

Crónicas de Enfermería

Nº 31. JUNIO 2011



**PREMIO CIENTÍFICO
COMUNICACIONES JORNADA 12 DE MAYO**



Dirección

Consejo de Redacción y Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del
Colegio Oficial de Enfermería
de La Rioja

Coordinación:

M^a del Sagrario García Ramos

Producción Gráfica:

Reproestudio, S.A.

Dep. Legal: LO-150-1984

ISSN: 1136-2316

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

Plaza Tomás y Valiente, nº 4 - Bajo
26004 LOGROÑO
Tfno.: 941 23 92 40
Fax: 941 23 93 47

E-mail:

coleg26@enfermundi.com

Página web:

www.colegioenfermerialarioja.
enfermundi.com

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.

Sumario

3

Editorial

PREMIOS CIENTÍFICOS

4

Entrega de premios de la XXI Edición Premio Enfermería Riojana

5

Optimización del trabajo de la matrona en el Hospital San Pedro de Logroño.

Ana Belén Gabarre-Asín, Catalina Fajardo-Flores, Natalia Gómez-Benito, Rosana Garrido-Santamaría, Ana Elena Garrido-Rivas y Ana Ruiz-Sacristán

10

Una "re-visión" de la Enfermera Comunitaria de La Rioja.

Jorge Mínguez Arias

19

Estudio relativo a la posible influencia del profesional de enfermería en la calidad de la fase pre-analítica del laboratorio clínico, al proporcionar información al usuario del servicio de salud acerca de la norma de ayuno mínimo recomendado previo a la extracción de un análisis de sangre.

Carlos Javier Gómez Calvo, José Jaime Gómez Calvo y María Consolación Rodríguez Gutiérrez

25

COMUNICACIONES

Jornada 12 de mayo

26

Introducción. *Cuidados enfermeros.*

Pilar Alejandre Castillo

27

Cuidados de enfermería a un paciente quirúrgico.

María Garrido Rojas y Rocío Altuzarra Gómez

30

Efectividad de la cadena de supervivencia.

Ana M^a Ezquerro García, M^a Pilar Espinosa Mendaza e Irene Suberviola Fernández

35

Valoración enfermera y juicio diagnóstico en un caso de trastorno obsesivo compulsivo.

Irene Sáenz Quintana, Eva María Jiménez Martínez, Carmen Cestafe Martínez y Cristina García Martínez

47

Cuidados en el otoño de la vida.

Diego Caro Gómez

51

Unidad de Corta Estancia vs. Hospitalización Convencional del Hospital San Pedro de Logroño.

Lidia Baños Aristimuño, Carolina Berger Morales, Valvanera Cordón Hurtado, Pilar Rubio García y Rebeca Soto Olarte



Editorial

Durante demasiado tiempo ha permanecido la creencia de que la Investigación era algo acotado a ciertas disciplinas e incluso las elegidas, veían al tiempo, crecer su prestigio y valor por el hecho de sumar a sus atributos, la posibilidad y el mérito de poder investigar.

Por ende, los esfuerzos en capacitar y acercar esa forma de buscar el “incrementar lo que se conoce” o “descubrir nuevos hechos o relaciones” mediante un procedimiento o método, a esas disciplinas menos tocadas por la excelencia que brinda la investigación, han sido escasos cuando no nulos. Hasta fechas muy recientes, ese ha sido el panorama que ha envuelto a nuestra disciplina enfermera.

El ingreso en la Universidad hace más de tres décadas, la posibilidad de acceder al máximo escalafón académico como doctores desde nuestra área enfermera, ha supuesto un empuje irrefrenable a la Investigación en Enfermería. No obstante, estos pasos hacia delante no han de hacernos olvidar el retraso histórico sobre el desarrollo de nuestra Ciencia, como atenuante de la ansiedad que a menudo sufrimos y por otro lado, hacernos estar atentos y neutralizar la arrogancia que puede investir esta capacidad investigadora, para no dejar en la cuneta a muchos que seguramente por falta de conocimientos de la forma de hacerlo o por creerlo, como antaño, solo potestad de unos pocos, todavía inhiben o cohiben la búsqueda sistemática de conocimientos sobre temas de importancia para el ejercicio profesional en el campo de los cuidados, cuando son sus verdaderos artífices.

Para aquellos que quizá por pudor, o por creerse carentes del rigor científico exigible, les faltara el estímulo para “participar”, nacieron estos Premios “Enfermería Riojana” que en sus veintidós ediciones, han crecido al unísono que el nivel y calidad de las investigaciones de las enfermeras de nuestra Región.

Hoy estas páginas que siguen dan fe de este avance, de la altura alcanzada, y de cómo el método científico, durante tiempo en el credo de pertenencia exclusiva de algunos, es una herramienta universal, más cercana a la clínica diaria que lo que creíamos, perfectamente utilizable para dar cauce a nuestros interrogantes enfermeros y fuente inagotable para el desarrollo de nuevos conocimientos y la mejora de la práctica profesional.

Damos la bienvenida también en estas líneas a una forma, tachada por algunos de género menor, como son los casos clínicos, a todas luces, por su simplicidad y nexo con nuestra cotidianeidad y raíces asistenciales, un acceso ideal y germen de la búsqueda más en profundidad de áreas de conocimiento en cuidados, marchamo de nuestro quehacer enfermero. Explorar, describir y explicar muchos de esos fenómenos de nuestra práctica diaria en los diversos contextos donde laboramos, son un valioso eslabón para, como decía la Sra. Ducharme (1997), “validar y refinar los conocimientos existentes y generar nuevos que son directa o indirectamente útiles para la práctica”.

Esta tribuna seguirá abierta y receptiva a todas esas iniciativas investigadoras de nuestra profesión, galardonadas y de altura metodológica unas, cada vez más, pero también para aquellas más modestas en hechura pero rigurosas, que vencen al parpadeo implacable de una pantalla en blanco y a esa creencia arraigada de que investigar en enfermería era imposible e inalcanzable.

*Junta de Gobierno
Colegio de Enfermería de La Rioja*

Entrega de premios de la XXI EDICIÓN PREMIO ENFERMERÍA RIOJANA



A esta nueva edición de nuestro premio científico concurrieron tres trabajos, otorgando el jurado el primer premio, dotado con 2.000 € al trabajo titulado **“Optimización del Trabajo de la matrona en el Hospital San Pedro de Logroño”**, del que son autoras Ana Belén Gabarre-Asín, Catalina Fajardo-Flores, Natalia Gómez-Benito, Rosana Garrido-Santamaría, Ana Elena Garrido-Rivas, Ana Ruiz-Sacristán, Matronas de Partos del Hospital San Pedro De Logroño.



El segundo premio, con una dotación económica de 1.000 € fue para el trabajo titulado **“Una “re-visión” de la Enfermería Comunitaria de La Rioja”**, del que es autor Jorge Mínguez Arias, del Centro de Salud de Arnedo y profesor de la EUE de Logroño.



El Jurado decidió otorgar un accesit extraordinario, sin dotación económica, al tercer trabajo presentado: **“Estudio relativo a la posible influencia del profesional de enfermería, en la calidad de la fase pre-analítica del laboratorio clínico, al proporcionar información al usuario del servicio de salud acerca de la norma de ayuno mínimo recomendado previo a la extracción de un análisis de sangre”**, del que son autores Carlos Javier Gómez Calvo (Centro de Salud de Nájera), José Jaime Gómez Calvo (Centro de Salud de Navarrete) y María Consolación Rodríguez Gutiérrez (Servicio de obstetricia del Hospital San Pedro).



Optimización del trabajo de la matrona en el Hospital San Pedro de Logroño

Ana Belén Gabarre-Asín (col. n.º 3490); Catalina Fajardo-Flores (col. n.º 2368); Natalia Gómez-Benito (col. n.º 2929); Rosana Garrido-Santamaría (col. n.º 3382); Ana Elena Garrido-Rivas (col. n.º 2622); Ana Ruiz-Sacristán (col. n.º 3378). *Matronas Unidad de Partos del Hospital San Pedro de Logroño*

RESUMEN

Objetivo: Analizar las cargas de trabajo a nivel asistencial para las matronas de la Unidad de Partos del Hospital San Pedro.

Método: Estudio observacional y prospectivo, constituido por 14.812 mujeres que acuden al Servicio de Partos del Hospital, del 1 de Junio de 2008 al 31 de Mayo de 2009.

Resultados: Se ha observado que en aquellos trabajos de parto donde el tiempo de actividad de la matrona es mayor, coincide con aquellos casos en los que se ha requerido mayor intervencionismo, como en los partos inducidos, instrumentales y cesáreas y en aquellos en los que se ha utilizado analgesia epidural.

Conclusión: La Unidad de partos puede estructurarse en distintas áreas, cada una de estas áreas, difiere de las otras tanto en la carga como en la organización del trabajo, por lo que la dotación del número de matronas debería considerar estos aspectos.

Palabras clave: Optimización del trabajo, Matronas, Servicio de Partos.

ABSTRACT

Objective: Analyze workloads level of care for midwives Unit San Pedro Hospital Birthplace.

Method: Prospective observational study, consisting of 14,812 women attending the hospital delivery service, from June 1, 2008 to May 31, 2009.

Results: We found that in those labors in which the uptime of the midwife was higher were related to those cases in which greater intervention was required, such as the induced labor, cesarean and instrumental deliveries, and those with epidural analgesia.

Conclusion: The Delivery Unit may be structured in different areas. Each of these areas differs from the others both in the workload and organization, so that the allocation of the number of midwives should consider these aspects.

Keywords: optimization of work, midwifery, delivery service.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Partos del Hospital es un servicio encuadrado en el Área de Urgencias.

Es conocido por todo el personal sanitario, que en las unidades asistenciales de Urgencias, el trabajo tiene unas características propias, tanto por la presión asistencial, la organización del trabajo y la premura con la que se deben organizar las actividades asistenciales, como por el tipo y características de los pacientes atendidos en estas Unidades. Esto requiere una estructura, organización y una dotación de personal adecuado a las circunstancias.

En los últimos años, la carga asistencial del personal de enfermería de las Unidades de Partos se ha incrementado debido a diversos factores. El crecimiento de la población general y en particular de la población femenina en edad fértil. Así, se aprecia un incremento del número de partos-nacimientos en los datos obtenidos del INE y en los registros del Libro de Partos del Hospital. Desde 1998, se ha observado una tendencia creciente de la natalidad, principalmente debido al incremento de nacimientos de niños de madres extranjeras. Así, durante el año 2002, en el estado español nacieron 416.518 niños, de los que el 11% fueron hijos de mujeres con nacionalidad

extranjera, lo que supone un incremento del 25% con respecto al año anterior (1).

Además, hay que tener en cuenta que las características socioculturales de la población inmigrante condiciona un patrón reproductivo diferente al de las mujeres autóctonas, (su vida reproductiva se inicia en edades más precoces, con una media de hijos por mujer más elevada), sus costumbres y hábitos de vida son diferentes, la mayoría presenta dificultades idiomáticas, y en ellas se presenta un incremento de la patología obstétrico-ginecológica. Todo ello supone una sobrecarga para la asistencia sanitaria. Esta tendencia queda reflejada en un estudio realizado en el año 2006 por matronas de la Unidad de Partos del Hospital San Pedro (2).

Por otro lado, los avances de la medicina en todos los campos, y en especial en la medicina obstétrico-ginecológica, con la aparición de nuevos procedimientos determinan una sobrecarga asistencial del personal de estas unidades.

Un estudio realizado por la Sociedad Española del dolor concluyó que determinados procedimientos se asocian con una mayor duración del trabajo de parto, además de condicionar un mayor requerimiento de partos instrumentados (3).

En España, en los últimos años, se pone de manifiesto un incremento de la gemelaridad, pareja a un aumento de la edad de la maternidad (4). El incremento de la edad materna en relación con el trabajo de parto se asocia a una mayor frecuencia de aparición de desproporciones pélvico-cefálicas, metrorragias de la segunda parte de la gestación, presencia de placenta previa, nacimiento mediante cesárea, bajo peso al nacimiento y una mayor mortalidad fetal y neonatal. Por otro lado, las técnicas de reproducción asistida presentan una mayor frecuencia de abortos, retraso de crecimiento intrauterino y parto pretérmino (5).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha desarrollado la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, acordada el 10 de Octubre de 2007, en respuesta a la demanda social, profesional y de las Administraciones Sanitarias Autonómicas de este tipo de asistencia al parto (6). En este aspecto, en la Comunidad Autónoma de La Rioja, la situación actual es la existencia de un convenio con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con fecha de 14 de Octubre de 2008, que pretende desarrollar las recomendaciones de la Estrategia de Parto Normal, para implantar de manera progresiva, en todo su territorio, la atención natural al parto normal en las maternidades de la comunidad autónoma, así como la humanización de todo el proceso y el fomento de la lactancia materna. Debido a este hecho, es de nuevo indispensable la participación de las matronas, como responsables de la asistencia al parto normal (7).

