogénea de 100 alumnos de 3º y 4º de la ESO, de 3 centros educativos de Santander, dos públicos y uno concertado, cuyo muestreo se realizó por conveniencia.

Se comenzó la adquisición de los datos obteniendo a través del jefe de estudios las calificaciones enumeradas de cada alumno del curso anterior, en relación al número que tenían asignado en el curso en el que se recogen el resto de variables a analizar, de modo que todo el proceso fuese de forma anónima.

El estado nutricional se calcula en base al índice de masa corporal (peso/talla²) evaluado según el patrón de la OMS (anexo I). Se pesó a los niños descalzos y con poca ropa para que el sesgo fuese inferior y a su vez, equiparando el mismo sesgo para todos, en una báscula Seca © con una precisión de 0,05 kg. Se midió la altura con una cinta métrica con una precisión de 1 mm. Estas mediciones se realizaron dos veces y en caso de diferir las cifras, se calculó la media aritmética de ambas.

Para conocer la estructura familiar, nos orientábamos con la respuesta a la pregunta "¿con quién vives habitualmente?". Se realizaba individualmente para que no hubiese problemas o respuestas manipuladas o condicionadas por el resto de los compañeros.

Después se realizó la recopilación de datos y el análisis de la relación que existe entre cada una de las variables, presentando mediante estadísticas los resultados obtenidos.

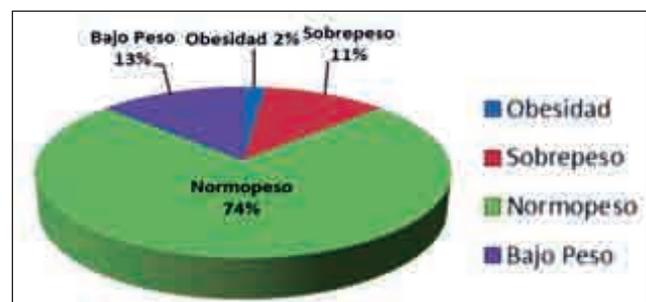
6.- RESULTADOS**1) Clasificación de la muestra total según IMC**

Gráfico 1

2) Rendimiento Académico según clasificación del IMC

Se obtiene que los obesos son los que tienen una media académica más baja (4,83), en comparación al sobrepeso (6,57), normopeso (6,49) y bajo peso (6,60).

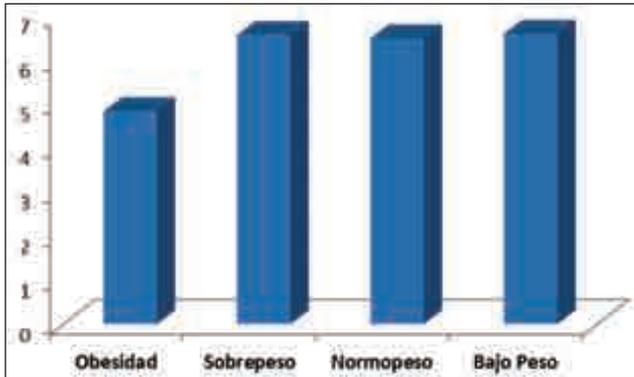


Gráfico 2

3) Resultados académicos en Matemáticas según clasificación por IMC

Cabe destacar que los adolescentes obesos obtienen las calificaciones más bajas, frente al sobrepeso, que obtienen las valoraciones más altas.

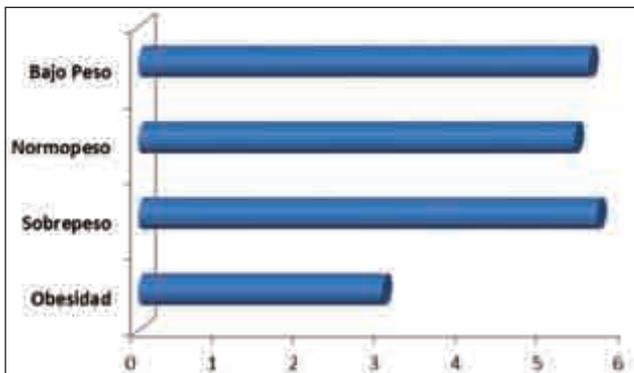


Gráfico 3

4) Resultados académicos en Lengua y Literatura según clasificación por IMC

Se obtiene que los adolescentes obesos consiguen la calificación más baja en la asignatura de Lengua y Literatura en detrimento de los otros grupos clasificados.

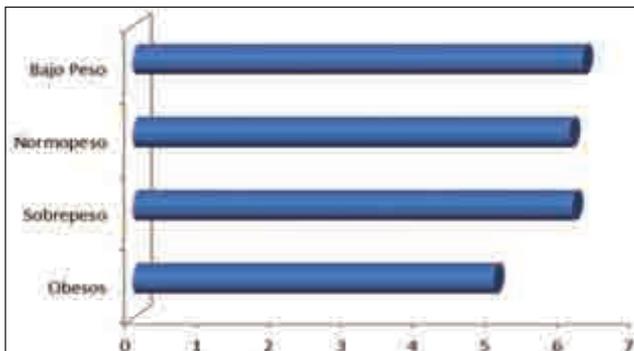


Gráfico 4

5) Estructura familiar y Rendimiento Académico en la totalidad de la muestra

Se analiza que el promedio del rendimiento académico es superior en 0,58 puntos en las familias clásicas (2 progenitores) que en las familias monoparentales (un progenitor).

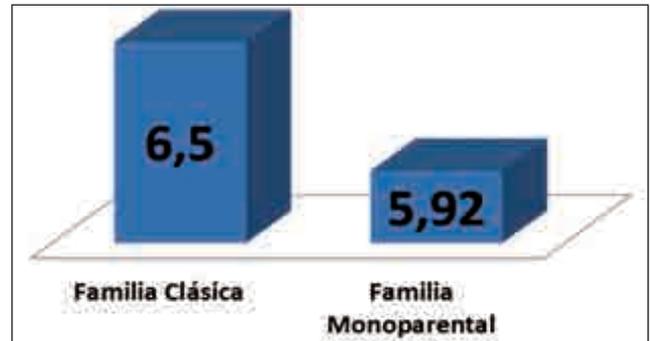


Gráfico 5

6) Estructura Familiar y Rendimiento Académico en la población con Sobrepeso

Se observa que el promedio de los resultados académicos es 0,66 puntos superior en las familias clásicas de adolescentes con sobrepeso que en las familias monoparentales de adolescentes de este mismo grupo.

7) Estructura familiar entre los adolescentes con sobrepeso y con normopeso

Observando ambas gráficas, llegamos a la conclusión con el estudio realizado, de que es mayor el porcentaje de familias monoparentales en adolescentes con sobrepeso que el de familias monoparentales en adolescentes con normopeso.

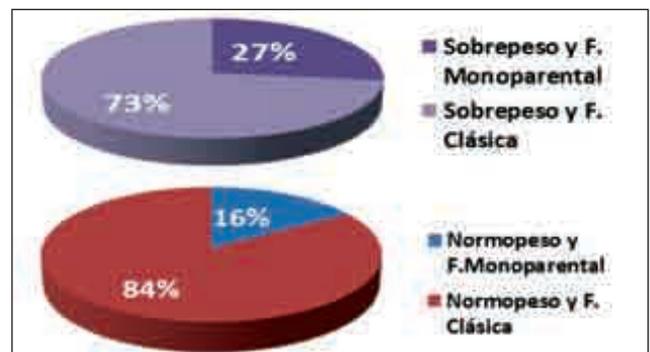


Gráfico 6

8) Influencia de los hermanos en el Rendimiento Académico en la muestra total

Se obtiene un resultado que no se pretendía estudiar, pero cabe destacar, y es que los adolescentes con hermanos obtienen mejor rendimiento (promedio de 6,61) que los hijos únicos (promedio de 6,07).

7.- DISCUSIÓN

De acuerdo con la hipótesis, y aunque el estudio realizado no

muestre un alto porcentaje de adolescentes obesos, se corrobora que este grupo tiene un rendimiento académico inferior, basado en el promedio de la nota de las asignaturas del curso anterior, que los adolescentes con sobrepeso, normopeso y bajo peso.

Sin embargo, en contra de lo esperado, el grupo de adolescentes con sobrepeso obtienen calificaciones superiores al grupo de normopeso.

Además, se ha indagado en las calificaciones concretas de las asignaturas de matemáticas y lengua y literatura, puesto que varios estudios analizados y comentados anteriormente, muestran que la población obesa puede tener un cociente intelectual inferior y lo relacionan con las matemáticas (5,6,9,10) y mencionan también un retraso en el lenguaje, la inteligencia verbal, y la lectura de los obesos respecto otros grupos (6,9). Y efectivamente, ese es el resultado que se obtiene del estudio, analizando las calificaciones y la población subdividida en los grupos según su IMC. Los adolescentes obesos, obtienen calificaciones más bajas en las asignaturas mencionadas.

Por otro lado, y en lo que respecta a la variable estructura familiar, se ha distinguido 2 formas. La familia clásica y la familia monoparental y, además, se han diferenciado los hijos únicos de los que tienen hermanos. Este último aspecto no se pensaba analizar inicialmente, pero al observar que había un número considerable de hijos únicos se quiso averiguar si en la muestra esto influía de alguna manera en cuanto al rendimiento académico.

Pues bien, la familias clásicas afectan favorablemente en lo que concierne al rendimiento académico tanto en el conjunto de la muestra como en el grupo de los adolescentes con sobre-

peso y además, se destaca que la familia monoparental está más asociada a los adolescentes con un IMC superior al que le corresponde que al grupo de normopeso de acuerdo con el párrafo: "los artículos acerca de la influencia de la estructura familiar muestran que la desestructuración familiar también hace que se incremente la incidencia de obesidad infantil", (18,19,20)

La presencia de hermanos tiene una influencia positiva frente a los hijos únicos sobre el rendimiento académico.

En cualquier caso, todas estas confirmaciones o denegaciones de hipótesis no permiten concluir de forma categórica la relación obesidad-rendimiento académico y habría que continuar contrastándolas ampliando la muestra e indagando más variables que afectan a todo el estudio mencionado, aunque sirve a modo de orientación y pre-experimento para continuar con la trayectoria del tema obesidad-rendimiento académico y estructura familiar-rendimiento académico ya que aunque no haya muchas publicaciones al respecto, existe una correlación en ambos términos, y es un tema muy interesante y muy amplio para investigar y desarrollar.

8.- ASPECTOS ÉTICOS

El manuscrito cumple con los requisitos éticos indicados en las normas de publicación de Nuberos Científica.

Se ha puesto en conocimiento del responsable del centro la puesta en marcha del estudio.

Las autoras del manuscrito manifiestan no tener conflictos de intereses.