Es necesario mencionar el aumento de los registros administrativos debido a nuevas exigencias profesionales, tales como pruebas determinantes de responsabilidad jurídica, datos estadísticos que motiven investigaciones clínicas y estudios de costes en materia sanitaria, que conducen también a sobrecargar el trabajo del personal de enfermería.

Los estudios coste-eficacia requieren la exacta evaluación de las actividades de enfermería, lo que demanda una dedicación específica del personal para esta función evaluadora. En general, a nivel hospitalario, se ha generalizado un modelo médico no orientado a la enfermería, se evalúa el trabajo de la matrona en función del número de partos, número de cesáreas, ... pero no se valoran los cuidados humanizados de matrona en un momento tan importante en la vida de una mujer como es el parto (8).

El análisis del trabajo de la enfermería asistencial se realiza habitualmente con alguna de estas tres finalidades: analizar la productividad del personal, prever las necesidades de plantilla y, por último, facturar y calcular costes.

Los estudios que cuantifican el trabajo de enfermería presentan diferencias importantes. Entre los estudios más interesantes, se encuentra el sistema PRN (Project de Recherche en Nursing), que se ha centrado en el análisis de las actividades de atención al paciente para elaborar un sistema de cálculo de necesidades de enfermería. Por otro lado, en las unidades de cuidados críticos existen escalas de valoración de cargas de enfermería como el Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). Asimismo, Y, por últi-



mo, cabe destacar el sistema de tiempo real de las actividades asistenciales o el llamado TRAA (9).

La inexistencia de estudios de este tipo en unidades obstétrico-ginecológicas dificulta la valoración de la carga asistencial. Los únicos trabajos similares al estudio que se propone, se han centrado en Unidades de Nefrología (10), Cuidados Intensivos (11), Hemodiálisis (12) (13) o de Hospitalización a Domicilio (14). En cada uno de ellos, crearon su propia escala de trabajo en función del tipo de pacientes, necesidad de cuidados y gravedad.

En otras unidades hospitalarias se han categorizado los pacientes en grupos según nivel de dependencia (15) (16) (17). En función de estos, requieren una serie de cuidados que se asocian a unas actividades de enfermería u otras y, por tanto, una carga asistencial y un tiempo de enfermería diferente. Es interesante mencionar un sistema que recibe el nombre de su autor, Montesinos, que analiza 16 variables del sujeto según el nivel de dependencia. Este conocido sistema se ha convertido en un clásico, aunque en la actualidad está en desuso, ha sido sustituido por métodos de medición más sofisticados y específicos.

En el estudio realizado en nuestra Unidad nos encontramos con la multiplicidad de tareas que se llevan a cabo y con la dificultad de establecer una escala donde se categoricen las pacientes según nivel de dependencia. No debemos olvidar que en la mayor parte de los procesos que se atienden, no se trata con mujeres enfermas donde debamos cubrir necesidades, sino que se asiste a mujeres sanas.

A la hora de plantear nuestro estudio, hemos tenido en cuenta la opinión del personal de la Unidad de Partos, que considera que el incremento de la carga asistencial influye negativamente en la forma de trabajo. Se ve sometido a trabajar con mayor presión, hecho que repercute en la percepción de que el rendimiento laboral puede ver mermadas sus características de eficacia, eficiencia y satisfacción personal. Creemos por tanto, que esta investigación, puede ser una herramienta que contribuya a garantizar una asistencia sanitaria adecuada, de calidad, que sirva para la organización del trabajo en la Unidad de Partos de nuestro hospital.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las cargas de trabajo a nivel asistencial para las matronas de la Unidad de Partos del Hospital.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obtener una herramienta para la gestión de personal del Servicio de Partos del Hospital.
- Mejorar la organización en el trabajo de la matrona de la Unidad de Partos del Hospital.
- Contribuir a una asistencia eficaz y eficiente por parte del personal de enfermería.
- Adecuar competencias profesionales con el fin de mejorar la asistencia obstétrica y ginecológica.
- Impulsar una mejora asistencial en la Unidad de Partos del Hospital.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional prospectivo del total de mujeres atendidas en el Área de Partos del Hospital San Pedro de Logroño del 1 de Junio de 2008 al 31 de Mayo de 2009.

En el caso concreto de la Unidad de Partos del Hospital, las tareas se distribuyen en diferentes grupos dentro de la misma Unidad, ya sea asistencia en Partorio, Consulta de Test Basal, Consulta de Urgencias Obstétricas o en los test basales de la Planta.

Asimismo apreciamos que cada caso concreto requiere una serie de cuidados similares y que se realizan con la misma sistemática de trabajo y según los mismos protocolos, pero se le asigna un tiempo diferente que varía ampliamente dentro de un rango medio establecido para cada proceso.

En lugar de agrupar los casos por categorías como en otros estudios, en nuestro estudio trabajamos con casos concretos, debido a que la mayor parte de las tareas constituyen actividades urgentes, lo que implica una gran variabilidad.

Teniendo en cuenta que los índices de ocupación y la forma de organizar el trabajo, son diferentes para cada una de las áreas, creemos por tanto necesario calcular la carga de trabajo por separado para cada una de ellas.

Las medias para cada una de las tareas se han calculado según el Método de Cronometraje (18).

Se han elaborado diferentes libros con el programa Excel para cada una de las áreas dentro del Servicio de Partos. El registro de las actividades se realiza por casos, cada caso representa una señora, y cada caso requiere una serie de actividades. De tal manera, que se conoce el tiempo total que cada caso ha requerido en actividades de la matrona, así como el tiempo total que a lo largo del mes se ha requerido en una actividad de matrona concreta.

Hay una serie de actividades que no se han podido valorar debido a su carácter subjetivo, como educación sanitaria, apoyo psicológico y recepción y acomodación, en las que la matrona invierte un tiempo importante.

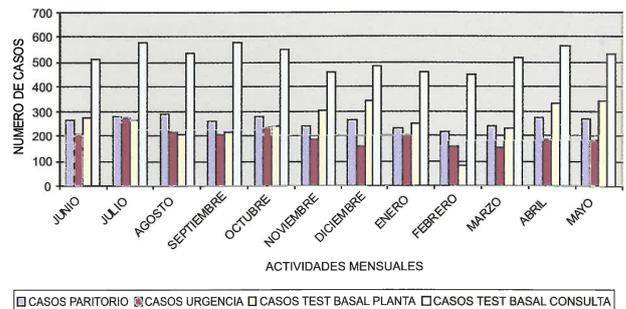
Como hemos dicho anteriormente, cada una de las áreas del Servicio de Partos tiene un índice de ocupación, y a su vez este índice de ocupación sufre

variaciones temporales, lo que hace que la forma más exacta para el cálculo de las cargas de trabajo sea realizarlo mensualmente.

RESULTADOS

El Servicio de Partos comprende las áreas de partorio, urgencias obstétrico-ginecológicas, test basales de planta y la consulta de test basal.

ANÁLISIS UNIDAD DE PARTOS



En el **área de partorio**, los casos que se atienden son gestantes en trabajo de parto espontáneo, inducciones, preparación preoperatorio para cesárea programada y/o urgente. También se llevan a cabo test de Posse, administración de propess y se inicia el tratamiento en patologías obstétricas como APP, metrorragias, preeclampsia, etc. hasta su estabilización y posterior derivación a planta. De igual forma se valoran pródromos ingresados, ya que no hay matronas en la planta de obstetricia y hace necesario el traslado de la paciente para su valoración.

De las actividades realizadas por la matrona destacan sobre todo el tiempo invertido en la toma de constantes, seguido de la administración de medicación intravenosa, la asistencia en el parto eutócico, la realización de exploraciones y la administración y control de la analgesia epidural.

El tiempo de monitorización no se ha tenido en cuenta, ya que, aunque es una de las actividades que debe ser controlada con mayor rigor, disponemos de medios tecnológicos que permiten una visualización centralizada, lo que posibilita que una única matrona vigile todos los registros. Además el cómputo de esta actividad hace que el resultado del estudio supere las posibilidades reales de personal, por lo que ha quedado excluido.

Se ha observado que en aquellos trabajos de parto donde el tiempo de actividad de la matrona es mayor, coincide con aquellos casos en los que se ha requerido mayor intervencionismo, como en los partos inducidos, instrumentales y cesáreas, o en los que se ha usado la analgesia epidural.



Se evidencia que los meses en los que el número de partos es mayor no coinciden con una mayor administración de analgesias epidurales o tocurgia.

Por otra parte cabe destacar que el tiempo de actividad es relativamente homogéneo en todos los meses, independientemente del tipo y el número de partos.

Determinados casos requieren un mayor tiempo en actividades de la matrona que el tiempo real de permanencia en la unidad, lo cual supone que ha de ser atendido por más de una matrona. Estos casos coinciden con aquellos que requieren una actuación de urgencia.

En el **área de urgencias obstétrico-ginecológicas** las matronas únicamente valoran las urgencias obstétricas. En éste área es donde mayor ha sido la pérdida de datos, ya que al ser un área de asistencia de urgencias se da mayor prioridad a la asistencia que al registro de datos, teniendo además en cuenta que este registro no forma parte de los habituales del hospital. A pesar de ello, el tiempo de matrona invertido es elevado, con una media de 476,50 min/día, dedicados a actividades propias.

De las actividades de matrona destacan, por el volumen de tiempo invertido, la toma de constantes y la realización de test basales. También cabe destacar el trabajo administrativo, que incluye el registro de datos en la historia obstétrica y en la historia informatizada, gestión de camas y teléfono. Es significativo el tiempo dedicado a las actividades relacionadas con la analítica de sangre y de orina. El tiempo de espera del resultado supera considerablemente el tiempo invertido en la realización de la técnica de extracción de muestras para análisis.

Se observa una mayor incidencia de casos durante los meses de Junio a Octubre.

La realización de los **test basales de planta** es asumida por la plantilla de paritorio. En nuestro servicio no hay una matrona designada para realizarlos. Se hace de forma aleatoria entre las matronas del área de paritorio.

Al contrario de lo que ocurre con el número de casos de la urgencia obstétrica, en la distribución de los casos de test basales de planta se observa una mayor incidencia durante los meses de Noviembre, Diciembre, Abril y Mayo. Durante el resto del año, se presenta una distribución bastante uniforme. Sin embargo, es llamativo el número de casos del mes de Febrero en el que únicamente se registraron 82 casos.

En la **consulta de test basal**, la actividad a la que más tiempo se dedica es la realización de test basal, seguido de tiempo en pasar consulta, toma de constantes y analítica de sangre. Hay otras actividades que se realizan en la consulta de test basal que no se han cuantificado por la dificultad en el

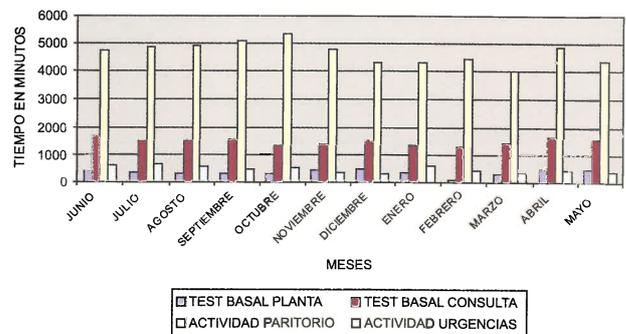
registro (colaboración en amnioscopias, actividades administrativas, etc.)

La distribución de casos en la consulta de test basal durante el año de estudio resulta ser bastante uniforme, lo cual es evidente debido al carácter programado de la consulta y la posibilidad de organizarla según su horario y días de la semana.