9.- BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. "Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser [Internet]. 2000. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459>.
2. Márquez A, Ávila M, Pérez GO, Armendáriz LF, Herrera H. Estado nutricional y su rendimiento escolar en adolescentes de 12-16 años del sur de CD Obregón, Son. México. *Revista Salud Pública y Nutrición RESPYN*. Abril- Junio 2008; 9 (2).
3. Falkner NH, Neumark-Sztainer D, Story M, Jeffery RW, Beuhring T, Resnick MD. "Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents". *Obes Res*. 2001; 9 (1): 32-42.
4. Laitinen J, Power C, Ek E, Sovio U, Jarvelin MR. "Unemployment and obesity among young adults in a northern Finland 1966 birth cohort". *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26 (10): 1329-1338.
5. Li X. "A study of intelligence and personality in children with simple obesity". *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1995; 19 (5): 355-357.
6. Mikkilä V, Lahti-Koski M, Pietinen P, Virtanen SM, Rimpela M. "Associates of obesity and weight dissatisfaction among Finnish adolescents". *Public Health Nutr*. 2003; 6 (1): 49-56.
7. Mo-suwan L, Lebel L, Puetpaiboon A, Junjana C. "School performance and weight status of children and young adolescents in a transitional society in Thailand". *Int J Obes*. 1999; 23: 272-277.
8. Campos AL, Sigulem DM, Moraes DE, Escrivao AM, Fisberg M. "Intelligent quotient of obese children and adolescents by the Weschler scale". *Rev Saude Publica*. 1996; 30 (1): 85-90.
9. Datar A, Sturm R, Magnabosco JL. "Childhood overweight and academic performance: national study of kindergartners and first-graders". *Obes Res*. 2004;12 (1): 58-68.
10. Sargent JD, Blanchflower DG. "Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood". *Analysis of a British birth cohort*. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994; 148 (7): 681-687.
11. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. "Health-related quality of life of severely obese children and adolescents". *JAMA*. 2003; 289 (14): 1813-1819.
12. Taras H, Potts-Datema W. "Obesity and Student Performance at School". *Journal of School Health*, october 2005; 75 (8).
13. Cournot M, Marquié JC, Ansiau D, Martinaud C, Fonds H, Ferrières J, et al. "Relation between body mass index and cognitive function in healthy middle-aged men and women." *Neurology* 2006; 67: 1208-1214.
14. Taki Y, Kinomura S, Sato K, Inoue K, Goto R, Okada K, et al. "Relationship between body mass index and gray matter volume in 1428 healthy individuals." *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 119-124.

15. Halkjaer J, Holst C, Sorensen TIA. "Intelligence test score and educational level in relation to BMI changes and obesity." *Obes Res* 2003; 11: 1238-1245.
16. Jiang A, Li A, Chin J Rural. "Intelligence investigation and obesity in children". *Med Pharm* 1997; 4: 38.
17. Gruber KJ, Haldeman LA. "Using the Family to Combat Childhood and Adult. Obesity." *Prev Chronic Dis.* 2009 6 (3): A106.
18. Chen AY, Escarce JJ. "Family structure and the treatment of childhood asthma." *Med Care.* 2008; 46 (2):174-184.
19. Chen AY, Escarce JJ. Family structure and childhood obesity, Early Childhood Longitudinal Study - Kindergarten Cohort. 2010 May; 7 (3): A50.
20. Sgaramella LZ, Galante A, Jayakar SD, Pennetti V. *J Biosoc Sci.* "Obesity in a group of Italian elementary school children: family structure". 1980 Oct; 12 (4): 487-93.
21. Mota J, Santos R, Pereira M, Teixeira L, Santos MP. "Perceived neighbourhood environmental characteristics and physical activity according to socioeconomic status in adolescent girls." *Ann Hum Biol.* 2011 Jan; 38 (1): 1-6.
22. Mur L, Fleta J, Garagorri JM, Moreno L, Bueno M. "Physical activity and leisure time in children. I: Relation to socioeconomic status". *An Esp Pediatr.* 1997 Feb; 46 (2): 119-25.
23. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Lucas M, Manson JE, Ascherio A. "Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women." *Hu FB. Int J Obes (Lond).* 2011 Jun 7.

ANEXO I: Tabla de Clasificación de IMC (OMS)

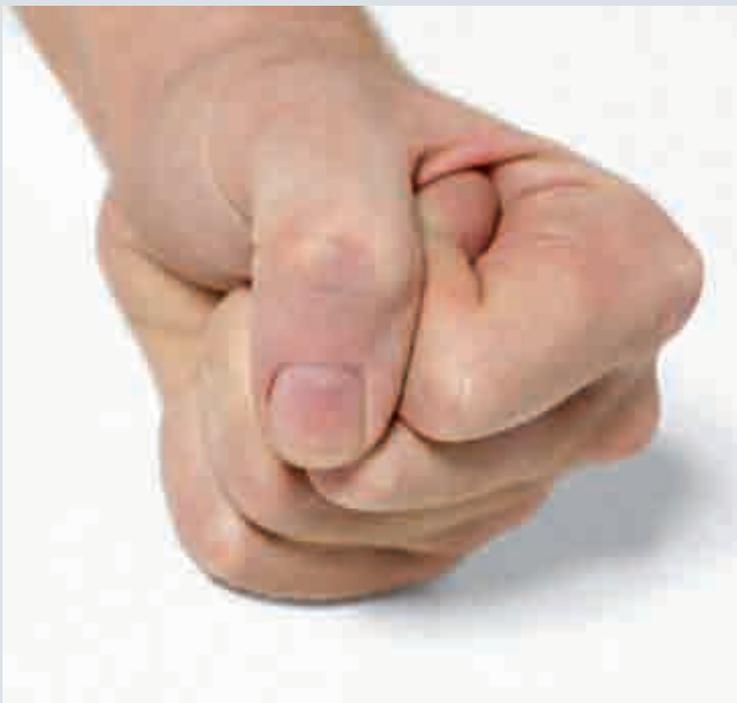
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18.50	<18.50
Delgadez severa	<16.00	<16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00	≥25.00
Preobeso	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obeso	≥30.00	≥30.00
Obeso tipo I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obeso tipo II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obeso tipo III	≥40.00	≥40.00

ANEXO II

FICHA PARA RECOGIDA DE DATOS EN LOS CENTROS	
3 ^o - 4 ^o CURSO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (E.S.O)	
ALUMNO Nº _____	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS <input type="checkbox"/>	
PESO (kg)	
TALLA (m)	
IMC (kg/m ²)	
ESTRUCTURA FAMILIAR	
¿Con quién vives normalmente? (Marcar con una X)	
Padre <input type="checkbox"/>	Abuelo <input type="checkbox"/>
Madre <input type="checkbox"/>	Abuela <input type="checkbox"/>
Hermanos <input type="checkbox"/>	
Otros (especificar): _____	
RENDIMIENTO ACADÉMICO 2^o E.S.O	
ÁREAS	CALIFICACIÓN
Ciencias de la Naturaleza	
C. Sociales, Geografía e Historia	
Educación Física	
Educación Plástica y Visual	
Lengua Castellana y Literatura	
Lengua Extranjera - Inglés	
Matemáticas	
Música	
Tecnología	
Religión	
Francés	
Taller de Matemáticas	
Procesos de Comunicación	



Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud



Autores:

M^a José Cagigas Villoslada

*Diplomadas en Enfermería.
Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de El Astillero del SCS.
Cantabria.*

Silvia Ojembarrena Gallo

*Diplomadas en Enfermería.
Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de Pisueña Selaya del SCS.
Cantabria*

Enara Sainz Navedo^(*)

*Diplomadas en Enfermería.
Enfermera eventual de Atención Primaria del SCS.
Cantabria*

() Dirección para correspondencia:
enarasainz@hotmail.com*

Recibido: Marzo 2013

Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

Valorar las agresiones dentro del sistema sanitario, supone abordar el entorno sociológico de los profesionales y de la sociedad, caracterizada por el uso de la violencia como método para resolver conflictos. El 25% de las agresiones del sector servicios se producen en el ámbito sanitario.

El objetivo del trabajo es valorar la violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud del SCS. Secundariamente, valorar la tipología de la agresión, del agredido y del agresor.

Se utiliza un cuestionario compuesto de dos partes: los datos personales y quince preguntas cerrada referidas al último acto violento sufrido.

Se registran 299 encuestas. El 76.25% de refieren haber sufrido una agresión, verbal el 91%. Porcentualmente son los administrativos (88%) los más agredidos.

El 66,2% de las agresiones es autor al paciente. El 12% de las agresiones están producidas por un compañero, siendo en un 40% de los casos la Enfermería el objeto de esta violencia.

Es alarmante el total de agresiones en nuestro ámbito de trabajo, pero más llamativo son las que tienen como autor a un compañero.

Destaca el desconocimiento de los profesionales del documento de notificación de actos violentos (40,5%) y su falta de cumplimentación.

Palabras clave:

- Violencia.
- Agresión.
- Atención primaria.

ABSTRACT

Assessing aggression inside the health system means to study also the sociological environment professionals and society. This is characterized by the use of violence as a way in order to resolve conflicts. 25% of service sector assaults happen in the health area.

The main aim of this research is to assess the violence that the medical and non medical staff suffers or perceives, in the health centers of SCS. The second aim is to assess the typology of the assault, the victim and the aggressor.

It used a questionnaire, which consists of two parts. The first part is personal data and the second are fifteen closed questions relating to last suffered violent act.

There are 299 registered questionnaires. 76.25% had suffered an aggression, being verbal 91%. The administrative personal, according to the percentage (88%), is the most attacked.

In 66.2% of assaults, the patient is the author of the assaults. 12% of the attacks are caused by a partner being 40% of these cases nursing staff the object of this violence.

The total of assaults is alarming in our field of work, even more it is the most striking those which are authored by a partner.

It is highlights the fact of the lack of professionals in the notification document of violent acts (40.5%) and lack of fulfillment.

Keywords:

- Violence.
- Aggression.
- Primary health care.

1.- INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En nuestro país, cada vez son más frecuentes las situaciones de violencia en el trabajo dentro del medio sanitario. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los ciudadanos¹. El 25 % de las mismas se producen dentro del ámbito sanitario^{2,3}.

La OIT define violencia laboral como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable; mediante el cual, una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma³.

Para valorar la proliferación de actos violentos en el ámbito sanitario se debe abordar el entorno sociológico en el que se mueven los profesionales y el de la propia sociedad, caracterizada por una pérdida progresiva de valores y el uso de la violencia como método para resolver los conflictos¹.

Se ha comprobado un incremento de la agresividad relacionado con diferentes motivos: situaciones de masificación de servicios, en los que toda persona quiere o espera una atención

rápida y eficaz; grupos de riesgo no detectados; estilos de gestión no adecuados al entorno, falta de personal, errores por parte del profesional, entre otros^{4,5}.

Las situaciones de violencia que por norma general, se daban con mayor asiduidad en determinadas unidades asistenciales (servicio de urgencias); se han extendido, por lo anteriormente explicado, a lugares tradicionalmente pacíficos, como los centros de salud, consultas externas de especializada, servicios de atención al usuario, atención domiciliaria etcétera¹.

2.- OBJETIVOS

Principal: Valorar la violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de Atención Primaria pertenecientes al Servicio Cantabro de Salud.

Secundarios:

- Conocer el porcentaje de trabajadores agredidos.
- Estudiar la tipología de la agresión: tipo, sensación generada y lugar.
- Analizar la tipología del agresor: autor, sexo y antecedentes.
- Analizar la tipología del agredido: sexo, puesto funcional, sensación generada y categoría profesional.

Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud

- Determinar el conocimiento del documento de notificación de actos violentos por parte de los profesionales encuestados.

3.- METODOLOGÍA

Tras la revisión bibliográfica y estudiados los parámetros que afectan a la violencia laboral, se elabora un cuestionario (Anexo I) como herramienta para medir la violencia sufrida y/o percibida por los profesionales sanitarios y no sanitarios pertenecientes a Atención Primaria de Salud (AP) del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

El tamaño muestral escogido son todos los profesionales fijos e interinos, sanitarios y no sanitarios pertenecientes a AP de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

En total, son aproximadamente mil doscientos, según datos aportados por la Gerencia de Atención Primaria (GAP). Se excluye al personal contratado o eventual y a aquellos que se encuentren en situación de excedencia o de baja laboral, también quedan excluidos del estudio aquellos profesionales que trabajen en subcontratas que prestan servicio dentro del SCS. Los profesionales de carácter temporal son excluidos debido a la rotación laboral de los mismos, para evitar sesgos de repetición de la encuesta en los diferentes centros.

El cuestionario está dividido en dos partes. La primera donde se recogen los datos sociodemográficos del profesional: edad, sexo, categoría profesional, puesto funcional y antigüedad profesional. La segunda parte está compuesta por quince preguntas de tipo cerrado y referidas al último acto violento sufrido.

Para la validación del cuestionario se seleccionó al azar un grupo piloto formado por 25 personas (profesionales y no profesionales) de edades comprendidas entre los 23 y 59 años, con una media de antigüedad en su profesión de 15 años. El cuestionario fue autocumplimentado de forma voluntaria, en el lugar de trabajo, en un tiempo inferior a media hora y en un periodo no superior a 72 horas. Se informó a los voluntarios que se mantendría en un total anonimato cualquier manifestación realizada por ellos.

Tras el análisis de los resultados obtenidos en el pilotaje se creyó oportuno modificar y añadir algunas preguntas al cuestionario; tales como, la categoría profesional y el puesto funcional a la primera parte del cuestionario. Dentro de la segunda parte se define la violencia verbal: gritos, insultos, amenazas y se añade el ítem de compañero como posible autor de la agresión. Se modifica la tipología del agresor incluyendo a los pacientes crónicos y se añaden las preguntas referentes al conocimiento del documento de notificación de actos violentos.

Tras elaborar el cuestionario, la Dirección de Enfermería del GAP lo hizo llegar junto con una carta explicativa a los responsables de los centros de salud de AP para su distribución entre el personal fijo e interino (ANEXO II). Los cuestionarios fueron remitidos de vuelta al GAP en el periodo de abril a junio de 2012.

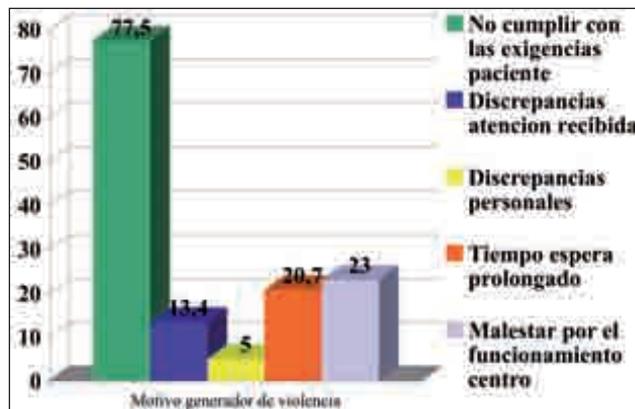
Se ha considerado fundamental el que todos los encuestados fueran perfectamente informados sobre los fines del trabajo. Para ello, los responsables del trabajo unificaron criterios y transmitieron la misma información a todos los encuestados.

4.- RESULTADOS

Se enviaron un total de 1200 cuestionarios, de los que fueron

analizados un 25%. Dándose como no válidos un 1,5% de las encuestas recibidas puesto que estaban incompletos o mal cumplimentados.

De la muestra total el 76% refiere haber sido víctima de un acto violento en alguna ocasión. El 91% de los casos, la agresión registrada es de carácter verbal, en un 3% de tipo física y el 6% manifestaban haber sido objeto de ambas.

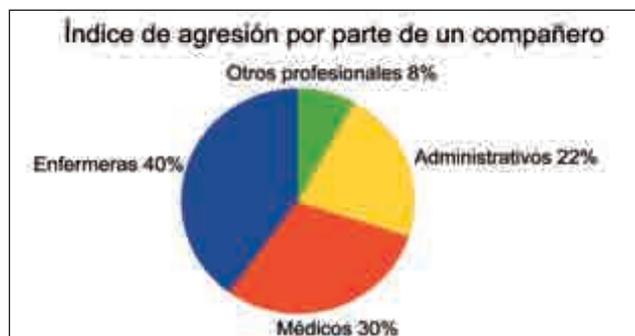


El lugar en el que se produce la agresión no es significativo, ya que se originan en general, en aquel lugar donde se realizan las funciones específicas de cada categoría profesional.

Dentro de la tipología del agresor se identifica en un 66% de los casos al paciente o usuario como autor de la misma, seguido en un 21% de familiar, 12% al compañero del profesional y únicamente en 1% no se clasifica al autor en ninguna de estas categorías.

En cuanto al perfil del agresor, el 65% lo identificaron de sexo masculino. No son relevantes los datos obtenidos en relación a los antecedentes del paciente, ni a la gravedad del estado de salud o patologías previas. En el 70% se trata de un paciente sin cita previa, en contraposición con un 30% que sí tenían cita previa.

El siguiente gráfico refleja el porcentaje de agresiones y los grupos que las sufrieron por parte de un compañero.



El perfil del agredido corresponde en un 68,4% de los casos al sexo femenino, no siendo representativo el puesto funcional, ya que dentro de los encuestados 281 pertenecían a EAP y sólo 19 trabajaban en el SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria). Su perfil se corresponde con un tiempo de 18 años de media en el servicio. El 40% de las víctimas siguen atendiendo al agresor.

En el gráfico siguiente se indican el tipo de sensación sentida tras la agresión.



Por categoría profesionales se obtuvieron los siguientes resultados:

	Profesionales encuestados	Encuestados agredidos	Encuestados no agredidos
Administrativos/as	51	88%	12%
Enfermeros/as	120	72%	18%
Médicos/as	105	80%	20%
Otros/as	23	58%	42%

El 60% de los encuestados desconocían el documento de notificación de actos violentos que está a disposición de los trabajadores en la intranet del SCS. Mientras que 12,4% personas lo cumplimentaron una vez sufrida la agresión, 5% de los cuales siguen atendiendo al agresor. El 68% dice haber recibido respuesta a la notificación.

5.- DISCUSIÓN

Estamos frente a un giro radical en la sociedad, en donde los principios y valores se encuentran en constante cambio. Los trabajadores sanitarios, y en concreto aquellos de los centros de salud presentes en este estudio, están viendo como su trabajo se ha ido modificando en relación a los cambios sufridos en la sociedad.

El tiempo de espera excesivo, interrupciones frecuentes en la consulta, fallos reiterados en la burocracia... son algunos de los factores que influyen en que los usuarios del sistema se presenten ante los trabajadores de una manera violenta o agresiva manifestándolo en primer lugar de forma verbal y en algunas ocasiones, de manera física.

Tras el análisis de los datos obtenidos resulta alarmante el

total de agresiones que se producen en el ámbito de trabajo estudiado; pero más llamativo aún, es el porcentaje de ellas que tiene como autor a un compañero.

Destaca que la categoría profesional más agredida son los auxiliares administrativos seguida de los médicos. No siendo el lugar donde se produce la agresión un dato relevante. La mayor parte de estos profesionales continúan atendiendo al agresor tras el incidente.

Dentro del perfil del agresor, los datos obtenidos no son significativos para afirmar, como pudiera sospecharse, que los usuarios con antecedentes de toxicomanías o psiquiátricos puedan generar más situaciones violentas que la población general.

El desconocimiento por parte de los profesionales del documento de notificación de actos violentos y su desuso después de sufrir un incidente de estas características resulta llamativo; lo que sugiere que son los propios profesionales los que no dan la suficiente importancia y trascendencia a ser víctimas de una agresión. En ocasiones, los profesionales, tienen tan asumido como algo normal los comportamientos de índole violento por parte de los usuarios en su quehacer diario que no le dan la importancia que se merece.

6.- CONCLUSIONES

Se puede afirmar que la violencia contra los profesionales sanitarios se ha convertido en un problema de salud pública ampliamente referenciado en los medios de comunicación. El problema afecta, de forma creciente, a los profesionales, al sistema asistencial y en consecuencia a los pacientes/usuarios de los servicios sanitarios. La solución a dicho problema deber ser una prioridad en la gestión del sistema.

Se trata de un problema multifactorial. Para lograr soluciones efectivas es preciso contar con la colaboración de la ciudadanía en general, de los propios profesionales, de los organismos gestores (sanitarios y judiciales) y de los medios de comunicación.

Una posible solución a este problema creciente en la Sanidad, sería el estudio exhaustivo de las situaciones violentas, sus generadores y la implantación de medidas preventivas con el fin de evitarlas. Para ello es necesario tanto la colaboración ciudadana, el apoyo institucional y la buena práctica profesional.

Tras la revisión bibliográfica realizada no se ha encontrado referencia a estudios previos sobre la violencia en el ámbito de trabajo sanitario desde la perspectiva del trabajador.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Herranz Marin MT. Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región Murcia. Edita servicio murciano de salud. Direccion General de Recursos Humanos. Julio 2005.
- Sainz Pinós C, López Triverio PF, Maestre Naranjo M, Borda Olivas J, Cabrero Martín B y Rodríguez de la Pinta ML. Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria Med. segur. trab. vol.57 no.222 Madrid ene.-mar. 2011.
- Muñoz Pascual JC, Delgado de Mendoza Ruiz B, Romero Ruiz A, Bermúdez Luque JC, Cabrera Cobos F. Agresión al Personal de los Servicios de Salud. Enfermería Docente 2008;89: 15-17.
- Documento Marco para la prevención de la violencia hacia los facultativos (Resumen). CESM 2007. http://www.cesm.org/nueva/documentos/salud_laboral/doc-marco.pdf
- El maltrato en el sistema sanitario. Médico Interactivo. Número 1427 | 20 Mayo 2005.
- Barrera Lazo SMF, Villarroel Salazar CG. Detección de la agresión laboral al personal médico y de enfermería del policlínico Central. Revista Pacea Med Fam 2007;4 (6): 106-110.
- Braga F, Pratz M, Luna D, Melamud A, Flichtentrei D. Agresiones contra médicos. Intramed.

Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud

ANEXO I

CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA PERCIBIDA y/o SUFRIDA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La OIT define violencia laboral como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable; mediante el cual, una persona es o se siente amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma.

DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO:

Edad: años

Categoría profesional:

Sexo: Hombre Mujer

Administrativo

Aux. de Enfermería

Enfermero/a

Médico/ a

Otros

Antigüedad en su actual puesto: años

Antigüedad profesional total: años

Puesto funcional: EAP SUAP

1- ¿Ha sufrido o percibido algún tipo de violencia como consecuencia de su labor asistencial? Sí No

2- La última agresión sufrida, ¿se ha producido en su puesto de trabajo actual? Sí No

En caso negativo, por favor, especifique el Centro de Salud en el que se produjo su última agresión

3- Su última agresión ha sido de tipo: Física Verbal (insultos, gritos, amenazas...) Ambas Otras.....

4- Lugar de su última agresión sufrida: Pasillo Consulta Mostrador Visita domiciliaria Otras salas...

5- Causa del acto violento: (Señalar las que correspondan)

No cumplir con las exigencias del paciente Discrepancias en la atención recibida Discrepancias personales
 Tiempo de espera prolongado Malestar por el funcionamiento interno del centro Oros. Especificar.....

7- Autor de la agresión: Paciente/usuario Familiar Compañero Otros. Especificar.....

8- Tipología del agresor de su última agresión sufrida: Hombre Mujer
 Pacientes con antecedentes de toxicomanía Pacientes con antecedentes psiquiátricos
 Paciente con cita previa Paciente sin cita previa Pacientes con patología urgente Pacientes crónicos

9- Sensación que le ha generado su última agresión:

Miedo/ Temor Impotencia Frustración Enfado Otros. Especificar.....

10- ¿Ha tenido que seguir atendiendo al agresor? Sí No

11- ¿Ha comentado la agresión a un superior o a un compañero? Sí No Superior Compañero

12- ¿Ha recibido apoyo de sus superiores o compañeros? Sí No

13- ¿Ha cumplimentado el documento de notificación de actos violentos existentes en la Gerencia? Sí No

En caso afirmativo, ¿ha recibido respuesta al mismo? Sí No

14- ¿Sabías de la existencia del documento de notificación de actos violentos? Sí No

15- ¿Ha causado baja laboral por la última agresión sufrida? Sí No

16- ¿Había sufrido con anterioridad otro episodio violento? Sí No Mismo autor Otro autor

¿Tienes alguna información que quieras compartir?