DISCUSIÓN

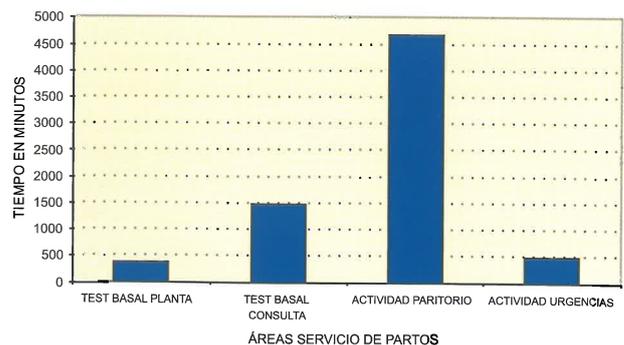
En general podemos ver que existe homogeneidad entre los distintos meses. Se ha calculado una media de los minutos al día invertidos en actividades de la matrona en cada una de las áreas, siendo el área de paritorio la que consume mayor tiempo de la actividad. Es destacable que las actividades de test basal tanto en consulta como los de la planta requieren un importante volumen de tiempo que se concentra en unos periodos determinados del día y que tienen un horario prefijado (actividades programadas), mientras que las actividades de las otras áreas no siguen una distribución homogénea ni un horario establecido (actividades urgentes).

MEDIA DIARIA MINUTOS DE ACTIVIDAD DE LA MATRONA EN CADA UNA DE LAS ÁREAS DEL SERVICIO DE PARTOS



Las medias de tiempo de actividad de la matrona en cada una de las áreas son: Área de paritorio 4672,35 min./día, Test basales de consulta 1463,75 min./día, Área de urgencias 476,50 min./día, Test basales de planta 365,11 min./día.

MEDIA ANUAL MINUTOS DÍA



El hecho de segmentar las actividades por áreas de trabajo para facilitar la cuantificación y la recogida de datos para el estudio, nos ha hecho pensar que si, de igual manera distribuyésemos los recursos humanos por áreas, se optimizaría la organización de nuestro trabajo en el servicio de partos.

Pensamos que existe bastante concordancia entre los resultados obtenidos y la percepción del volumen de trabajo por parte del personal.

Consideramos que se optimizaría la organización del servicio, si al área de urgencias y de test basal de planta, se dedicara una matrona. Se conseguiría una mayor calidad y eficacia en los cuidados prestados y una mayor satisfacción por parte de las usuarias.

En cuanto a la consulta de Test Basales, la gestión asistencial se vería mejorada, si asumiesen dicha área dos matronas a tiempo completo, una de ellas realizaría los test basales y la otra pasaría la consulta de manera coordinada, minimizando tiempos de espera y aumentando la satisfacción de las usuarias.

Creemos que este estudio es válido para la unidad en la que se ha realizado y que no es extrapolable a otras unidades de partos en las que haya otra organización y distribución diferente. Nos encontramos con la dificultad de la inexistencia de estudios similares al nuestro, por lo que no es posible la comparación. Si que existen estudios en otras unidades y con otro tipo de pacientes, en las que por sus características, el trabajo y las actividades se distribuyen de otra forma. A pesar de ello, consideramos que es un elemento válido como instrumento para medir y analizar las cargas de trabajo a nivel asistencial para las matronas de las unidades de partos de otros hospitales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Jansá, J. M., García de Olalla, P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004, 18(supl): 207-13.
- (2) Garrido Santamaría, R., Gómez Benito, N., Fallanza Oviedo, B., López Velasco, M.º A., Fajardo Flores, C. (EIR). Diversidad cultural. I Congreso de Asociación Madrileña de Matronas. Madrid, Noviembre 2006.
- (3) Cortejojo, F. J., Pérez, M. A., Pernía, J. V. Analgesia Epidural y terminación del parto. Estudio Retrospectivo. V Congreso Sociedad Española del Dolor. Salamanca, 2002.
- (4) Fuster, V., De Blas, C., Colantonio, S., Alonso, V. Evolución y variabilidad de las tasas de gemelaridad en la población española. *Rev. Esp. Antrop. Fis.* 2006, 26: 19-24.
- (5) López Gutiérrez, P., García Hernández, J. A. Concepto de riesgo elevado y su detección. *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*, 2007, pp. 235-39.
- (6) Estrategia de atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad, 2007, <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
- (7) Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de La Rioja, para desarrollar las recomendaciones establecidas en la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. *BOE* n.º 274, nov. 13, 2008.
- (8) Teixidor, M. Gestió d'infermeria i humanització. (Ponencias y comunicaciones. V Jornades Nacionales Humanització de la Salut, or-



- ganizadas por el Centro de Humanización de la Salud y el Sant Camil Hospital Residencia. Sitges, mayo de 2000).
- (9) Ayuso Murillo, D. Análisis de necesidades y diseño de puestos de trabajo. Módulo 3: Curso de Experto Universitario en Gestión de Servicios de Enfermería. U.N.E.D. Madrid, 2002, pp. 21-27.
- (10) Peña Amaro, P., García López, J., De la Torre, L. M., Muelas, F. Cargas de trabajo en una Unidad de Nefrológica. (Comunicaciones presentadas al XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica), 2006, http://www.seden.org/publicaciones_revistadet.asp.
- (11) Díaz Soto, L., Padrón Sánchez, A., Gutiérrez Núñez, C. A., Enríquez Cortina, P., Rivero González, Y. Escala de evaluación de la carga de trabajo de enfermería (EVECTE). Propuesta de una nueva escala. *Hospital Militar Central. Revista Cubana de Medicina Interna y Emergencias*, 2003, 2 (3): 50-58
- (12) Goy Marqués, M., Rey Miguel, A., Serra Collell, A., Fuentes Bolasell, C., Moradell Callís, M., Estany Ramió, N. Análisis de las cargas de trabajo para enfermería en hemodiálisis, Hospital de Figueras. Gerona, 2006, <http://www.seden.org/files/138.pdf>.
- (13) Cobo Sánchez, J. L., Pelayo Alonso, R., Sánchez Cano, M. S., Alonso Nates, R., Menezo Viadero, R., Gándara Revuelta, M., Rojo Tordable, M., Cuadrado Mantecón, M. E., Villa Llamazares, C. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería Unidad de Hemodiálisis. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.*, v. 11, n. 1, Madrid, enero-marzo 2008.
- (14) Oterino De La Fuente, D., Peiró Moreno, S., Marchán Rodríguez, C., Ridao López, M. Cuidados de Enfermería en Hospitalización a Domicilio y Hospitalización Convencional. *Rev. Esp. Salud Pública*, 1998, 72(6): 517-527.
- (15) Soler Carbó Rafael, A., Llanés Soldevilla, Emilio, Ortiz Oltra, Francisca. Optimización de los recursos humanos según los niveles de dependencia en enfermería de los pacientes Cardiológicos. Estudio piloto. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre. <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/ti002/ti002.pdf>.
- (16) Díaz Fernández, A., García Fernández, V., González Torres, P. L. Estimación de Cargas de Trabajo en Enfermería Hospitalaria: Una Visión desde la Ingeniería Industrial. La gestión de la diversidad. *XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés*, Logroño (La Rioja), 16, 17 y 18 de junio, 1999, vol. 2, 1999, ISBN 84-95301-11-3, pp. 127-132.
- (17) Cabrera Sanz, T. Planificación de recursos en el área de partos. *Matronas Prof.* 2000, 1: 26-31.
- (18) Gómez Franco, LI. Guía medición de Cargas de Trabajo en Entidades Públicas. Departamento Administrativo de la Función Pública. Bogotá, 2002.



Una “re-visión” de la Enfermera Comunitaria de La Rioja

Jorge Mínguez Arias (col. nº 1630). *Centro de Salud Puerta de Amedo.*

RESUMEN

Justificación: En la historia reciente de los cuidados profesionalizados, existen tres cuerpos, practicantes, matronas y enfermeras, unificados más tarde conformando un perfil enfermero con distintas formas de pensar-actuar. Los cambios en los grupos sociales son rápidos ni uniformes, es necesario precisar el tipo de adscripción paradigmática enfermera, elemento útil para determinar este tipo de recurso sanitario.

Objetivo: Por todo ello, el objetivo general del trabajo es conocer el modelo profesional al que potencialmente se adscribe la Enfermera de Atención Primaria de la comunidad autónoma de La Rioja, desde el año 1984 donde comienza la reforma de Atención Primaria hasta comienzos del año 2006.

Material y método: Estudiamos las enfermeras de los centros de salud desde noviembre 2005 a Febrero de 2006, mediante encuesta adaptada.

Resultados y conclusiones: Participan el 64,10%, el 65% Diplomados en Enfermería, (DUE) resto Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) convalidados el 88,7%, son propietarios el 61,8%, por oposición 43,2%, por traslado del hospital 25,6%. Existe distinta formación de pregrado, son vocacionales. Trabajan donde más capacitado se sienten. Realizan un diagnóstico de enfermería antes que las indicaciones del médico, no se sienten subordinadas a este. Están capacitadas para el seguimiento de pacientes crónicos. Se siente muy bien valoradas por la población y compañeros, mal por la administración. No desarrollan su trabajo dentro del paradigma racional tecnológico y sí en el socio-crítico aunque no se muestra en qué grado la enfermera es agente de cambio constructora de nuevas realidades socio-sanitarias.



Monumento a la enfermera desconocida.
Valdediós - Villaviciosa - Asturias.

ABSTRACT

Introduction: the history nearly of professional care activity can be found three groups: nurses (specialised in giving injections), matrons and nurses, they standardize into ATS in the 50s and 60s and finally into DUE in the 70s. Owing to this reason several ways of thinking and acting are mixed within the nursing group. Social changes are slow and little constant so that it's necessary to shape the nurse paradigm as an useful element to establish or determine what kind of health resource the nurse is.

Objective: To analyse the paradigmatic profile of nurses in Primary Attention in La Rioja.

Material and method: From November 2005 to February 2006, 195 nurses from the three areas of Health were studied by means of an adapted survey.

Results and conclusions: 125 answered, 65% are Due and 43.4% ATS of which 88.7% have validated, 61.8% are owners, 43.2% by a competitive examination, 25.6% for a transfer from hospital. We verify the different formation of the nurses and they are vocational. They work in the area in which they feel most qualified, they also have a broad working stability. They give priority to do a nursing diagnosis before obeying the instructions given by a doctor, they don't feel subordinated to him/her. They are qualified to follow a chronic patient. The working objective is to take care of people, family or community in their charge. They feel well valued by the population and by their working mates, but not by the Administration. Health education is something common to their daily work. According to this they don't develop their work within a rational-technological paradigm but in a social-critical one. We can't deduce to what degree a nurse is an agent of change and builder of new social sanitary realities.

*No estamos donde queremos llegar,
no estamos donde vamos a llegar,
pero ya estamos lejos de donde estuvimos*

M. L. King

(A Elvira y Guillermo)

cincuenta se encuentra dividida en tres cuerpos (Practicantes, Matronas y Enfermeras) con un programa de estudios muy semejante¹⁻², desarrollan actividades que podemos incluir dentro del ámbito de los cuidados Enfermeros³⁻⁴.

En la década de los sesenta, como consecuencia de la gran eclosión tecnológica del sector sanitario, entre otras circunstancias, se crea la titulación de Ayudante Técnico Sanitario⁵. Esto supone la integración de los tres cuerpos anteriormente mencionados cuyas funciones “eran ejercidas tanto en centros oficiales, instituciones sanitarias, sanatorios y clínicas pú-

1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

Del somero repaso de la historia reciente de la actividad cuidadora profesionalizada en España, se puede constatar como hasta la década de los años



blicas o privadas, como en el trabajo profesional libre, siempre que su actuación se realice bajo la dirección o indicación de un médico y que se hallen inscritos en los respectivos Colegios Profesionales⁶, acciones profesionales, que como bien indica esta norma, están vinculadas de forma subordinada a la figura del médico. Con el real decreto 2128 de julio de 1977 las Escuelas de ATS se integran en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería⁷ y se crea la figura del Diplomado Universitario de Enfermería reorientando la formación hacia la actitud original del profesional cuidador⁸⁻⁹⁻¹⁰. Durante un periodo transitorio de cinco años se estructura el Curso de Nivelación de conocimientos para los ATS¹¹, con el que se equiparan académicamente a los Diplomados de Enfermería¹². En fechas más recientes se establece la nueva estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios oficiales de Grado¹³.

Todas estas circunstancias implican que dentro del colectivo enfermero se entremezclen diversas formas de pensar y de actuar que son consecuencia de los cambios en los contenidos formativos, circunstancia que produce dificultades para definir su propio cuerpo doctrinal y su imagen social muchas veces difuminada e invisibilizada como se muestra en la foto sobre horarios de los años noventa en un centro de salud de La Rioja.