¿Necesitas transmitir alguna información a la sociedad?

¿Quieres conectar con otros profesionales de enfermería?

¿Tienes un video sobre enfermería y te gustaría compartirlo?

¿Has realizado un trabajo y necesitas editarlo?

¿Tienes problemas con póster o imágenes?

El Colegio pone a tu disposición la

Asesoría de COMUNICACION

REVISIÓN DE TRABAJOS EN WORD, POWER POINT, EXCEL O CUALQUIER OTRO PROGRAMA INFORMÁTICO
COMUNICACION DE PRENSA, RADIO O TV - EDICION DE TRABAJOS PARA IMPRENTA, VIDEO, FACEBOOK O TWITER

CONTACTO:
Tel. 942 31 97 20

prensa@enfermeriacantabria.com
gabineteprensa@enfermeriacantabria.com



Experiencia comunitaria. Educación para la Salud (EpS) a grupos terapéuticos

(Continuación)

Proyecto realizado a través de los convenios de colaboración desarrollados por el Colegio de Enfermería de Cantabria con diversas instituciones de la Comunidad Autónoma de Cantabria y, en este caso, el firmado con la Fundación Proyecto Hombre se ha publicado en dos partes:

NUBEROS CIENTÍFICA Nº 8

- 1. Hábitos de vida saludables.**
- 2. Sexualidad sana y responsable.**

NUBEROS CIENTÍFICA Nº 9

- 3. Intervención de enfermería en el contexto del tratamiento y rehabilitación de drogodependencias.**
- 4. Educación sanitaria grupal sobre primeros auxilios.**

Los cuatro temas conforman el conjunto de las intervenciones enfermeras orientadas a la salud integral de las personas pertenecientes a los grupos terapéuticos (como población diana) de dicha Fundación y que vienen desarrollándose con continuidad desde el año 2012.



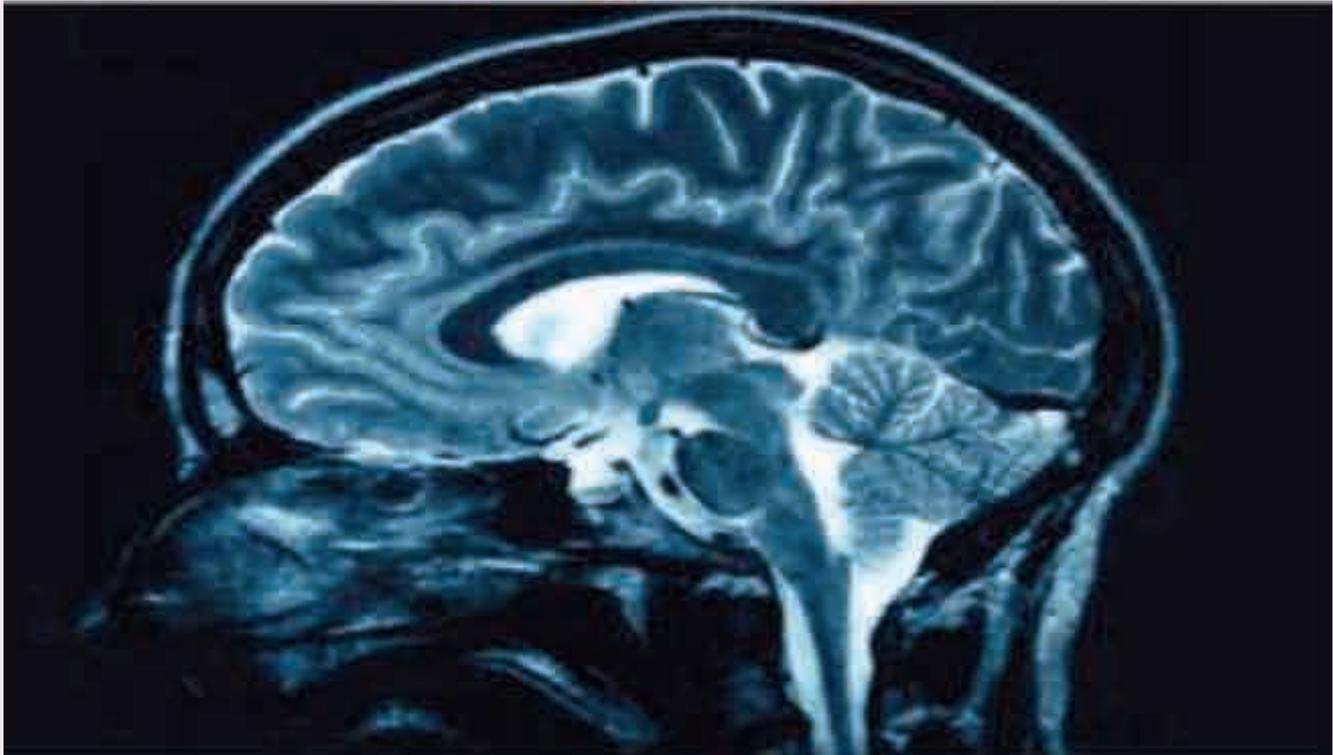


FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Intervención de enfermería en el contexto del tratamiento y rehabilitación de drogodependencias

Autores:

Marta Jara Royo^(*)
*Diplomada en Enfermería.
Cantabria*

M^a Cruz Santamaría Martínez
*Diplomada en Enfermería.
Cantabria*

()Dirección para correspondencia:
m_jara_r@hotmail.com*

Recibido: Mayo 2013
Aceptado: Mayo 2013

RESUMEN

La adicción a sustancias constituye un problema de salud pública de primer orden en nuestra sociedad. Además del abordaje realizado desde las instituciones sanitarias, son numerosas las entidades sin ánimo de lucro que se ocupan de esta problemática, llevando a cabo intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas que padecen una drogadicción.

En el marco de un convenio de colaboración entre el Colegio de Enfermería de Cantabria y la Fundación Proyecto Hombre, se desarrolla este proyecto que tiene como objetivo general dotar a los usuarios de conocimientos y habilidades relacionados con la base biológica de las adicciones, dependencia de sustancias, actuación en situaciones de urgencia por consumo de drogas y habilidades sociales.

El taller tuvo una duración total de tres horas, repartidas en dos sesiones de una hora y media cada una, impartidas por dos enfermeras.

Resultados: Esta experiencia ha resultado enriquecedora para los asistentes, que han profundizado y adquirido conocimientos nuevos, y para las docentes que no solo han adquirido conocimientos, si no también experiencia en intervenciones grupales.

Palabras clave:

- Sustancias.
- Adicción
- Sistema límbico.
- Asertividad.
- Salud.

ABSTRACT

Substance addiction is a public health problem of the first order in our society. Besides the approach made from health institutions, are many nonprofit organizations that works with this problem in different ways: conducting interventions for prevention, treatment and rehabilitation of people suffering drug addiction.

In the context of collaboration agreement between the "Nursing College of Cantabria" and "Proyecto Hombre" Foundation, is developing this project which aims to provide users knowledge and skills related to the biological base of addictions, substance dependence and the way to act in emergencies for drug abuse and social skills.

The workshop lasted a total of three hours, distributed in two sessions of an hour and a half each one, imparted by two nurses.

Results: this experience has been rewarding for the participants, who have deepened and acquired new knowledge, and for the teachers who have acquired not only knowledge, but also experience in group interventions.

Keywords:

- Substances.
- Addiction
- Limbic system.
- Assertiveness.
- Health.

1.- INTRODUCCIÓN.

Ya en la década de los 60, con la consolidación de la clase media en EE.UU. y la aparición del movimiento "hippie" comenzó a socializarse el consumo de estupefacientes; en los años 80, la gran crisis económica arrastró un velo de decadencia que trajo consigo la epidemia de la heroína, y con ella, la estigmatización del drogodependiente, el aislamiento social unido al marginalismo y el VIH-SIDA.

Pero la verdadera globalización del consumo surgió a partir de la década de los 90, en un contexto de sociedad de hiperconsumo para alcanzar el lujo del estado de bienestar.

El macrodesarrollo de la industria del ocio y el entretenimiento y el acceso rápido y prematuro de los jóvenes al trabajo (en muchas ocasiones precario), permitió a estos disponer de ingresos económicos para seguir alimentando la cultura del hedonismo.

En estas circunstancias nos encontramos ante un perfil muy heterogéneo del consumidor, precisamente por las grandes facilidades para acceder a las sustancias, convirtiéndose cada joven en un potencial consumidor, con capacidad para escoger entre un amplio abanico la droga con la que más identificado se siente. Se ha instaurado de este modo la "normalización del consumo"².

La adicción a sustancias constituye un problema de salud

pública de primer orden en nuestro entorno y nuestra sociedad. La OMS³ (Organización Mundial de la Salud) define el término "dependencia" (de sustancias) como el "conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo -a menudo fuerte y a veces insuperable- de ingerir sustancias psicoactivas".

Además del abordaje llevado a cabo desde las instituciones sanitarias, son numerosas las asociaciones, fundaciones y agrupaciones sin ánimo de lucro que se ocupan de esta problemática y realizan intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de los individuos con drogadicciones.

En el marco de un convenio de colaboración entre el Colegio de Enfermería de Cantabria y la Fundación Proyecto Hombre, se desarrolla este programa de EpS (Educación para la Salud) dirigido a grupos terapéuticos del centro de Proyecto Hombre ubicado en Santander. La EpS puede definirse como "un proceso planificado que conduce a la modificación de las conductas relacionadas con la salud. Esta modificación puede dar lugar tanto a la adopción de conductas saludables como al cambio de conductas que perjudican la salud por conductas sa-

ludables y aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud”.

2.- OBJETIVOS

Objetivo general

Dotar a los usuarios de conocimientos y habilidades relacionados con la base biológica de las adicciones, dependencia de sustancias, actuación en situaciones de urgencia por consumo de drogas y habilidades sociales.

Objetivos específicos

Los integrantes del grupo terapéutico serán capaces de:

- Adquirir un nivel mínimo de conocimientos teóricos, especificados en los cuestionarios de evaluación, contestando correctamente al menos al 50% de las cuestiones, al finalizar la sesión.
- Participar activamente en las actividades prácticas que se desarrollarán durante el taller.
- Realizar las actuaciones correctas en la simulación de situaciones de urgencia provocadas por consumo de drogas.
- Distinguir entre conducta inhibida, agresiva y asertiva, argumentando las diferencias existentes entre ellas.

3.- METODOLOGÍA

El taller de EpS “Intervención de enfermería en el contexto del tratamiento y rehabilitación de drogodependencias”, tuvo lugar en la sede de la “Fundación Proyecto Hombre” en Santander, durante el mes de Abril de 2012, desarrollándose en dos sesiones de 90 minutos de duración (cada una de ellas), durante dos días consecutivos.

Para la realización de ambas sesiones se utilizaron las instalaciones del centro, que proporcionó además un proyector y una pizarra. El Colegio de Enfermería facilitó material de papelería y trípticos informativos impresos.

En la actividad participaron un total de ocho usuarios del centro, integrantes de un programa terapéutico de rehabilitación e inserción, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, acompañados por dos monitores.

La elección del método docente estuvo determinada principalmente por los contenidos a impartir, aunque también se tuvieron en cuenta otros aspectos tales como el tamaño del grupo, la edad de los asistentes, los recursos disponibles, sus capacidades y las de las docentes. En base a esto, se determinó el uso de la lección magistral para abordar los contenidos teóricos, así como la técnica de trabajo en grupo y el debate. En todo momento se fomentó la participación de los asistentes y la interacción entre el docente y el grupo, por lo enriquecedor de las aportaciones de los usuarios, así como por constituir herramientas que facilitan la empatización docente-grupo y viceversa.

Durante la primera sesión se trataron varios aspectos generales sobre la adicción a sustancias, clasificación de las drogas de abuso, vías de administración y riesgos asociados, falsas creencias relacionadas con algunas sustancias y actuación ante situa-

ciones de urgencia producidas por consumo de drogas. Al finalizar se realizó la simulación de un caso de intoxicación por consumo de drogas; así mismo, se entregó un tríptico informativo, como material didáctico complementario a la intervención.

La segunda sesión estuvo dividida en dos bloques; en primer lugar se abordó la biología de las adicciones (el Sistema Nervioso, el Sistema Límbico y los circuitos de recompensa cerebral) y en segundo lugar los temas sobre autoestima, empatía y asertividad, llevándose a cabo actividades prácticas trabajadas en grupo, con el fin de desarrollar estas habilidades. Al finalizar la sesión se entregó un test de evaluación de conocimientos teóricos, que fue rellenado por los asistentes. Del mismo modo, también se realizó una evaluación cualitativa de la actividad.

4.- RESULTADOS

Mediante los dos cuestionarios de conocimientos teóricos, la consulta directa sobre satisfacción realizada al finalizar la intervención, la ejecución de las actividades prácticas, y la observación directa, se extraen las conclusiones señaladas a continuación.

El número de asistentes fue de ocho varones pertenecientes al grupo terapéutico, además de dos monitores del centro, con edades comprendidas entre los 19 y 37 años.

El entorno y los medios materiales fueron idóneos para el desarrollo de la actividad.

La actitud de los asistentes fue muy participativa, tanto durante la exposición teórica, como en el desarrollo de las actividades prácticas. Todos ellos se mostraron muy interesados, planteando preguntas y exponiendo sus propias experiencias, lo que contribuyó a establecer una adecuada relación docente-oyente, además de permitir resolver las dudas que comentaron.

Los cuestionarios reflejan la desigualdad de conocimientos existente entre los diferentes temas abordados, así, en lo referente a las generalidades sobre drogodependencias la tasa de aciertos se situó entre 90-100%, y en cambio, en lo relativo al modo de actuación de las drogas en el sistema nervioso desciende al 50-60%.

En lo relativo a las actividades prácticas realizadas (simulación de situación de urgencia por consumo de sustancias y ejercicios sobre autoestima y conducta asertiva), se observó un gran interés por parte de los asistentes, que participaron espontáneamente, y que además consiguieron alcanzar los objetivos planteados en lo relativo a la adquisición de habilidades y conocimientos relacionados con las mismas.

Para finalizar, señalar que los asistentes manifestaron considerar como apropiado realizar este tipo de intervenciones en el ámbito comunitario, así como la utilidad de las mismas (en su caso concreto) para ampliar conocimientos y como una herramienta complementaria en su rehabilitación.

5.- DISCUSIÓN

La diferencia de aciertos entre los dos cuestionarios (“generalidades sobre drogodependencias” y “drogas y sistema nervioso”) indica que a pesar de que los asistentes tienen conocimientos sobre las sustancias, modo de actuación ante urgencias provocadas por el consumo de las mismas, o diferencia entre mito o

Educación para la Salud (EpS): intervención de enfermería en el contexto del tratamiento y rehabilitación de drogodependencias.

realidad, hay una gran falta de información sobre cómo estas actúan en el organismo.

Muchos de los conocimientos previos procedían de intervenciones anteriores como parte de su rehabilitación, lo que pone de manifiesto la importancia de la educación para la salud.

La idoneidad de repetir los talleres tanto para ampliar temario sobre nuevas cuestiones que surgen de la misma intervención, como para consolidar conocimientos, queda manifiesta no solo por los asistentes que verbalmente lo manifestaron, sino también por los resultados obtenidos en la evaluación.

6.- CONCLUSIONES

Esta experiencia ha resultado enriquecedora y positiva tanto para los asistentes, que han adquirido conocimientos nuevos,

así como afianzado y profundizado los previos, como para los docentes, para quienes ha supuesto una oportunidad de aprendizaje y crecimiento profesional, sobre todo en lo relativo al desarrollo de intervenciones grupales.

Por tanto, no cabe sino señalar la importancia de llevar a cabo este tipo de estrategias de educación para la salud en el ámbito comunitario, destacando además el rol primordial que la enfermería profesional posee en esta disciplina.

7.- ASPECTOS ÉTICOS

El manuscrito cumple con los requisitos éticos indicados en las normas de publicación de Nuberos Científica y posee la autorización de la Fundación Proyecto Hombre Cantabria para su publicación.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Batlle, F.; Gonzalvo, B.; Guardia, J.; Pérez Cobos, J.; Pinet, C.; Roncero, C. (2002): Material audiovisual del Programa de Formación y consulta Drogas y Atención Primaria. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.
2. Cabrera Bonet, R. y Torrecilla Jiménez, J.M. (1998): Manual de Drogodependencias. Madrid: Cauce.
3. Neurociencia del consumo de sustancias psicoactivas. OMS [en línea] fecha de consulta: 20/01/2012. Disponible en:http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
4. Conductas adictivas. Publicación destinada a la investigación en drogodependencias [en línea] fecha de consulta: 06/02/2012. Disponible en: <http://www.conductasadictivas.org/frm/Acerca.aspx>
5. Drogadicción [en línea] fecha de consulta: 08/02/2012. Disponible en:<http://drogas-hoy.blogspot.com/>
6. Eumednet [en línea] fecha de consulta: 08/02/2012. Disponible en: <http://www.eumed.net/eve/index.htm>
7. El tabaco apesta [en línea] fecha de consulta: 10/02/2012. Disponible en:<http://www.eltabacoapesta.com/>
8. Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C.; Lizasoain, I. (2003): Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Médica Panamericana.
9. Stockley, D. (2000) Drogas. Guía ilustrada para agentes de policía. Bilbao: Edex Kolektiboa.
10. Tórtora, G.J.; Reynolds Grabowsky, S. (1996): Principios de anatomía y fisiología. Harcourt Brace.
11. Drogas y cerebro [en línea] fecha de consulta: 23/01/2012. Disponible en: <http://www.drogasycerebro.com/>
12. Opioides, mecanismo de acción [en línea] fecha de consulta: 23/01/2012. Disponible en:<http://mvz.unipaz.edu.co/textos/lecturas/preclinica/opiodes.pdf>
13. Cerebro triuno [en línea] fecha de consulta: 01/2012. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos69/cerebro-triuno/cerebro-triuno.sht>
14. Cómo mejorar tus habilidades sociales [en línea] fecha de consulta: 28/01/2012. Disponible en: http://www.cop.es/colegiados/CV00520/HS_1%C2%AA%20sesion.pdf
15. Guía sobre drogas [en línea] fecha de consulta: 01/2012 y 02/2012. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>

TRIPTICO INFORMATIVO

"La Cocaína da marcha y ayuda a llevar las noches de juerga"
La cocaína tiene un efecto estimulante, pero el efecto es pasajero y precede a un bajón intenso que causa decaimiento, cansancio y depresión. Lejos de favorecer la sociabilidad, su consumo abusivo provoca irritabilidad.

"Las pastillas no son peligrosas si se toman solo fines de semana"
Se desconoce muchas veces su contenido. Los efectos nocivos de las drogas de síntesis, como el golpe de calor, aparecen independientemente del tiempo que se lleven consumiendo. Y efectos del consumo se pueden prolongar durante varios días más.

"Fumar un cigarrillo relaja y ayuda a aliviar el estrés"
El tabaco es un estimulante. La sensación de alivio del fumar tras un periodo prolongado sin fumar se debe a la superación de los síntomas de abstinencia.

Tras desintoxicación, no volver a la dosis anterior

Cuidado de heridas en piel y mucosas

Higiene de jeringa y agujas

No compartir jeringuillas

DROGAS





COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS DE CANTABRIA

C/Carriantes nº 10 - 39
942 31 97 20 696 43 36 25
colegio@enfermeriacantabria.com

"El alcohol ayuda a hacer amigos y a ligar"
En pequeñas dosis, el alcohol puede hacerte sentir más lanzado, pero en realidad no mejora las relaciones sociales ya que se trata de una falsa sensación de euforia. Es muy complicado quedarse "con el punto". Acabas necesitando beber siempre que quieres relacionarte.

"Si el Cannabis se legalizara se consumiría menos"
No confundir problemas legales y uso. Las drogas de mayor consumo son el alcohol y el tabaco, y ambas son legales. En el consumo influye la facilidad para conseguir una droga y su aceptación social.

¿Qué hacer en caso de emergencia...?

BENZODIACEPINAS
(Sedantes, Hipnóticos, Anticonvulsivos)

OPIÁCEOS
(Heroína, Metadona, Codeína)

ESTIMULANTES
(Cocaína, Anfetaminas, MDMA)

ALUCINÓGENOS Y CANNABIS

CONSCIENTE:	INCONSCIENTE:
<ul style="list-style-type: none"> •Vomitara (2-4 horas tras ingesta) •Lateral •Llamar O&S • Recoger información 	<ul style="list-style-type: none"> •Llamar O&S •No dar beber •Lateral •Si no respira → RCP •Recoger información
(URGENCIA)	
<ul style="list-style-type: none"> •Llamar O&S •Lateral •Si no respira → RCP •Recoger información. 	
<ul style="list-style-type: none"> •Mostrarse amable, tranquilizar. •Coloca ambiente tranquilo •Evitar gesto amenazantes, nunca dejarlo solo. •Recoger información. •Si la agitación, delirio, persiste llamar O&S. 	
<ul style="list-style-type: none"> •Evitar estímulos excesivos. •Aislar en un ambiente tranquilo. •Acompañarle hasta que se serena. •Recoger información. •Explicar la situación es temporal. 	



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica



Educación sanitaria grupal sobre primeros auxilios

Autoras:

Verónica Cabrero Santamaría^(*)

*Diplomada en Enfermería. Enfermera del
IFIMAV. Cantabria.*

M^a José Rodríguez Martínez

*Graduada en Enfermería. SUAP Alto Asón.
Ramales de la Victoria. Cantabria*

() Dirección para correspondencia:
maache2002@hotmail.com*

Recibido: Marzo 2013

Aceptado: Marzo 2013

RESUMEN

La actividad surge por dar respuesta a la demanda de la Fundación Proyecto Hombre,

Con el fin de acercar los conocimientos en primeros auxilios y manejo de heridas a personas de la comunidad.

Se pretende capacitar en conocimientos y técnicas de afrontamiento, aportando los recursos necesarios para lograr actuaciones rápidas, reduciendo los miedos en el caso de tener que actuar en estas situaciones¹.

Con actuaciones sencillas los accidentes pueden ser menos aparatosos e incluso pueden solventarse sin ayuda de un sanitario, otros pueden atajarse y ser tratados con rapidez.

Se trata de dotar a las personas de la comunidad mediante talleres y clases teóricas de los conocimientos y habilidades necesarias para la adecuada gestión, manejo y asistencia ante una posible situación de accidentabilidad variada. Entendiendo dicha asistencia temprana como "Primeros auxilios".

Los resultados fueron enriquecedores y gratificantes para la Enfermería y para el grupo.

Palabras clave:

- Enfermería.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Emergencia.
- Primeros auxilios.

ABSTRACT

This activity arises in order to response to the Founding called "Project Hombre", whose goal is to approach both first aid's knowledge and management of wound for the people of the community.

The aim is to train in knowledge and coping strategies. For that reason, it is provided the resources necessary to get fast proceedings as well as reducing that fears which can be appear when they have to perform in these situations.

On the one hand, accidents can be less dramatic with simple actions, and it was even worked out without health professional. On the other hand, others can be stopped and treated quickly.

The pursued purpose is to provided people, who belongs to the community, with the necessary knowledge and skills in order to realize an appropriate management, handing, and assistance when they have to deal with a possible varied accident situation. This assistance means first aids. It does through workshops and master classes.