El profesor Siles teniendo en cuenta la evolución mostrada por la profesión, define tres paradigmas que configuran perfiles diferentes de la actuación profesional enfermera¹⁴:

1º. El paradigma racional tecnológico, "es heredero del positivismo, donde prevalece la objetividad y neutralidad de la ciencia. La enfermera es mera aplicadora de técnicas, subordinada a la figura del médico siendo su auxiliar. Es manipuladora externa respecto al estado de salud y necesidades de la comunidad. El paciente es

un receptor pasivo de procedimientos, tratamientos, y da consejos que son lanzados en forma estandarizada y unidireccional desde las instituciones. El concepto de salud es vacío y negativo, concebido como la ausencia de manifestaciones clínicas elaborado por las autoridades sanitarias. La enfermería desarrolla su conocimiento como subdisciplina auxiliar de otras ciencias de las que depende para renovar sus conocimientos y técnicas. Este período histórico va desde la Ley Moyano de 1857 a la inclusión en la Universidad".

2º. El paradigma hermenéutico "influido desde el existencialismo, el interaccionismo simbólico y la fenomenología, supone el comienzo de un cambio cualitativo, la enfermera puede actuar como agente de comunicación comprensiva con el individuo, la familia y la comunidad. No es mera aplicadora de procedimientos, pues toma en consideración la situación del paciente. Su rol adquiere categoría de sujeto comunicador subjetivo de su situación y el concepto de salud es elaborado interactivamente (individuo, familia, comunidad/ enfermera). Comprende el período entre la integración de enfermería en la Universidad y la Ley General de Sanidad de 1986".

3º. El paradigma socio-crítico, la enfermera es un agente de cambio socio-sanitario en cuyo desarrollo implica al individuo/ la comunidad, mientras que el paciente es un sujeto implicado en su proceso de cambio socio-sanitario. La salud algo positivo y se reelabora interactivamente (sujeto-enfermera) de forma dinámica conforme evoluciona la situación. El tipo de conocimiento es el propio de una enfermería social inmersa en un proceso dialéctico y subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias. Este período se inicia a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad.

Estos tres perfiles confluyen hacia dos diferentes modos del proceder profesional, uno de ellos producto del primer paradigma y el otro resultado del segundo y tercero. Todos ellos se entremezclan con frecuencia en la práctica cotidiana, pudiendo afirmar que actualmente en el mismo sistema sanitario, coexisten diferentes Subsistemas Enfermeros¹⁵. Este hecho causa problemas de identificación, no solo a los profesionales sanitarios sino también a la población. Esta es una de las circunstancias que dificulta el desarrollo profesional y por tanto la propia eficiencia social del colectivo, de ahí la necesidad de estudiar el perfil paradigmático de las Enfermeras de Atención Primaria^{*-16} de La Rioja de las dos últimas dé-

* Término éste como bien indica Anaya "hace referencia a un nivel de atención sanitario en el que la enfermera ejerce su trabajo. No siendo lo mismo que Enfermería Comunitaria aunque éste sea habitualmente utilizado como sinónimo de Enfermería de Salud Pública, Enfermería Comunitaria o Enfermería de Salud Comunitaria, existiendo características que los diferencian y que a la vez los relacionan, de acuerdo a la traducción que del inglés se realice".



cadras después de la reforma sanitaria¹⁷⁻¹⁸ y poder poner al descubierto los elementos subyacentes con los que en la actualidad opera, funciona, trabaja y define su quehacer cotidiano, con el cual determina, condiciona y dirige su atención habitual en el cuidado de salud de las personas, a las que atienden.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del trabajo es conocer el modelo profesional al que potencialmente se adscribe la Enfermera de Atención Primaria de la comunidad autónoma de La Rioja, desde el año 1984 donde comienza la reforma de Atención Primaria hasta comienzos del año 2006.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de formación de las enfermeras de acuerdo a la titulación obtenida.
- Concretar las tendencias laborales de las enfermeras de los EAP.
- Establecer la credibilidad individual y social de estas enfermeras.
- Precisar su proyección profesional.
- Definir sus criterios de profesionalidad.
- Explicar los criterios de adscripción paradigmática.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. POBLACIÓN

El estudio se ha realizado de Noviembre de 2005 a Febrero de 2006, con todas las enfermeras (titulares e interinas) de los EAP de las 19 Zonas Básicas de Salud distribuidas en tres Áreas de Salud¹⁹.

La población la constituye 195 enfermeras, el 11,43% del total de colegiadas de La Rioja, el 87,7% son mujeres y el 12,3% varones, cuya edad media es de 45 años de edad.

La distribución de enfermeras por Centro de Salud según Área y Zona varía notablemente, entre las cinco enfermeras de Murillo y las dieciocho de Calahorra, Elizalde, o Nájera; así como en la adscripción media de personas por enfermera, de 826 de Cervera y las 2.525 del Centro Salud Espartero.

En este trabajo además de aludir al nivel de actuación donde desempeña el trabajo la enfermera se pretende referir al contenido de "la disciplina que desarrolla la enfermera mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública. Esta disciplina contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su Autocuidado", según definición de la Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC.

** El comienzo del trabajo es coincidente con la nueva reestructuración del Mapa Sanitario de La Rioja, que pasa de una a tres Áreas de Salud con tres Gerencias de Atención Primaria, hecho este que dificulta el proceso.

3.2. INSTRUMENTOS

El trabajo está basado en la encuesta realizada en 1992 por el Grupo Seis (DER)²⁰, y se miden aspectos formativos, la situación laboral, proyección profesional, credibilidad individual-social, y criterios de profesionalidad²¹.

Consta de 34 preguntas. Las cinco primeras, hacen referencia aspectos formativos: título obtenido al terminar la carrera, motivación para estudiarla y grado de satisfacción de haber realizado dichos estudios. Describen la predisposición paradigmática actual consecuencia de la formación de pre-grado. Los ATS han sido formados al amparo del paradigma racional tecnológico, y los diplomados en el hermenéutico o en el socio-crítico.

Las seis, siete y ocho recogen la situación laboral: puesto de trabajo, forma de acceso y estabilidad. Indicándonos la concordancia o no con el papel requerido, entendiendo este como el desarrollo de "acciones afines a la salud pública, centrándolas en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo"²² y la integración adecuada en un equipo multidisciplinar disciplinar²³, requiriendo un perfil profesional coincidente con el paradigma enfermero socio-crítico.

Desde la nueve a la dieciocho, inciden en la proyección profesional, y examinan a la enfermera en su trabajo determinando si es una mera aplicadora de técnicas o es un agente de cambio donde analiza, determina y actúa con arreglo a su cuerpo de conocimientos. Además se puede correlacionar el puesto de trabajo con la capacidad profesional enfermera²⁴.

Los aspectos relacionados con la credibilidad individual y social, de acuerdo a la valoración de sectores sociales con los que se relaciona directamente, ya sea la administración, las enfermeras, los médicos, o lo usuarios del sistema de salud, son descritas por las siete siguientes, desde la diecinueve a la veintiséis.

La veintiséis, explora de nuevo las proyecciones profesionales paradigmáticas, y los criterios de profesionalidad que debe cumplir cualquier grupo de expertos, que se autoproclaman como tales²⁵, gracias a las preguntas que van desde la veintisiete a la treinta y cuatro ambos inclusive.

3.3. PROCEDIMIENTO

Se presenta el proyecto a la Subdirección de Atención Primaria** y a los Responsables de Enfermería de los Centros de Salud mediante entrevista personal o telefónica, previo envío de la documentación.

Los resultados se introdujeron en una hoja Excel, volcándose posteriormente en el Statistical Package for Social Sciences (SPSS 1.2) para realizar el análisis estadístico de los datos. Se realiza estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y análisis bivariable, según los estudios cursados en el pre-grado, calculando la χ^2 buscando la significación estadística con $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

Del total de 195 Enfermeras que conforman la muestra, responden 125 que nos ofrece un porcentaje de respuesta del 64,10%.

4.1. ASPECTOS FORMATIVOS

De las 125 personas, 82 realizan estudios como Diplomadas de Enfermería (DE), el 65,6% y 43 obtienen el título de ATS, el 34,4%. El 88,7% de las que obtuvieron el título de ATS realizaron el curso de nivelación de DE (Tabla 1).

El 70,4% estudia enfermería por cuestiones vocacionales, (profesión de ayuda, de entrega a los demás y por afición a temas de salud). El 82,4% está dispuesta a volverlo a estudiar. Además, 69 personas el 55,6% consideran que al terminar han adquirido seguridad para enfrentarse al mundo laboral.

4.2. SITUACIÓN LABORAL

El 61,8% tienen estabilidad laboral al ostentar la plaza en propiedad, cuyo acceso en el 43,2% de los casos es por oposición, 25,6% por traslado del hospital y el 31,2% no contestan.

4.3. PROYECCIÓN PROFESIONAL

El 61,6% dicen emplear la mayor parte de tiempo de su trabajo en la aplicación de cuidados y el 16% lo dedica a la realización de técnicas. Al preguntar en que debería emplearlo, el 84,8% responde en la realización de cuidados y el 7,2% en la realización de técnicas.

El 88% de las enfermeras encuestadas responden que la denominación más adecuada es la de DE, frente al 2,4% que opinan debe de ser ATS. El 9,6% no responden.

Ante la pregunta "la buena enfermera es..." el 17,6% opinan que entre las múltiples actividades de la enfermera, la prioritaria y fundamental es la de cumplir las indicaciones del médico, frente al 82,4% que opinan lo contrario, sin embargo el 55,2% creen que lo prioritario es hacer diagnósticos de enfermería además de seguir las indicaciones médicas (Tabla 2).

El 92% se consideran capacitadas para el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas sin necesidad de indicación médica, frente al 6,4% que están en contra.

La gran mayoría opinan que la educación sanitaria debe de ser una actividad cotidiana tanto de los médicos como de las enfermeras.



Monumento a la enfermera (Cáceres).

4.4. CREDIBILIDAD INDIVIDUAL Y SOCIAL

El 88,8% de las encuestadas consideran que están trabajando en el área que más capacitado se sienten. Al interpelar si cree que enfermería trabaja en el área donde está más capacitado, el 57,6% consideran que sí y el 36% opinan lo contrario.

Sobre el lugar de trabajo 84 enfermeras, el 62,7% consideran que este le permite un desarrollo profesional deseable, el 30,4% piensan lo contrario.

La percepción sobre como se sienten valoradas por las compañeras, el 61,6% se siente bien o muy bien valorada, ocurriendo algo semejante respecto de la valoración del usuario el 60%. Por los médicos el 30,4% se consideran bien o muy bien valoradas. Existe una peor sensación cuando se trata de la administración, solo el 15,2% se sienten bien o muy bien valoradas. (Tabla 3).

Al interrogar sobre el paradigma al que se adscriben el 59,2% indican que al paradigma profesional socio-crítico, el 18,4% al racional tecnológico (Tabla 4).

4.5. CRITERIOS DE PROFESIONALIDAD

Al examinar determinantes de profesionalidad enfermera. El 96% manifiestan tener un cuerpo de conocimientos propio. Existe menor unanimidad sobre si la práctica profesional se hace de acuerdo al cuerpo teórico enfermero. El 24,8% no actúa de acuerdo a este.



Respecto del código deontológico el 36% considera que no está bien difundido entre el colectivo profesional, manifestando desconocerlo un 27,2%, y el 77,6% piensan que está poco difundido entre la comunidad.

Al interpelar sobre si el objetivo fundamental de la acción enfermera son las necesidades de salud del individuo familia y comunidad a su cargo, el 92% se manifiesta positivamente.

Sobre la autonomía, control, responsabilidad, en el campo de acción profesional enfermera incluyendo la modificación se manifiesta positivamente el 72,8%. Aunque hay un 16,8% que manifiesta no conocen las bases disciplinares de su práctica profesional, el objeto y el modo de intervención.

4.6. ANÁLISIS BIVARIABLE

Se relaciona el título obtenido al terminar la carrera con el resto de preguntas planteadas, destacando lo siguiente.

Existe asociación significativa entre poseer una plaza en propiedad y la titulación de procedencia con una χ^2 de 32,843 y una $p < 0,05$. En lo que se refiere a la opinión sobre si la enfermera está capacitada y pueda llevar de manera autónoma la atención a crónicos en la consulta de enfermería, el 96,3% de las Diplomadas en Enfermería están de acuerdo con ello frente al 83,7% de las que su titulación de origen fue de ATS. Esta diferencia tiene una significación estadística con una χ^2 7,102 y una $p = 0,029$. Estos resultados se refuerzan con la pregunta que vincula esta capacidad a la indicación médica, al observar significación estadística entre las Diplomadas que están en contra 90,2% y las enfermeras cuya titulación de origen fue ATS $p = 0,017$. Existe asociación significativa con $p = 0,048$ entre el título de procedencia y la opinión que se tiene sobre la adecuación del puesto de trabajo de las enfermeras y su capacidad profesional. Esta asociación se debe a que el 64,6% de las DE están de acuerdo con esta opinión frente al 44,2% de las ATS. En su conjunto diremos que tanto ATS (76,7%) como DE (78%) expresan que la población no es conocedora del Código Ético. Existiendo una diferencia significativa entre las que expresan que la población conoce el Código Deontológico Enfermero para una $p < 0,05$, siendo esta opinión para los DUE del 19,5% y los ATS del 7,6% (tabla 5).