The results were enriching and gratifying to both nursing professionals and group.

Keywords:

- Enfirmery
- CPR.
- Emergency.
- The first aids.

1.- INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existe un alto índice de visitas a los servicios de urgencias, como consecuencia en parte, al elevado número de accidentes diversos.

Es reseñable que con un buen aprendizaje y adiestramiento de la población general, las consecuencias de estos accidentes pueden disminuir, al mejoran los conocimientos y a su vez tomar precauciones para prevenir dichos accidentes.

La Educación para la salud (EpS) es una herramienta técnica de los profesionales sanitarios empleada para enseñar y adiestrar en temas de salud a las personas, a grupos o a nivel comunitario.

El tratamiento o el afrontamiento de los problemas relacionados con la accidentabilidad puede modificarse, a través de la EpS modificando su forma de afrontarlos y abordarlos, ense-

ñando la actuación en la primera asistencia y como ejemplo cabe decir que parte de ellos, con intervenciones sencillas pueden ser menos aparatosos e incluso solventarse sin ayuda de un sanitario, otros pueden atajarse y ser tratados en primera instancia con rapidez, ganando tiempo hasta que la ayuda especializada llegue. Inclusive, es interesante conocer lo que NO se debe hacer para que los accidentes dejen de ser "manejados" erróneamente pudiendo implicar, en muchas ocasiones, que se agraven por falta de conocimientos².

Clarificando conceptos conocidos pero no asentados, se consigue que se realicen actuaciones responsables y seguras.

Con esta idea de enseñar conocimientos y actuaciones a la población general surgió el programa de EpS en colaboración con la Fundación Proyecto Hombre y consecuentemente se elaboró el programa de 'Primeros Auxilios'.

2.- OBJETIVOS

Objetivo general

Enseñar los conocimientos, las habilidades y adquirir la práctica necesaria para la adecuada gestión, manejo y asistencia ante una posible situación de accidentabilidad variada. Entendiendo dicha asistencia temprana como "Primeros auxilios".

Objetivos específicos

1. Enseñar los conocimientos y habilidades prácticas necesarias para una correcta realización de RCP. Signos vitales y algoritmo básico.
2. Conseguir las habilidades prácticas necesarias para realizar un buen masaje cardíaco, la apertura de vía aérea y manejo de la maniobra de Heimlich en caso de atragantamiento.
3. Conocer los conceptos básicos y necesarios para el correcto abordaje de los diversos tipos de heridas.
4. Enseñar los conocimientos y habilidades prácticas necesarias para un correcto abordaje de traumatismos, intoxicaciones y/o urgencias ambientales: quemaduras por agentes externos (sol, rayo), hipotermias, ahogamientos.
5. Enseñar los "números que salvan vidas: 112 y 061"
6. Enseñar el contenido del botiquín de la institución, su mantenimiento y conservación.

3.- METODOLOGÍA

La población a la que se dirige son grupos terapéuticos de la Institución Proyecto Hombre.

La actividad se desarrolló en el mes de marzo del 2012 durante dos días. Una clase teórica y otra práctica, en horario de 16'30 a 18 horas en el centro de dicha Institución, en su salón multiusos. El grupo de Proyecto Hombre lo conformaban 11 adultos con diferentes conocimientos sobre el tema a tratar.

Los contenidos a impartir son los siguientes.

Teóricos:

- Primero auxilios. Principios generales.
- Heridas. Quemaduras. Intoxicaciones.
- Contenidos de los botiquines de urgencia.

Prácticos:

- Activación del sistema de emergencia: P.A.S.
- R.C.P. Algoritmo Básico.
- Obstrucción vía aérea. Maniobra de Heimlich.

Metodología docente

Durante las sesiones se combinan diferentes técnicas tanto en la parte teórica como en la parte práctica de talleres. Dado el número reducido del grupo se fomentará la participación.

Una vez asimilados los conceptos teóricos se dedicará la mayor parte del tiempo a los talleres, trabajos individuales de casos para exponer posteriormente al grupo, trabajos grupales tutorizados con técnicas de role playing y estudio de casos.

Por lo tanto, la metodología docente⁶ aplicada en este proyecto es:

- Activa: implicará un análisis de la realidad.
- Vivencial: Incitará a participar desde la experiencia re-

al de los alumnos para alcanzar una perspectiva global de los primeros auxilios.

- Problematizadora: ayudará en la búsqueda de soluciones.
- Racionalizadora: incitará a los alumnos a estar abiertos a nuevas ideas y formas de actuación.

El tiempo se repartirá en una clase teórica de 50 minutos y otra clase práctica de 130 minutos. De este modo, se propicia la implicación de los participantes en el proceso formativo.

Finalizada las sesiones se cumplimentaron unos test (ANEXO) de conocimientos para comprobar los conocimientos aprendidos.

4.- RESULTADOS

Los test para conocer los conocimientos adquiridos fueron positivos en el 100% de los discentes.

Se realizó un taller sobre RCP básica en el paciente adulto, todos tuvieron la oportunidad de poder hacer una RCP con casos prácticos reales que realizaron correctamente.

La institución contaba con un botiquín, fue revisado y se añadieron algunos materiales que no existían. Después se nombró a dos personas como responsables del botiquín, de su revisión mensual y su reposición.

Se dejó visible y plastificado, junto al botiquín, los números de teléfono de los servicios de emergencias.

5.- DISCUSIÓN

El grupo expresó su satisfacción ante la actividad y consideraron que el tiempo invertido en el taller era insuficiente. Se percibió un grupo abierto a nuevos talleres y experiencias del mismo tipo que les fuesen útiles en el día a día.

Se verificó la importancia de adiestrar a la población en dar respuesta a situaciones de primeros auxilios especialmente en lo relacionado con los cuidados de pequeñas heridas, quemaduras, intoxicaciones...

Expresaron satisfacción de haber aprendido a responder ante situaciones críticas simuladas, a pesar de las dificultades posibles al encontrarse ante situaciones reales.

Se ha estimulado y comprometido en los discentes el responsabilizarse del mantenimiento del botiquín de la Institución.

6.- CONCLUSIONES

Las sesiones han sido muy bien recibidas por los asistentes, mostrando gran interés y alta participación tanto durante las clases teóricas como en los talleres.

Se han reducido las dudas de atender a situaciones de emergencias y se han corregido falsos mitos en cuanto a la actuación ante heridas, quemaduras...

Ambas instituciones, Colegio de Enfermería y Proyecto Hombre, y más directamente, la Enfermería profesional y los participantes, se enriquecen de las intervenciones con características de participación comunitaria.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Limmer, D. 2005. Emergency Care, Pearson/Prentice hall. USA
2. American Heart Asociacion, Highlights of the 2010 AHA Guidelines for CPR and ECC. www.americanheart.org/eccguidelines
3. Escuadrón SOS A.C., 2001, Manual para el curso básico de Técnico en Urgencias Médicas, México D.F.
4. http://www.unirioja.es/servicios/spri/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf
5. <http://www.ugr.es/~gabpca/manual.htm>
6. De Lanuza Soto J.L. Curso Formación de Formadores. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Santander 2011

ANEXO

CUESTIONARIO

QUÉ HAS APRENDIDO. Marca la respuesta correcta con un círculo.

1. En una lipotimia tienes que poner al afectado:

- a. Tumbado con las piernas en alto.
- b. Boca abajo.
- c. Tumbado de lado.

2. ¿Que pasos hay que seguir para activar el sistema de emergencia?

- a. Proteger, ayudar y socorrer
- b. Proteger, avisar y socorrer
- c. Pedir ayuda, ayudar e irse

3. Cuando hay una obstrucción completa de la vía aérea hay que realizar:

- a. Maniobra abdominal
- b. Maniobra de Heimlich
- c. Maniobra PAS

4. Una quemadura profunda y que afecta a todas las capas de la piel. ¿Qué grado es?

- a. Primer grado
- b. Segundo grado
- c. Tercer grado

5. ¿En una parada cardiorrespiratoria que pauta hay que seguir?

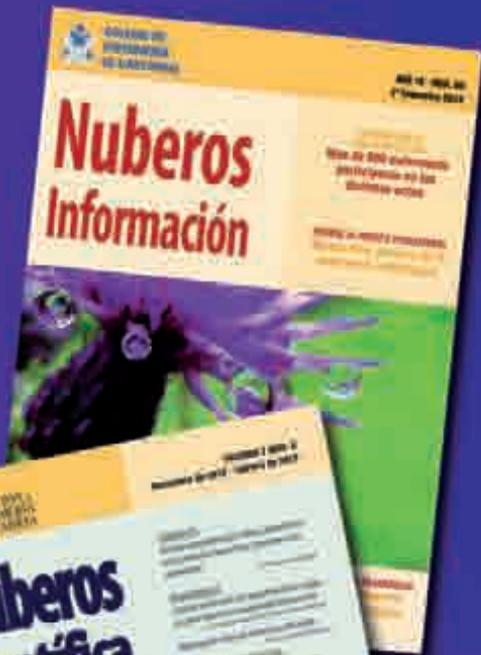
- a. 30 compresiones- 2 insuflaciones
- b. 15 compresiones- 2 insuflaciones
- c. 30 compresiones- 5 insuflaciones

ENFERMERIA CANTABRIA

TV



WWW.ENFERMERIA CANTABRIA.COM



COLEGIO de
ENFERMERIA de
CANTABRIA

Un colectivo bien informado

CARTAS A LA DIRECTORA

Cambios sociopolíticos en la mujer gestante

Autora: Manuela Contreras García

Matrona de Santander

Recibido: Abril 2013

Aceptado: Abril 2013

En la mujer gestante se producen cambios sociopolíticos ¿Por qué los profesionales (matronas, ginecólogos,...) no hablamos de ellos a las familias?

En las charlas de educación maternal que las matronas damos en los centros de salud, la primera sesión es '*cambios físicos y psíquicos durante el embarazo. Cuidados del embarazo*'. En ella explicamos los cambios físicos y psíquicos que acompañan al embarazo y qué hacer ante ellos. Pero no decimos nada de los cambios que yo llamo '*sociopolíticos*', y sin embargo se producen. Por eso deberíamos tratarlos también, máxime cuando hasta la propia OMS insta a tratar integralmente todos los problemas de la salud¹, y que uno de los fundamentos del programa de preparación a la maternidad y paternidad del Servicio Cántabro de Salud, es "transmitir la importancia de las mujeres como constructoras y transmisoras del valor sociocultural de la maternidad".

Es verdad que la ciencia habla poco de estos cambios sociopolíticos, pero son una evidencia y los profesionales sanitarios no podemos cerrar los ojos a esta verdad. Bien los conocen las transnacionales. Ellas sí lo tienen estudiado. Les interesa mucho, se juegan su negocio. En un estudio de la multinacional *Chicco*² sobre el embarazo, se afirma que *un bebé transforma los valores personales y la visión global del mundo, generando en las madres mayor capacidad de sacrificio, sentido de la responsabilidad, sensibilidad frente a la injusticia social y preocupación ante la enfermedad y la muerte. Surge una necesidad más apremiante de hacer algo por el resto de la humanidad*.

¿Por qué es *Chicco* quien hace este estudio? Porque necesita pervertir **lo que la maternidad es**, y que **en vez de ser una experiencia para abrir los ojos a los problemas del mundo³, sea una experiencia para que la mujer se cierre más en ella misma**, y se centre sólo en consumir (cuanto más mejor) y sólo en cubrir sus necesidades y las de su familia. A *Chicco* le interesa que la maternidad **no sea una experiencia motor para la lucha por la justicia y sí para el consumismo y la evasión**, porque lo necesita para sostener su negocio. Es una multinacional explotadora, que busca maximizar sus beneficios a base de vender productos muchas veces innecesarios para el cuidado del bebé, y de explotar a los trabajadores que los fabrican. El 19 de noviembre de 1993 se declaró un incendio en una de las plantas proveedoras que *Chicco* tiene en China, la Zhili Handicraft Factory. Los 200 empleados que estaban presentes –en su mayoría, mujeres jóvenes– intentaron huir. Pero solo unos pocos pudieron salvarse. Porque, para evitar que los empleados robaran mercancías, la fábrica había sido asegurada como una cárcel: las ventanas tenían rejas y las salidas de emergencia estaban bloqueadas. El edificio también servía de almacén, por lo cual las llamas se extendieron rápida-



Transparencia utilizada por la autora del artículo en las clases de preparación al parto que imparte.

mente. En el incendio, 87 personas murieron calcinadas y 47 sufrieron heridas graves.

¿Qué consecuencias tendría que las matronas habláramos de esto en nuestras sesiones de preparación a la maternidad y paternidad, y que las madres y padres que a ellas asisten se hicieran más conscientes de este cambio? Los profesionales podemos ser motor de cambio del mundo injusto en que vivimos, y si no lo que hacemos es apuntalarlo.

Poder, podemos. ¿Queremos?

MATERNIDAD PARA LA SOLIDARIDAD vs MATERNIDAD PARA EL NEGOCIO

¹ Recordamos la definición que de la salud hizo ya en 1946 como estado completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

² Informe nacional 2010 'La infancia y la maternidad en España'.

³ También lo es la paternidad. Pero en la mujer esta experiencia se radicaliza por los cambios que experimenta en su propio cuerpo. Esto hasta tiene su reflejo en el lenguaje: mujer en griego es *guiné*, que tiene la misma raíz que generosidad. Útero es en hebreo *rehem*, que quiere decir misericordia (perdón)

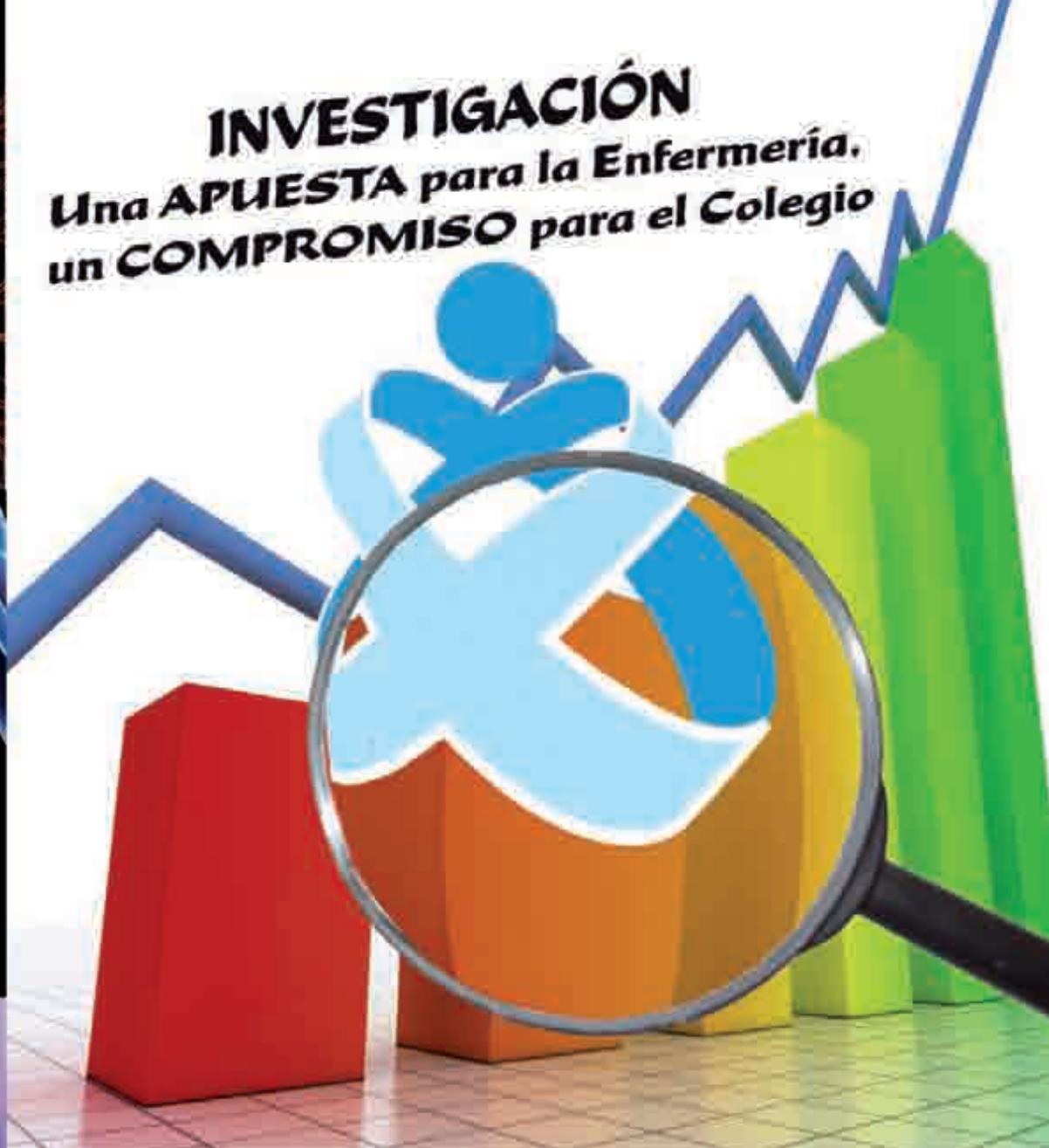
BIBLIOGRAFÍA

1. A.A.V.V, 'Programa de preparación para la maternidad y paternidad del Servicio Cántabro de Salud', Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, 2010.
2. Informe nacional 'La infancia y la maternidad en España', Chicco, 2010
3. 'La cara oculta de la multinacional Chicco', solidaridad.net, 2004



INVESTIGACIÓN

Una **APUESTA** para la Enfermería,
un **COMPROMISO** para el Colegio



AULA DE INVESTIGACION EN CUIDADOS

Ayuda y colaboración a los colegiados que deseen realizar o estén desarrollando trabajos o proyectos de investigación en cuidados.

- Formación para desarrollar investigación en cuidados.
- Apoyo a través del Premio de Investigación.
- Divulgación a través de la revista Nuberos Científica.
- Apoyo a través de la Asesoría Científica.
- Acceso a bibliotecas presenciales y virtuales.

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA BIOMÉDICA: Cómo escribir y publicar un artículo de investigación

El Diccionario de la Real Academia define el verbo investigar como “realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia”. La investigación en el ámbito sanitario es fundamental porque proporciona las pruebas que fundamentan la práctica clínica y la mejora de la calidad de la atención que se presta a los pacientes. También es beneficiosa para los propios profesionales (prestigio, estímulo intelectual, etc.), así como para la sociedad en su conjunto y para el propio sistema sanitario, al mejorar la salud de la población y hacer un uso más eficiente de los recursos. En definitiva, la investigación es garantía de mejora y la mejora es condición ineludible del desarrollo no ya de una disciplina u otra, sino del progreso del propio ser humano.

Sin embargo, para que la investigación se traduzca en beneficios patentes es necesario que cumpla dos requisitos: el primero, el rigor metodológico (sin metodología validada nada vale); y el segundo, la publicación de resultados. La difusión, la comunicación no debe entenderse como un subproducto de la investigación, como un expediente a cubrir; no. La publicación de resultados es lo que da sentido último a la investigación. De nada sirve reservar los resultados para uso interno, de nada ocultarlos (porque detraerlos del sistema científico es, a fin de cuentas, ocultarlos). El conocimiento es compartido o no es.

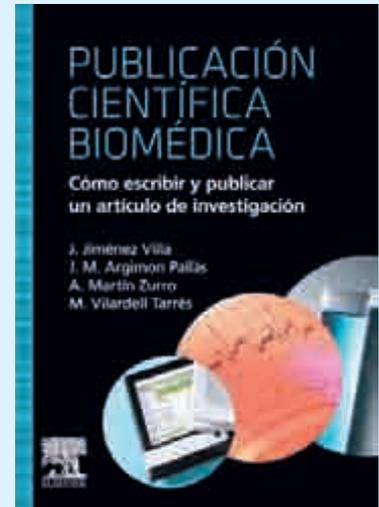
A pesar de la importancia radical (en su sentido etimológico: de raíz, primigenia) de la difusión de resultados en el ámbito sanitario, el panorama editorial español no contaba con un texto de referencia al respecto. *Publicación Científica Biomédica: Cómo escribir y publicar un artículo de investigación* (Elsevier, Barcelona, 2010) viene a cubrir esta carencia. El libro se estructura en tres partes. La primera explica las coordenadas que se han de respetar en la redacción de un artículo, su estructura básica, ya clásica, y las claves del estilo científico, además de prestar atención al análisis estadístico, de relevancia creciente, y a la presentación formal de resultados, así como al manejo del inglés, lengua erigida en pasarela de la ciencia, sin olvidar las pautas que regulan la interacción con los traductores, un asunto no menor.

La segunda parte, la más jugosa, se centra en los estándares sobre la información que deben contener los artículos en fun-

ción de los estudios que presentan, tales como ensayos clínicos aleatorizados o revisiones sistemáticas, y el modo como esta información debe organizarse.

La tercera parte se ocupa de los criterios que permiten calibrar la calidad de las revistas (qué leer y dónde publicar), los requisitos que se han de cumplir para el envío de manuscritos, las ventajas y limitaciones del sistema de revisión por expertos (peer review) y los entresijos del proceso editorial, así como los derechos y obligaciones a los que están sujetos los autores. Asimismo, se dedican sendos capítulos a la bibliometría entendida como método de evaluación de la actividad científica y al impacto de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (las TIC's) en el mundo de las publicaciones científicas, prestando especial atención a la interacción entre átomos y bits, es decir, a la convivencia (superposición en ocasiones) de ambos mundos, el físico y el digital, señalando posibles horizontes de futuro.

En definitiva, *Publicación Científica Biomédica: Cómo escribir y publicar un artículo de investigación* es un libro que cubre todos los frentes, salvo uno: la ética de las editoriales, en particular la de multinacionales de la información, caso de Elsevier, de capital holandés, a quien debemos, precisamente, este libro. Y es que los investigadores, y de su mano los centros de investigación, tienen que afrontar el coste de publicar en las revistas máspreciadas (casi todas ellas bajo el paraguas de editoriales de pago) y volver a pagar (recordemos, pagar por información generada en el propio centro de investigación) por acceder a través de la biblioteca del centro a la revista que publica la investigación en cuestión. Dinámicas de un mundo en construcción que, estoy seguro, estamos todavía a tiempo de corregir.



Mario Corral García
Director de la Biblioteca
Marquesa de Pelayo

Agenda =

VII ENCUENTROS INTERNACIONALES DE LA CASA MAGINA. INVESCOM-13 III REUNIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD COMUNITARIA

Cabra del Santo Cristo (JAEN), del 18 al 20 de Julio de 2013

Organización: Fundación Index

Información: www.index-f.com/casamagina/c19encuentro.php

IX CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DEL TRABAJO

'De la protección a la promoción: hacia un modelo integral de la salud del trabajador'

Madrid, del 18 al 20 de Septiembre de 2013

Organización: Asoc. Española de Especialistas en Medicina del trabajo

Información: <http://www.aeemt.com/CEMETIX/Menu09.html>

IV CONGRESO DE ENFERMERÍA NEONATAL

Barcelona, del 2 al 4 de Octubre de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería Neonatal

Información: <http://www.seen-enfermeria.com>

38º CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Bilbao, del 9 al 11 de Octubre de 2013

Organización: Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Información: <http://www.seden.org/congreso.asp>

18º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Córdoba, del 17 al 19 de Octubre de 2013

Organización: Asociación Nacional de Enfermería Hematológica

Información: <http://www.aneh.es/>

XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

'Calidad en la era de las Tecnologías de la Información'

Valencia, del 23 al 25 de Octubre de 2013

Organización: Sociedad Española de Calidad Asistencial

Información: <http://www.congreso.calidadasistencial.es/2013>

XXVI CONGRESO NACIONAL DE LA ASEEDAR-TD

"Unidos contra el dolor"

Teruel, del 23 al 25 de Octubre de 2013

Organización: Asoc. Española de Enfermería de Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor

Información: <http://www.aseedar-td.org/>

XXXV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

'Enfermería Urológica: 35 años compartiendo experiencias'

Córdoba, 24 y 25 de Octubre de 2013.