De igual manera y como puede apreciarse en la tabla 6, hay una diferencia estadísticamente significativa con p de 0,012 entre las variables de la titulación y el grado de valoración por parte de los médicos. La valoración positiva (muy bien, o bien) es significativamente mayor en los DE (39%) con respecto a los ATS (14%). Sin embargo esta se invierte en el caso de los administrativos, siendo más positiva la valoración hacia los ATS (41,9%) entre el bien y el muy bien, que hacia los DE que lo afirman el 36,6 % (tabla 6).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio es representativo y se pueden extraer conclusiones con un alto grado de fiabilidad dado la alta tasa de participación.

Se constata la diferente formación en el pregrado, unas DUE y otras ATS aunque con posterioridad, en su gran mayoría han realizado y superado las pruebas de convalidación del título de diplomado en enfermería, no existiendo en este momento ninguna persona en ejercicio con el título de practicante.

Es de destacar, el superior número de profesionales cuya titulación al terminar la carrera era de Diplomados en Enfermería (65%) respecto del que se constata en investigaciones como las realizadas sobre el Perfil de Enfermería de Atención Primaria, en el medio rural en la provincia de Granada (26% DE), "y pocos son los que han realizado el curso de nivelación"²⁶, viéndose reducida la diferencia de convalidados, con los resultados del estudio de época más reciente del Grupo Seis en 1992²⁷.

A pesar de la formación diferente en el pregrado, condicionante que predispone a la divergencia paradigmática, no se traduce sistemáticamente en opiniones contrapuestas del proceder profesional. Siendo el curso de nivelación el hecho diferencial que equipara los dos perfiles formativos, al cual, solo acceden los ATS.

Resulta relevante el análisis del tipo de denominación por dos razones, por una parte, a lo largo de los últimos cien años han pasado por distintas denominaciones, enfermera, practicante, ATS, DUE, etc., dándose el caso, que hasta la revisión número 22 del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en el año 2001, "a pesar de que todo el mundo sabía de su existencia, la profesión de Enfermería no tenía estatus lingüístico"²⁸. Por otra parte, el propio sustantivo enfermera que se le atribuye, condensa la historia que va implícita en la nominación, dado que "al poner nombres: nombrar es estrenar, incorporar lo aislado a una red de remitencias mutuas que le dan sentido. Por eso nombrar, poner nombre es siempre la forma abreviada de una historia"²⁹.

Por lo cual si a la pregunta sobre la denominación más adecuada para la profesión, se obtiene una respuesta con un claro pronunciamiento hacia el concepto enfermero, ya sea como Diplomado Universitario de Enfermería, Diplomado en enfermería o Enfermero sin distinción para hombres o mujeres; se puede decir que entrelazan y unifican toda una red de significados que dan sentido a un "existir enfermero". Como bien indica Siles, el uso de la palabra para designar las actividades características de la enfermería, han influido notoriamente en el desarrollo de un tipo u otro de enfermería y ha configurado de una u otra forma la cultura del cuidado enfermero³⁰, produciendo este hecho, una auténtica simbiosis entre la enfermería y la antropología.

Son vocacionales, les gustan los temas sociales y de salud, no muestran arrepentimiento de haber rea-



lizado estos estudios dado que los volverían a cursar. Trabajan en el área que más capacitados se sienten, cosa que el año 92 solo lo hacían casi la mitad de los encuestados. El lugar de trabajo les permite un desarrollo profesional adecuado, factor que no se daba en el anterior estudio del Grupo Seis, que solo el 11% lo consideraban adecuado.

Se verifica cómo las Enfermeras de Atención Primaria de La Rioja, conforman un colectivo profesional que desarrollan su trabajo en los centros de salud, a los cuales llegan mayoritariamente tras superar una oposición o bien por traslado desde el hospital, al cual se accedía hasta la década de los ochenta en el territorio tutelado por el INSALUD, a través del concurso de méritos.

Consideran casi unánimemente que el objetivo fundamental de la acción profesional enfermera son las necesidades³¹ de salud de las personas familias o comunidad a su cargo, hecho este coincidente con los planteamientos teóricos de lo que es o debe de ser la *Consulta de Enfermería en Atención Primaria "la actividad o dictamen que presta o da la enfermera sobre los cuidados encaminados a satisfacer necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente"*³², empleando la mayor parte del tiempo de su trabajo en cuidados o ayudas al paciente, opinión distinta a la manifestada en el trabajo del año 92, en el cual dicen dedicar la mayor parte del tiempo de su trabajo en labores burocráticas, destacando entre estas, el dedicado a la burocracia estrictamente del médico.

Consideran que la prioridad fundamental de su trabajo es realizar un diagnóstico de enfermería antes que cumplir las indicaciones del médico y no se sienten subordinadas a dicha figura profesional, singularidad típica de los ATS en el paradigma racional tecnológico.

Se declaran capacitadas para el seguimiento de personas con enfermedades crónicas sin necesidad de que el médico lo indique, opinión que es refrendada mayoritariamente tanto por DE como por ATS, aunque existe diferencia estadística significativa a favor de los diplomados.

La educación sanitaria es una actividad diaria más de su trabajo cotidiano, cuyo objetivo es el autocuidado de la población³³ de acuerdo a sus características culturales³⁴⁻³⁵⁻³⁶, actividad coincidente con el resultado de otros estudios sobre la práctica profesional enfermera³⁷.

Dicen tener un cuerpo de conocimientos propio y su práctica cotidiana la realiza en gran parte de acuerdo a éste, manifestando disponer de la autonomía, control, responsabilidad sobre su campo de actuación profesional y sobre los métodos que emplea para realizar su labor, incluyendo su modificación³⁸⁻³⁹⁻⁴⁰.

Con esta respuesta sobre el cuerpo propio de conocimientos, dada su importancia es necesario realizar una consideración que pudiera ser motivo de otra investigación que profundice en la epistemología enfermera y pueda corroborar o no, lo que Hernández-Conesa, Calatrava y Esteban sugieren sobre las posibles circunstancias que en ocasiones se dan y "*es que enfermería como el resto de las ciencias utiliza conceptos y herramientas de otras disciplinas, uso lícito y hoy casi inexcusable en la Ciencia. Ahora bien, debe tomarse la concepción primaria del concepto ligado o vinculado, sin incurrir en el error de utilizarlos como conceptos propios, los cuales deben tener otro sentido ya que hacen referencia a otros fenómenos*"⁴¹, debiendo expresarse en un lenguaje específico y riguroso sin desvirtuar la estructura específica de la teoría y el método enfermero" y este trabajo no permite ahondar sobre ello suficientemente.

Casi todas conocen su Código Deontológico Profesional, considerando que no está bien difundido entre el colectivo profesional y peor propagado entre la población. Existe acuerdo entre las dos titulaciones, pero son los diplomados en éste caso, y hay significación estadística, los que manifiestan percibir que la población conoce su Código Deontológico más que los ATS. Esto debe ser motivo de reflexión dentro del colectivo enfermero pues es "la carta de presentación social" de la profesión en el sistema de salud, "además del sustento de las bases legales que protegen al enfermo"⁴²; elemento esencial de relación entre las personas y los profesionales en un sistema de salud, donde la población debe de elegir desde el conocimiento.

Respecto del como se siente valorada la enfermera por los diferentes sectores sociales con los que se relaciona cotidianamente en su trabajo, podemos decir que se sienten muy bien valoradas por los usuarios del sistema de salud y por los propios compañeros, algo menos por los médicos y mal por la administración sanitaria, habiendo diferencias estadísticas significativas en estos dos últimos puntos. Existe una percepción de valoración más positiva por parte de los médicos, hacia los DE que hacia los ATS, ocurriendo algo similar con la mala valoración que se percibe de la administración.

Según lo anteriormente expuesto podemos concluir que a pesar del origen diverso, tanto formativo como laboral del personal enfermero del nivel de Atención Primaria de La Rioja, no existen perfiles profesionales drásticamente diferentes, por el contrario, las Enfermeras Comunitarias dicen sentirse un profesional autónomo, no subordinado a ningún otro profesional, interacciona con las personas cotidianamente a través de la educación sanitaria", tienen claro que el objeto de la acción profesional son las

*** Cita de Hernández-Conesa, Calatrava y Esteban, reinterpretada por el autor.

**** Considerando que la educación sanitaria es algo más que la mera información dentro de ese proceso, es algo necesario, pero no suficiente para cambiar conductas, por lo cual lleva implícito interactuar con las personas para conseguir dicho objetivo.



necesidades de salud de los individuos, familia, o comunidad a la que atienden.

Por todo ello y tomando como referencia los criterios expuestos al inicio del trabajo, se puede afirmar que su perfil profesional ya no se desarrolla dentro del paradigma racional tecnológico exclusivamente, iniciándose en el paradigma profesional enfermero socio-crítico. Esto viene confirmado cuando se les pone en la tesitura de tener que escoger una de las dos adscripciones, el racional-tecnológico o sobre el paradigma socio-crítico, mayoritariamente se pronuncian hacia el segundo, dado que existe una mayor coincidencia con el contenido profesional que desarrollan.

Con esta investigación, no se profundiza suficientemente ni se detalla el grado de interacción que la enfermera mantiene con la comunidad, hecho que orienta sobre *el proceso dialéctico subjetivo cuyo objetivo es la construcción de nuevas realidades socio-sanitarias*, con el cual podríamos determinar y concretar la incidencia de la enfermera como un agente de cambio socio-sanitario. A pesar de no ser el objetivo de la investigación, puede ser la base de otras posteriores, motivo este que puede servir para *"abrir puertas e iniciar caminos"*, puesto que *la labor de las enfermeras no está solamente dirigida al cuidado de los enfermos, sino también a las búsquedas de las causas básicas de la miseria y la enfermedad*, como bien decía Lillian Wald a finales del siglo XIX.

6. TABLAS

Tabla 1. Estudios realizados

	Titulación		Convalidación			
	n	%	SI		NO	
			n	%	n	%
Ayudante Técnico Sanitario	43	34,4	38	88,7	5	11,63
Diplomado Enfermería	82	65,6	-	-	-	-
Totales	125	100				

Tabla 2. La buena enfermera es aquella que debe...

	Seguir indicaciones del médico		Emitir Diagnóstico de Enfermería y cumplir indicaciones	
	n	%	n	%
Totalmente de acuerdo	1	0,8	12	9,6
De acuerdo	21	16,8	57	45,6
En contra	64	51,2	47	37,6
Totalmente en contra	39	31,2	7	5,6
No contestan	0	0	2	1,6
Totales	125	100	125	100

Tabla 3. Cómo se siente valorada la enfermería

	Enfermeras		Médicos		Administración		Usuarios	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy bien	10	8%	1	0,8%	0	0%	19	15,2%
Bien	67	53,6%	37	29,6%	19	15,2%	56	44,8%
Regular	40	32%	60	48%	54	43,2%	37	29,6%
Mal	6	4,8%	17	13,6%	37	29,6%	7	5,6%
Muy mal	0	0%	7	5,6%	11	8,8%	3	2,4%
No contesta	2	1,6%	3	2,4%	4	3,2%	3	2,4%
Totales	125	100	125	100	125	100	125	100



Tabla 4. Paradigma profesional al que manifiestan estar adscritas las enfermeras

	n	%
Socio-crítico (cuidadora)	74	59,2%
Racional-tecnológico (ATS)	23	18,4%
No sé	20	16%
No contestan	8	6,4%
Totales	125	100

Tabla 5. Análisis bivariante respecto a la titulación de procedencia

Aspecto analizado	Respuesta	DE		ATS		χ^2	GI	P
		n	%	n	%			
Propietario puesto trabajo	SI	35	42,7	41	95,3			
	NO	45	54,9	2	4,7	32,843	2	0,05
	NC	2	2,4	0	0			
Capacidad de actuación autónoma	SI	79	96,3	36	83,7			
	NO	3	3,7	5	11,6	7,102	2	0,05
	NC	0	0	2	4,7			
Autonomía dependiente de la indicación médica	SI	8	9,8	5	11,6			
	NO	74	90,2	34	79,1	8,131	2	0,02
	NC	0	0	4	9,4			
Adecuación al puesto de trabajo	SI	53	64,6	19	44,2			
	NO	26	31,7	19	44,2	6,067	0	0,05
	NC	3	3,7	5	11,6			
Conocimiento Código Deontológico por parte de la población	SI	16	19,5	3	7			
	NO	64	78	33	76,7	10,427	2	0,05
	NC	2	5,9	7	16,3			

DE: Diplomado en Enfermería. ATS: Ayudante Técnico Sanitario. NC: no contesta. GI: grados de libertad

Tabla 6. Análisis bivariante respecto a la titulación de procedencia y la opinión que tienen de las enfermeras los médicos y administración

Aspecto analizado	Respuesta	DE		ATS		χ^2	GI	P
		n	%	n	%			
Opinión de los médicos sobre las enfermeras	Muy Bien	1	1,2	0	0			
	Bien	31	37,8	6	14			
	Regular	38	46,3	22	52,2	14,165	5	0,01
	Mal	8	9,8	9	20,9			
	Muy mal	4	4,9	3	7			
	NC	0	0	3	7			
Opinión de la administración sobre las enfermeras	Muy Bien	0	0	0	0			
	Bien	14	17,1	5	11,6			
	Regular	38	46,3	16	37,2	10,764	5	0,03
	Mal	25	30,5	12	27,9			
	Muy mal	5	6,1	6	14			
	NC	0	0	4	9,3			



7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Orden 10 de Julio de 1940 por la que se establece los Estudios previos necesarios para el ingreso en las carreras de Practicante o Matrona. Boletín Oficial del Estado 202, 5046. 20-7-1940.
- (2) Orden 21 de Mayo de 1941 sobre las condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera. Boletín Oficial del Estado 148, 3811. 28-5-1941.
- (3) Estatuto de las profesiones Auxiliares Sanitarias y de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado 339, 3336-3343. 5-12-1945.
- (4) Siles González, J. Historia de la Enfermería. Evolución histórica global de los estudios de practicante, matronas, enfermeras, (1942-43/1955-56) y ATS (1956-57/1976-77). 287-292. 1999. Alicante, Aguacilara.
- (5) Decreto de 4 de Diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliar Sanitario. Boletín Oficial del Estado 363, 7723-7724. 29-12-1953.
- (6) Decreto 2319/1960 de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Matronas y Enfermeras. Boletín Oficial del Estado 302, 17308,17-12-1960.
- (7) Ministerio de Educación y ciencia. Real decreto 2128/1997. Boletín Oficial del Estado, 200, 22 de agosto de 1977.
- (8) Editorial. Revista Rol de enfermería cumple 20 años. Rol de Enfermería 1998 Jul.; 238: 8-32.
- (9) Bernabeu Mestre, J. y Gascón Pérez, E. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Aparición del título de Ayudante Técnico Sanitaria y el proceso de desinstitucionalización de la enfermería en salud pública. (1953/1977). 91.1999. Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- (10) Real Decreto 305/1990 de 23 de Febrero por el que se regula el reconocimiento de los diplomas, certificados y otros títulos enfermeros de los estados miembros de la Comunidad Económica Europea, en el ejercicio efectivo de derecho de establecimiento y libre prestación de servicios. Boletín Oficial del Estado, 57, 6559-656. 7-3-1990.
- (11) Real Decreto 111/1980 de 11 de enero sobre homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario con el de Diplomado Universitario de enfermería. Ministerio de Universidades e investigación. Boletín Oficial del Estado, 176, 16776. 23-7-1980.
- (12) Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado 2001, 269: 40998-9.
- (13) Real Decreto 55/2005 de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado. Boletín Oficial de Estado 2005, 21: 2842-51.
- (14) Siles González, J. La historia del cuidado en el ámbito comunitario. http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/IIIcongreso.html, 2000 Available from: URL: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/IIIcongreso.html
- (15) Alberdi Castell, R. M. Sobre las concepciones de enfermería, Rol de Enfermería, 1998; 115: 25-30.
- (16) Anaya Cintas Francisca Definición de Enfermería Comunitaria. www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61 2004 (cited 2004Dec21); Available from: URL: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61
- (17) Real decreto 137/84 de 11 de Enero, sobre estructuras básicas de salud Boletín Oficial del Estado 1984; 27: 2627-9.
- (18) Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado 1986; 102: 15207-24.
- (19) Decreto 30/2005 de 22 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de salud. Boletín Oficial de La Rioja, 2005; 56: 2411-2.
- (20) Grupos Seis Docentes de Enfermería Riojana (DER). Perfil del Enfermero de los EAP de la Comunidad de La Rioja (1). Área de Salud 1996; 19: 6-7
- (21) Freidson, E. La profesión Médica. 70-75. 1978. Península.
- (22) Personal Estatutario: Legislación sanitaria: Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios. Art. 58 bis Las Enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios. 203.1989. Ministerio de Sanidad y Consumo : Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General. Servicio de documentación y publicaciones. 1-5-1989.
- (23) Iglesias Gutiérrez, J. Guía de Consulta de Enfermería de Atención Primaria de Salud. Tubo. www.asanec.org/documentos/guiaConsultaEnfermeriaSevillaES.pdf 2003; 5-2. Available from: URL: www.asanec.org/documentos/guiaConsultaEnfermeriaSevillaES.pdf
- (24) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Título I. Del ejercicio de las profesiones sanitarias. Art. 7. Diplomados sanitarios. Apdo. a) Enfermeros. 280.2003. Boletín Oficial del Estado. 22-11-2003.
- (25) Alberdi Castell, R. M. "La enfermería hoy": Yo no soy esa. BEC 1996; 6(II): 8. www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_1/congreso_1.htm
- (26) García Sánchez, F.; Forniellas García, Y.; Rodríguez Rodríguez, M. A.; Vélez Quesada, C.; Amat Blanco, M.; Jurado Dulce, M. A. y García Cubillo. Estudio del perfil del personal de enfermería que trabaja en el medio rural, en Atención Primaria en la provincia de Granada. Temas de Enfermería. 1984, 55: 44-8.
- (27) Grupos Seis Docentes de Enfermería Riojana (DER). Perfil del Enfermero de los EAP de la Comunidad de La Rioja (2). Área de Salud 1996; 20: 6-7.
- (28) De Miguel, Amando. Enfermería, una profesión sin nombre. Diario de Extremadura, 1998; Apr. 20.
- (29) Marín Pedreño, H. De Dominio Público: Ensayos de teoría social del hombre. Las Historias que somos. 38.1997. Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- (30) Siles González, J. Antropología y Enfermería La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. Index de Enfermería 2003; 34: 28-32.
- (31) Domingo Pozo, M. y Gómez Robles, J. El concepto de Necesidad Humana Básica, como aproximación a la definición del Cuidado. Index de Enfermería 2003; 43: 23-7.
- (32) Mínguez Arias, J. "La otra" Consulta de Enfermería: ayer utopía ¿hoy realidad? Crónicas de Enfermería 1997; 21: 8-11.
- (33) Mazarrasa, M. A. Biblioteca Enfermería Profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Germán, RNB, editor. Capítulo 42. Metodología del trabajo de Enfermería en la Comunidad, II, 941-945. 1996. McGraw-Hill. Interamericana.
- (34) Mariano Juárez, L. y Encinas Chamorro, B. La Educación para la salud: Un abordaje transcultural. Index de Enfermería 2003; 42(XII): 24-8.
- (35) Lane Pisón, A. Enfermería y la diversidad cultural Una mirada desde las Américas. Index de Enfermería 2003; 43: 40-3.
- (36) López Morales, D. Interculturalidad en los Servicios de Salud. El caso de la Comunidad Mapuche de la Costa de Valdivia (Chile). Index de Enfermería 2003; 43: 50-4.
- (37) Frías Osuna, A.; Prieto Rodríguez, M. A.; Heierle Valero, C.; Aceijas Hernández, C.; Calzada Gómez, M. L.; Alcalde Palacios, A.; Vázquez Teja, T. y Sandino Dabán L. La práctica enfermera en la atención domiciliar: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria 2002; 29: 495-501.
- (38) Gordon, Marjory. Diagnóstico Enfermero: Proceso y Aplicación. Capítulo V. Patrones Funcionales de salud: Una estructura para la valoración. 74-109. 1996. Mosby/Doyma Libros.
- (39) NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. 15-246. 2001. Harcourt.
- (40) Jonson, M.; Maas, M. y Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), Nursing Outcomes Classification (NOC). Desarrollo e importancia de los resultados 3-7. 2002. Harcourt Mosby.
- (41) Hernández-Conesa, J.; Moral de Calatrava y Pesteban-Albert, M. Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método. La filosofía de la ciencia y sus implicaciones en enfermería. 57-62. 2002. McGraw-Hill Interamericana.
- (42) Cadozo Castillo, D. Participación del profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad Clínica de medicina del Hospital Central de Maracay. www.monografias.com/trabajo15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml 2006: 5. Available from: URL: www.monografias.com/trabajo15/enfermeria-sida/enfermeria-sida.shtml.



Estudio relativo a la posible influencia del profesional de enfermería en la calidad de la fase pre-analítica del laboratorio clínico, al proporcionar información al usuario del servicio de salud acerca de la norma de ayuno mínimo recomendado previo a la extracción de un análisis de sangre

Carlos Javier Gómez Calvo (col. nº 1342), José Jaime Gómez Calvo (col. nº 1250), *Atención Primaria*.
María Consolación Rodríguez Gutiérrez (col. nº 2987), *Servicio de Obstetricia, Hospital San Pedro*

INTRODUCCIÓN

En fechas recientes se publicó un estudio donde se confirmaba el incumplimiento de la norma recomendada de ayuno, de un mínimo de 12 horas, antes de la realización de una extracción de sangre para la determinación de parámetros bioquímicos. Este proceder incorrecto puede afectar a la calidad de los resultados de las pruebas de analítica solicitadas en las consultas tanto de atención primaria como de especializada. Estimado un elevado número de analíticas demandadas a los distintos servicios de extracciones del Servicio Riojano de Salud, solicitadas por los profesionales de atención primaria y de consultas externas de especializada, lo anteriormente enunciado es motivo suficiente para reflexionar sobre la fiabilidad de la calidad pre-analítica. Tras las peticiones solicitadas por dichos servicios, es el propio usuario de los servicios sanitarios quien tiene el control sobre el respeto o no del intervalo de tiempo de ayuno recomendado, pudiendo planificar o no, cuando terminar la última ingestión de alimento.

Picossi *et al.*, en un artículo publicado, calcularon una estimación del porcentaje del número de personas que incumplieron la norma cercana al 80 %. Y eso, aún a pesar de que dicha norma se advertía adjuntada al volante de solicitud de análisis. En la misma publicación no se descubrió una relación entre las variables sexo e incumplimiento de la regla, pero sí al considerar la variable edad (menor de 50 años) y el incumplimiento (1).

La garantía de calidad en el laboratorio clínico se define como el proceso diseñado para asegurar la calidad de los resultados. En el proceso se diferencian tres fases: pre-analítica, analítica y post-analítica. La fase pre-analítica es la parte del proceso que engloba cronológicamente aquellos pasos a seguir, comenzando con la solicitud del médico, la preparación del paciente, la obtención de la muestra primaria, el transporte hacia el laboratorio y, finaliza cuando el procedimiento analítico, en sí, comienza. Esta parte del proceso es fundamental, ya que es cuando un mayor número de profesionales de diferentes disciplinas intervienen (el médico que elabora la petición, el profesional de enfermería que extrae la sangre, el celador que transpor-

ta la muestra al laboratorio,...). Es tan determinante como el resto de las fases. De poco importaría la inversión en recursos, y la dedicación y el tiempo en efectuar cada vez más controles en la obtención de las muestras, si no se controlan todas las variables para su optimización. Por todo ello, se considera de gran importancia la detección de errores y la identificación de las causas que puedan ocasionarlos. Existen diversos factores, relacionados con el paciente, que pueden afectar en la fase preclínica los resultados de laboratorio, que se resumen en las figuras 1 y 2 (2) (3).

Instrucciones generales para solicitantes de análisis de sangre:

- Evitar el estrés antes y durante la toma de la muestra.
- No hacer ejercicios vigorosos durante 3 días antes de tomar la muestra.
- No ingerir bebidas alcohólicas antes ni durante la toma de la muestra.
- Permanecer en ayunas durante 12 horas antes de tomar la muestra.
- No fumar antes ni durante la toma de la muestra.
- Los pacientes en reposo no deberán cambiar de postura al tomarles la muestra.
- Suspender anticonceptivos orales durante 7 días.