Organización: Asociación Española de Enfermería en Urología.

Información: <http://www.enfuro.es/bienvenidacordoba.html>

XV FORO DE LA ASOCIACIÓN DE DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

'La enfermera en la educación nutricional'

Zaragoza, del 24 y 26 de Octubre de 2013.

Organización: Asoc. Diplomados de Enfermería en Nutrición y Dietética

Información: www.adenyd.es/foro-adenyd-2013-nos-vemos-en-zaragoza/

XII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

'Innovando en cuidados interdisciplinares'

Madrid, 28 y 29 de Octubre de 2013

Organización: Asociación de Enfermería en Otorrinolaringología.

Información: <http://aeeorl.es/eventos/xii-congreso-nacional-de-la-aeeorl>

V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Madrid, 8 y 9 de Noviembre de 2013

Organización: Asoc. Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva.

Información: <http://www.aeeed.com/index.php>

XVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Lleida, del 12 al 15 de Noviembre de 2013

Organización: Investen-ISCI

Información: <https://encuentros.isciii.es/lleida2013/>

X JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS

'Dolor en cuidados paliativos. Acercamiento entre sociedades científicas para un abordaje interdisciplinar'

Toledo, 14 al 15 de Noviembre de 2013

Organización: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Información: <http://www.secpal2013toledo.com/>

I CONGRESO VIRTUAL – IX REUNIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.

'Cuidados y Tecnología: una relación necesaria'

Granada, 21 y 22 de Noviembre de 2013.

Organización: Fundación Index

Información: <http://www.index-f.com/ri/inicio.php>

CURSOS DE VERANO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

ATENCIÓN INICIAL AL NIÑO Y ADULTO EN SITUACIONES CRÍTICAS: PAUTAS Y TÉCNICAS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA

Laredo, del 1 al 5 de Julio de 2013.

Duración: 20 horas. Número de plazas: 40 plazas.

Información: http://cursosdeverano.unican.es/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2051

PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMERÍA A PERSONAS CON ALTERACIONES CARDIOVASCULARES (VII EDICIÓN)

Laredo, del 8 al 10 de Julio de 2013

Duración: 20 horas. Número de plazas: 40 plazas.

Información: http://cursosdeverano.unican.es/Cursos/Paginas/Detalle-curso.aspx?p_id=2059



Normas de publicación de manuscritos

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de la Enfermería de Cantabria, cuyos principales objetivos son promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica entre los profesionales de Enfermería de Cantabria y de otras Autonomías.

En ella tienen cabida todos los temas relacionados con aspectos clínico-asistenciales, de metodología científica de trabajo (NANDA, NIC, NOC), de calidad de cuidados, de aspectos sociosanitarios o comunitarios, de salud laboral, de salud medioambiental, de gestión, de docencia y de formación. Todo ello con la perspectiva de la **enfermería basada en la evidencia científica**.

Las normas para la publicación de trabajos, estudios o proyectos están basadas, fundamentalmente, en las Normas de Vancouver para la uniformidad de manuscritos presentados a Revistas Biomédicas y se describen a continuación:

- Normas generales de publicación.
 - Trabajos o estudios científico técnicos.
 - Trabajos o estudios de investigación de carácter cualitativo.
 - Proyectos de investigación científica.
- Ilustraciones.
 - Tablas y gráficos.
 - Fotografías.
- Referencias bibliográficas.
- Normas éticas.
- Relación de documentos que deben contener los trabajos para enviar a NUBEROS CIENTÍFICA.

1. NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Los manuscritos de los trabajos se podrán enviar a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria, en cuya web se encuentra la información relativa al envío.

Se enviará con una carta de presentación solicitando la publicación, donde constará, expresamente, si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento o revista científica. Además, si existe o no conflicto de intereses.

Es conveniente conservar copia del trabajo.

Los trabajos deberán realizarse y presentarse en procesador de textos programa Word y en Excel o Power Point para gráficos.

La extensión máxima será de 4.000 palabras (caracteres con espacios) y al escribir el trabajo en Word se tendrá en cuenta que:

- Tipo de letra será Time New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar 'negritas', subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas y, cuando sean necesarias, se explicará (la primera vez) entre paréntesis su significado. Se exceptúan las unidades de medida del Sistema de Medidas Internacional.
- Utilizar entrecomillados “...” para citas textuales.
- Utilizar entrecomillados ‘...’ para referencias, títulos o nombres técnicos.
- Utilizar cursiva cuando se utilicen palabras en otro idioma o en latín.
- Las páginas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.
- En la **primera página** se incluirá, por orden:
 - Título del artículo, que deberá ser conciso y lo suficientemente informativo.
 - Nombre y dos apellidos de los autores (máximo seis).
 - Lugar de trabajo, departamento e institución.
 - Identificación de autor responsable para la correspondencia del manuscrito y su dirección electrónica.
 - Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores (profesionales de Enfermería) deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la **segunda página** se incluirá el RESUMEN/ABSTRACT y en 200 palabras (español/inglés) que, de forma resumida, esboce:

- Justificación.
- Metodología.
- Conclusiones importantes.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Resultados relevantes.
- Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.

Al final del resumen se incluirán las palabras clave (de 3 a 10 palabras o frases cortas), que permitirán indexar el artículo en las bases de datos. Serán en lenguaje Mesh.

En las **siguientes páginas** se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico-técnicos** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

- Título
- Introducción-Justificación.
- Objetivos: general y específicos.
- Metodología (material y métodos).
- Resultados.
- Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad.
- Bibliografía.
- Anexos.

Los **trabajos de investigación** de carácter cualitativo deben contener además:

- Introducción-Justificación de estudio cualitativo. Marco teórico.
- Metodología propia de análisis cualitativo.

Los **proyectos de investigación científica** deben contener los siguientes capítulos:

- Título.
- Introducción, antecedentes y estado actual del tema. Marco teórico.
- Hipótesis. Objetivos.
- Metodología.
- Aspectos éticos.
- Utilidad de los resultados, en relación a la comunidad científica y a la sociedad.
- Plan de trabajo.
- Experiencia del equipo investigador.
- Medios disponibles y necesarios.
- Bibliografía.
- Relación de anexos.

Las **monografías** deben cumplir las siguientes normas de publicación:

- Resumen. Abstract
- Palabras clave
- Introducción-Justificación. Análisis de la situación y/o estado actual del tema. Marco teórico.
- Objetivo.
- Metodología búsquedas bibliográficas
- Análisis de resultados.
- Discusión
- Conclusiones
- Agradecimientos
- Bibliografía

2. ILUSTRACIONES

Tablas y gráficos:

Se presentarán realizadas mediante aplicación informática y en archivo aparte. Serán sencillas, con un título breve y las siglas o abreviaturas se explicarán al pie. Es conveniente que sean de formato similar. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.

Fotografías, grabados y dibujos:

Se incluirán solo cuando sean necesarias para la comprensión del texto. Se presentarán en archivo electrónico de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF. Solo se admitirán un máximo de cuatro fotografías por trabajo.

NUBEROS CIENTÍFICA se reserva el derecho de introducir fotos o dibujos alusivos al tema tratado de acuerdo a las necesidades de ajuste de espacio en la publicación.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (se utilizarán números con la opción *superíndice*).

Se recomienda un máximo de 30 referencias, que deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

4. NORMAS ÉTICAS

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo, si se trata de experimentación animal.
- No se identificará a los pacientes o enfermos ni con nombres o ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas.
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento para la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN CONTENER LOS TRABAJOS:

Los trabajos deben enviarse a: colegio@enfermeriacantabria.com

- Carta de presentación.
- Texto del manuscrito.
- Archivo con las fotografías, si se precisa.
- Certificado de autoría.
- Archivo con las ilustraciones.



COLEGIO de
ENFERMERIA de
CANTABRIA

*Al servicio
del colegiado*

AULA de INVESTIGACIÓN

- Asesoría sobre trabajos científicos
- Cursos básicos de Investigación
- Dirección y edición de la revista Nuberos Científica
- Base de datos científica para búsquedas bibliográficas

ASESORÍA de FORMACIÓN

- Organización de cursos y talleres para los colegiados
- Asesoramiento en proyectos formativos

ASESORÍA de COMUNICACIÓN

- Edición de Nuberos Información
- Edición del Boletín Electrónico semanal
- Edición de noticias y videonoticias en la web
- Apoyo a los colegiados en la edición y comunicación de los trabajos científicos
- Comunicaciones de prensa, radio y TV

PROTECCIÓN JURÍDICA

- Defensa jurídica en temas profesionales
- Asesoría sobre temas jurídicos personales

INFORMACIÓN FISCAL

- Declaraciones de IRPF de los colegiados
- Consultas y actuaciones en temas fiscales

AULA SENIOR

- Cursos y talleres de formación para jubilados
- Organización de actividades de ocio

FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA (FECAN)

- Formación dirigida a colegiados
- Promoción de hábitos saludables en la comunidad
- Formación en cuidados de la salud dirigida a estudiantes, profesores y cuidadores

COMITÉ DEONTOLÓGICO

- Control de la correcta actuación profesional
- Revisión del cumplimiento de los principios y reglas que controlan las profesión

COMITÉ DE GESTIÓN SOBRE COMPETENCIAS PROFESIONALES

- Análisis de las causas de intrusismo
- Asesoría sobre competencias profesionales

DEJA QUE BANESTO CUIDE DE TI

Queremos conocer tus necesidades para presentarte las soluciones que mejor se adapten a las mismas. Si perteneces al Colegio de Enfermería de Cantabria, podrás acceder a los mejores productos para rentabilizar tus ahorros y ayudarte a optimizar tus recursos al máximo.

OFERTA ESPECIAL

Banesto te ofrece la posibilidad de llevarte una tarjeta prepago cargada con 1.000 € al domiciliar tu nómina y 3 recibos adicionales (*)

- Domicilia tu nómina y 3 recibos y llévate una tarjeta prepago cargada con 1.000€. (1)
- Paga tu curso de *Cuida* o la que tú quieras.
- Consulta compromiso de permanencia y resto de condiciones de la campaña en tu oficina de Banesto más cercana.
- Y si tu nómina está entre 1.000 y 2.100 € netos/mes podrás acceder a una tarjeta prepago cargada con 500€ en similares condiciones. (2)



COLEGIO
DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

Informese del resto de comisiones, gastos aplicables y condiciones completas en su Oficina,
y en 902 30 71 30 o en www.banesto.es

Condiciones de la oferta

(1) La tarjeta prepago cargada con 1.000€, para domiciliar en la nómina, requiere el 2,95% anual en comisiones prepago por cuenta del titular (15€).
La tarjeta prepago cargada con 500€ para nóminas entre 1.000 y 2.100€ anuales requiere pagar el coste del cliente (15€). Las nóminas se cargan
en el primer día de cada mes en la tarjeta prepago que corresponda. Como requisito de la campaña *Cuida* de la Organización Colegiada de Enfermería.