Figura 1. Instrucciones generales para solicitudes de análisis de sangre.

Instrucciones específicas para lípidos (colesterol, HDL, LDL, triglicéridos):

- Seguir las instrucciones generales.
- Ingerir dieta normal durante 7 días antes.
- Vigilar los cambios bruscos de peso, pues pueden interferir.
- No utilizar los contrastes yodados antes de la prueba.
- Suspender medicamentos 3 días antes.

Figura 2. Instrucciones específicas para mediciones de lípidos.



En el caso particular de valoración de las dislipemias es fundamental maximizar el control de fuentes de error que preceden al análisis. El consenso español para el control de la colesterolemia recomienda que el diagnóstico de hipercolesterolemia se base en dos determinaciones en ayunas de 12-14 horas separadas por un intervalo de 1-3 semanas. Por todo ello y, aunque eventualmente y sólo para el cribado, las medidas de colesterol y colesterol de HDL se pueden realizar utilizando muestras que no han cumplido con la privación, el ayuno previo de 12-14 horas es indispensable para la medida de los lípidos y lipoproteínas (4).

Por lo expuesto, el objetivo principal de la presente investigación fue comprobar si en nuestro entorno comunitario se respeta el periodo de ayuno recomendado previo a la extracción de sangre. Accesoriamente, en el caso de que el porcentaje de no observación de la norma de la muestra estudiada fuera amplio (más de un 50%) se indagaría en posibles soluciones. Aunque el estudio fue general para cualquier determinación bioquímica, el interés se centró en la influencia sobre la medición de parámetros lipídicos.

1ª FASE

METODOLOGÍA

Se diseñó un cronograma de investigación con dos fases: en una primera fase se investigó el objetivo principal. Para ello, se invirtió un periodo de tiempo de cinco días en la selección de los pacientes y tres más para el análisis de los datos. Los resultados de dicho análisis determinarían la conveniencia o no de proseguir con la segunda fase del estudio.

El objetivo principal se examinó con un estudio de observación analítico transversal.

El tamaño mínimo de la muestra se calculó, de forma tal, que la potencia de la prueba estadística elegida para el estudio fuera superior al 80% para un tamaño de efecto mediano, según las reglas de Cohen (5). Así, para la primera fase del estudio, el tamaño de la muestra fue de 87 sujetos. El porcentaje de varones fue del 50,6% y el de mujeres del 49,4%. La edad media de los sujetos fue de 54 años (DE = 18). El porcentaje de participantes con y sin diagnóstico de dislipemia fue del 32,2% y del 67,8%, respectivamente.

El sistema de selección se efectuó mediante muestreo no probabilístico. Se seleccionó a los posibles participantes a medida que acudían al servicio de extracciones de sangre de un centro de salud durante un periodo de tiempo de cinco días. Fue voluntario potencial toda persona mayor de 18 años que acudió al servicio de extracciones del centro de salud para la determinación de lípidos y lipoproteínas en sangre (con independencia de petición de otros parámetros bioquímicos añadidos).

PROCEDIMIENTO

Una vez realizada la extracción de sangre, a la persona se le solicitó su colaboración. Se le explicó el motivo de solicitar su colaboración, con la finalidad de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, al facilitar al médico la interpretación de los resultados de los análisis de sangre. Se garantizó su anonimato y la confidencialidad de los datos. Se aclaró que su papel en el experimento era contestar a una sencilla entrevista con cuatro preguntas, en un tiempo no superior a un minuto. La entrevista se efectuó mediante un cuestionario específico dirigido por un encuestador, estructurado y de respuesta abierta, indagando para todos los participantes las mismas preguntas (6). El formato y contenido del cuestionario elaborado se aprecia en la figura 3.

Edad: Sexo:.....

- 1) ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que Usted terminó de cenar ayer hasta que le han extraído sangre para el análisis? (formato: horas y minutos).....
- 2) ¿Comió alguna pequeña cantidad de alimento durante ese periodo de tiempo? (si/no).....
- 3) ¿Tomó algún líquido, que no fuera agua, durante ese periodo de tiempo? (si/no).....
- 4) ¿Conocía Usted la norma de que es recomendable guardar un periodo de ayuno ininterrumpido de un mínimo de 12 horas antes de extraer la sangre para realizar un análisis de las grasas de la sangre, (colesterol, triglicéridos,...)? (si/no).....

Figuras 3 y 4. Cuestionario mediante el que se desarrolló la entrevista.

Posteriormente, las respuestas obtenidas se apuntaron en la tabla de datos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos se empleó un ordenador personal, la hoja de cálculo Microsoft Office Excell 2003 y el paquete estadístico SPSS 10.0.

El tratamiento estadístico del diseño se efectuó mediante la prueba de chi-cuadrado de independencia.

Para transcribir los datos en el editor de datos del programa SPSS, se crearon cinco variables: Dichas variables se detallan en la tabla 1.



Variable	Definición operativa
"sexo"	Sexo del participante. Dicotómica: varón o mujer.
"edad"	Edad: medida en años.
"grupo de edad"	Intervalo arbitrario de edad en que se clasifica a los participantes en función de su edad. Polifónica, tiene tres grupos de edad: participante de edad menor de 40 años; participante de edad entre 40 y 64 años; y participante de edad mayor de 64 años.
"conocimiento"	Conocimiento de la norma que recomienda guardar un período de ayuno ininterrumpido de un mínimo de 12 horas antes de extraer la sangre para realizar mediciones de lípidos y lipoproteínas. Dicotómica: participante sin conocimiento de la norma; y participante con conocimiento de la norma.
"grupo de intervalo de tiempo"	Tiempo de ayuno ininterrumpido transcurrido entre la última ingesta de un alimento (excepto agua) y el momento puntual en que se realiza la extracción de sangre. Dicotómica: sujeto con un intervalo de tiempo menor de 12 horas; y sujeto con un intervalo de tiempo igual o mayor de 12 horas.
"diagnóstico previo de dislipemia"	Participante con o sin diagnóstico previo de dislipemia. Dicotómica: participante sin diagnóstico previo de dislipemia; y participante con diagnóstico previo de dislipemia.

Tabla 1. Variables consideradas para el estudio del objetivo principal.

RESULTADOS

El número de sujetos que no ayunó durante el período de tiempo mínimo recomendado fue de 63 (72,4%), siendo de 24 (27,6%) el que sí lo efectuó.

El número de sujetos que no tenían conocimiento de la norma de ayuno mínimo fue de 74 (85,1%), siendo de 13 (14,9%) el que sí lo tenía.

Se estudió la posible relación entre las variables "conocimiento" y "grupo de intervalo de tiempo". De los 74 participantes que no tenían conocimiento de la norma, 16 (21,6%) respetaron el ayuno mínimo de 12 horas. De los 13 participantes que sí tenían dicho conocimiento, 8 (61,5%) lo respetaron. Se concluyó que el número de sujetos que respetaron el ayuno mínimo de 12 horas fue mayor entre aquellos que tenían conocimiento de la norma que entre los que no tenían conocimiento de la misma. $2(1, N = 87) = 8,820, p < 0,003$.

No se demostró la existencia de relación entre las dos variables, "sexo" y "grupo de intervalo de tiempo". $2(1, N = 87) = 1,052, p > 0,305$. Se concluyó que ambas variables eran independientes.

Tampoco se observó la existencia de una relación entre las dos variables "grupo de edad" y "grupo de intervalo de tiempo". $2(1, N = 87) = 3,168, p > 0,205$. Se concluyó que ambas variables eran independientes.

Y tampoco se demostró existencia de relación entre las variables "diagnóstico previo de dislipemia" y "grupo de intervalo de tiempo". $2(1, N = 87) = 0,138, p > 0,710$. Se concluyó que ambas variables eran independientes.

CONCLUSIÓN PARCIAL

Los resultados avalaron la misma conclusión que se obtuvo en el estudio de Picossi *et al.* Un alto porcentaje de personas que acudieron al servicio de extracciones de sangre para realizar una analítica no respetaron el período de tiempo de ayuno mínimo de 12 horas.

Como novedad, en nuestro estudio se comprobó que un alto porcentaje de personas desconocían la existencia de la norma recomendada, lo cual se relacionó con un alto porcentaje de no cumplimiento de

la misma. El tamaño del efecto fue mediano (coeficiente phi = 0,318).

Las variables "sexo", "grupo de edad" y "diagnóstico previo de dislipemia", no se relacionaron con el período de tiempo de ayuno efectuado.

Los resultados obtenidos en la primera fase de investigación determinaron la conveniencia de proseguir, en una segunda fase, el examen de una posible solución al problema identificado. En ella, se evaluaría el papel que podría desempeñar el profesional de enfermería para atenuarlo.

2ª FASE

METODOLOGÍA

La segunda fase se desarrolló en el momento posterior al establecimiento de las conclusiones del estudio anterior. Para ello, se invirtió un período de tiempo de diez días en la selección de los pacientes, cinco más para el análisis de los datos y otros diez para la discusión de los resultados y establecimiento de las conclusiones generales.

Para el estudio, en esta segunda fase, se eligió un diseño cuasi-experimental intergrupo posttest con grupo de control (7). Este diseño contempla dos grupos en función del nivel de la variable independiente. En uno, los sujetos recibieron información explícita (verbal y escrita) de la norma por parte del profesional de enfermería y en el otro no. Como variable dependiente se consideró el período de tiempo, en minutos, de ayuno ininterrumpido entre la última ingesta de un alimento (excepto agua) y el momento puntual en que se realiza la extracción de sangre.

El tamaño mínimo de la muestra en la que se llevaría finalmente a cabo la extracción de sangre se calculó, de forma tal, que la potencia de la prueba estadística elegida para el diseño fuera superior al 80% para un tamaño de efecto mediano, según las reglas de Cohen. No obstante, se seleccionaron 10 personas por encima del número calculado para cada grupo por si alguna persona no acudía al servicio de extracciones en el período posterior a tres días desde la petición de la solicitud. Así, el tamaño de la



muestra calculado fue de 154 personas, 77 para cada uno de los grupos. El porcentaje de varones fue del 48,7 % y el de mujeres del 51,3 %. La edad media de los sujetos fue de 52 años (DE = 17).

El sistema de selección se efectuó mediante muestreo no probabilístico. Se seleccionó a los posibles participantes (mayores de 18 años) a medida que acudieron a consulta médica o de enfermería, programada o a demanda, con solicitud de una petición de analítica de sangre para la determinación de lípidos y lipoproteínas en sangre (con independencia de petición de otros parámetros bioquímicos añadidos).

PROCEDIMIENTO

Durante un primer período de doce días, a las personas a las que se les cumplimentó una petición de extracción de sangre, justo en el momento en que se concluía la gestión de la misma, se les solicitó su colaboración voluntaria. En caso de respuesta afirmativa, se asignó a cada sujeto a uno de los dos grupos del diseño experimental. La inclusión en cada grupo se realizó de la siguiente manera. Para evitar el intercambio de información entre los sujetos pertenecientes a uno u otro grupo acerca de la existencia de la norma de ayuno, se asignó a los sujetos a uno u otro en diferentes momentos temporales. Durante los primeros cinco días se seleccionó a los sujetos que serían incluidos en el grupo que no recibiría información y que procederían

a la extracción en un periodo de tiempo inferior a tres días. No se les proporcionó el aviso de la existencia de la norma ni detalle acerca de su contenido. Simplemente se solicitó su participación voluntaria en un estudio (sin más información) y, en caso de respuesta afirmativa, se preguntó el nombre y se apuntó en un cuestionario específico (figura 4). Seguidamente, se les expuso que su papel como participantes comenzaría en el momento en que concluiría la venopunción. En el momento en que estos participantes acudieron al servicio de extracciones, y tras la misma, se les cumplimentó el resto del cuestionario que quedaba por completar. Durante los siguientes cinco días, se seleccionó a los sujetos que serían incluidos en el grupo que sí recibiría información y que procederían a la extracción en un periodo de tiempo inferior a tres días. Se les expuso que su papel como participantes comenzaría en ese mismo momento y que concluiría poco después de terminar la venopunción. Se preguntó el nombre y se apuntó en el cuestionario. Seguidamente, y mediante formatos verbal y escrito estructurados, el profesional de enfermería les explicó con lenguaje sencillo la norma que recomienda el ayuno mínimo ininterrumpido antes de proceder a la extracción de sangre. El formato escrito se presenta en la figura 5. En el momento en que los participantes de este grupo acudieron al servicio de extracciones y, tras la misma, se les cumplimentó el resto del cuestionario que quedaba por completar. La existencia de cita previa para acudir al servicio de extracciones de sangre ayudó a identificar a los sujetos.

¿Qué debo saber antes de hacerme un análisis de sangre?

¿Conoce Usted la norma de que es recomendable guardar un período de ayuno ininterrumpido de un mínimo de 12 horas antes de extraer la sangre para realizar un análisis de las grasas de la sangre, (colesterol, triglicéridos,...)?

Si Usted desconocía la existencia de dicha norma, este escrito le proporcionará información sobre la misma. En primer lugar, que es imprescindible ayunar, desde la cena hasta la extracción de la sangre del día siguiente, un mínimo de 12 horas de tiempo ininterrumpido. Si el periodo de tiempo es mayor de 12 horas (13 o 14 horas) tanto mejor. Durante ese tiempo no debe de ingerir alimento alguno, ni en pequeñas cantidades. Tampoco podrá tomar zumos, leche, ni bebidas alcohólicas. Sólo podrá beber agua, la cantidad que Usted quiera tomar.

Esperamos que esta información le sea de utilidad para obtener unos resultados fiables en la analítica de sangre.

Figura 5. Documento entregado a los participantes asignados al grupo de instrucción con información explícita.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos se empleó un ordenador personal, la hoja de cálculo Microsoft Office Excell 2003 y el paquete estadístico SPSS 10.0.

El procedimiento estadístico previsto para el análisis de los datos fue un análisis de varianza de un factor.

Para transcribir los datos en el editor de datos del programa SPSS, se crearon dos variables: "grupo de instrucción" para el factor, con dos niveles ("grupo sin información explícita" y "grupo con información explícita") y, "tiempo total de ayuno" para la variable dependiente.

Los resultados obtenidos para el factor inter-sujetos "grupo de instrucción" se presenta en la tabla 2.

Grupo de instrucción	Media	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
"grupo sin información explícita"	672,792	4,867	663,176	682,409
"grupo con información explícita"	737,688	4,867	728,072	747,305

Tabla 2. Medias, errores típicos e intervalos de confianza al 95%.
Variable dependiente: intervalo de tiempo, en minutos, desde última ingestión hasta la extracción de sangre.



El tiempo de ayuno mínimo recomendado de 12 horas equivale a 720 minutos. Las medias correspondientes al "grupo sin información explícita" y al "grupo con información explícita" fueron de 672,79 y 737,68 minutos, respectivamente. Se concluyó que, para el factor "grupo de instrucción", existían diferencias significativas en promedio, obteniéndose intervalos de tiempo superiores en el grupo que recibió información explícita. $F(1,2) = 388,88$, $p < 0,000$.

CONCLUSIÓN PARCIAL

Se descubrió una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos y se examinó el tamaño del efecto del cambio producido en la comparación. Los resultados mostraron que el tamaño del efecto calculado fue grande ($R^2 = 0,369$), según las reglas de Cohen. Por lo tanto, la importancia de enseñar y recomendar, tanto verbalmente como por escrito, a la persona solicitante de análisis clínicos, la norma y su cumplimiento queda confirmada como una medida realmente efectiva.

CONCLUSIONES GENERALES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En la primera fase del proyecto se identificó y se calculó el efecto de una posible fuente de error que afecta a la calidad del laboratorio clínico en la fase pre-clínica: el desconocimiento del criterio de ayuno recomendado y su asociación con el no cumplimiento de la misma. Su influencia en la calidad de la fase preanalítica del laboratorio clínico se estimó como de efecto mediano. Se condicionan, así, las medidas de los parámetros bioquímicos en función de que el solicitante de análisis de sangre respete o no, un tiempo de ayuno convenido (y que, en la mayoría de los casos, él mismo desconoce). Igualmente, se demostró la independencia del sexo, del grupo de edad y de un posible diagnóstico previo de dislipemia, con el hecho de no respetar el periodo de tiempo de ayuno aconsejado.

En la segunda fase del estudio se planteó una posible solución. Dado que el problema identificado era bastante probable que estuviera relacionado con la falta de información del usuario, se aventuró por una intervención directa del profesional de enfermería para aminorar el efecto de dicho desconocimiento. Se demostró que la instrucción (verbal y escrita) del sujeto por parte del profesional acerca de la norma del ayuno fue muy efectiva; hasta el punto de invertir el porcentaje de usuarios del servicio de extracciones que acudían a los mismos tras cumplir el periodo de ayuno indicado (el 97%).

Debe recordarse, no obstante, de cara a la validez externa de las conclusiones, que la selección de las muestras se realizó con un método no probabilístico y que el diseño de investigación planteado fue un modelo cuasi-experimental.

Sería de especial interés el establecimiento, en todas las zonas básicas de salud y consultas externas

de especialidades, de unas directrices que complementen el acto de rellenar una solicitud de análisis de sangre mediante la comunicación directa de información relevante. Dicha información, se recalca, explícita, no solo contendría la recomendación de un periodo de tiempo mínimo de 12 horas de ayuno ininterrumpido entre la última ingesta de un alimento (excepto agua) y el momento puntual en que se realiza la extracción de sangre sino, además, la importancia de respetarlo y su justificación clínica.

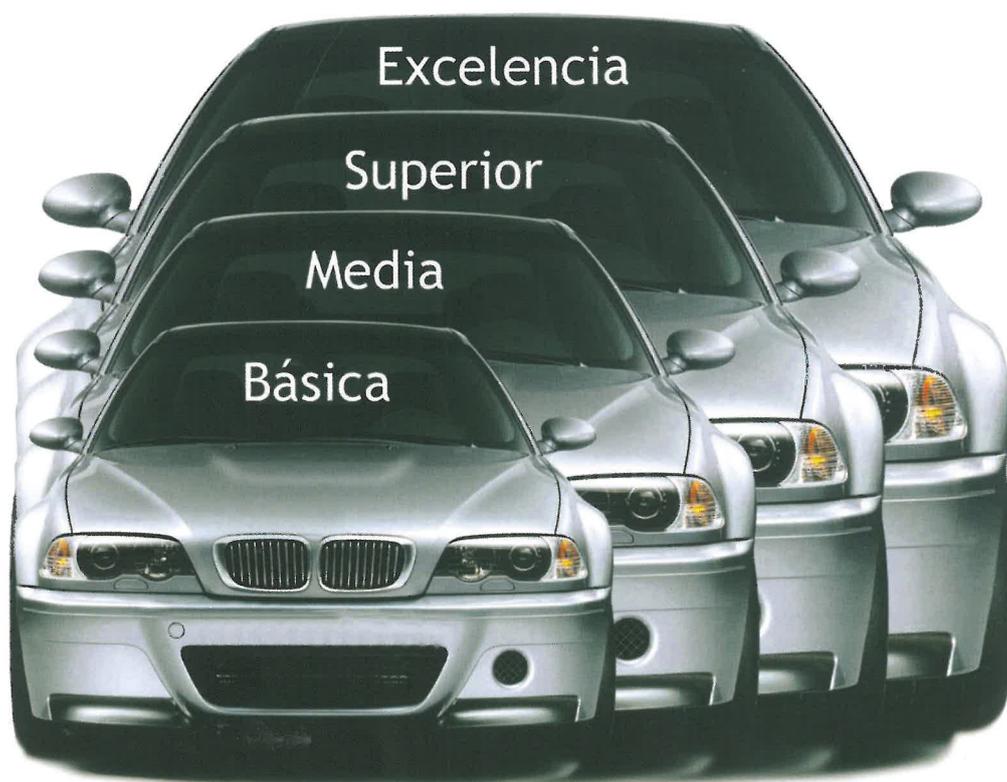
El formato de comunicación que se propone es verbal y escrito. Verbal, dialogando directamente el profesional con la persona en el momento de formalizar la petición. Y, simultáneamente, reflejada por escrito en el volante de solicitud, en una zona preferente dispuesta en el mismo. Incluso una instrucción escrita en hoja aparte podría ser de utilidad de cara a conseguir el efecto perseguido.

La investigación en enfermería, no siempre necesita de elevados presupuestos, tecnologías de última generación o conocimientos especializados. El proyecto de investigación expuesto no necesitó medios más allá de unos folios en blanco y un ordenador personal, medios hoy en día al alcance de muchos profesionales. Si necesitó de curiosidad y necesidad de respuestas a preguntas, a priori, insignificantes. El coste económico, aspecto no expuesto anteriormente en la redacción, fue prácticamente nulo. Pero su trascendencia en la calidad asistencial, si su evidencia fuera puesta en práctica por todos los profesionales sanitarios de La Rioja, posiblemente se reflejaría en las tasas de prevalencia e incidencia de diagnóstico de dislipemias, en el coste económico que suponen las pruebas analíticas reiteradas y los tratamientos farmacológicos innecesarios y, lo más importante, en la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Picossi, S., Molina, P., Pérez, A., Aguilera, C., Espinar, P., Lopera, M. Cumplimiento de 12 horas de ayuno para la realización de un análisis de sangren la zona básica de salud de Archidona. Medicina de Familia (And), 2004, vol. 5, nº 3.
- (2) Rodríguez, M. A., Abraham, E. Las variables preanalíticas y su influencia en los resultados de laboratorio clínico. Rev. Mex. Patol. Clin., 2007, vol. 54, nº 4, pp. 159-167.
- (3) Céspedes, M. C., Edward, S. Preparación del paciente y colección de muestras para análisis de laboratorio clínico. Medisan, 1999, 3(1), pp. 31-35.
- (4) Aguilar, J. A. Protocolo para la estandarización de la fase preanalítica en la medición de lípidos y lipoproteínas. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Comisión de Lípidos y Lipoproteínas. Documento H, fase 3, versión 3. Química Clínica, 2004.
- (5) Cohen, J. Statistical power análisis for the behavioral sciences (2ª ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associated, 1988.
- (6) Silva, F. La entrevista. En Fernández-Ballesteros, R. (dir.). Introducción a la evaluación psicológica, Vol. 1. Ediciones Pirámide, 1998, pp. 252-278.
- (7) Morales, J. F. Los métodos cuasi-experimentales. En Morales, J. F. Metodología y teoría de la psicología, vol. 2, sexta edición. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1994, pp. 315-318.

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.

Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



45 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

• A.M.A. Logroño **941 241 300**

Doctor Múgica, 6 - Bajo 26002 LOGROÑO

lrrioja@amaseguros.com

• A través de internet: **www.amaseguros.com**



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

COMUNICACIONES. Jornada 12 de mayo



Con el Salón lleno, celebramos un año más el Día Internacional de la Enfermería.

En una mesa redonda moderada por Pilar Alejandre, se presentaron cuatro casos prácticos, CUIDADOS AL PACIENTE QUIRÚRGICO, EFECTIVIDAD DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN ENFERMERA EN UN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO y CUIDADOS EN EL OTOÑO DE LA VIDA, de los que son autores compañeros de diversos centros de La Rioja.

Fue presentada también la comunicación UNIDAD DE CORTA ESTANCIA VERSUS HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DEL HOSPITAL SAN PEDRO, ganadora del premio a la mejor comunicación científica en el XXIII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias y Emergencias y III Biental Iberoamericana de Enfermería en Emergencias y Urgencias, celebrado en el Puerto de Santa María (Cádiz), durante los días 30 y 31 de Marzo de 2011.

Finalmente, brindamos por la Enfermería en un cóctel celebrado en los Salones del Hotel AC.





Introducción

Cuidados enfermeros

Pilar Alejandre Castillo (col. nº 1614)
Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

¿Quiénes son las enfermeras? ¿Qué hacen? Con asombro e interés estas preguntas nos llaman la atención. Estas preguntas ocasionan asombro, ya que las enfermeras tienen una extensa práctica, anclada en la historia, historia que ha moldeado su evolución según los acontecimientos sociales. Estas preguntas también estimulan nuestro deseo de expresar, con justicia y claridad, los significados, los objetivos y las preocupaciones de la disciplina enfermera en el siglo XXI.

Las enfermeras/os constituimos una fuerza humana y profesional de primer orden. En número, sus miembros sobrepasan de lejos a los otros profesionales de la salud. Sus competencias están diversificadas, y se las encuentra en todas las esferas de actividades relacionadas con la salud: las enfermeras/os cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad.

Por otro lado, la enfermería juega un papel importante, como pieza clave para conseguir salud y calidad de vida; la cualificación profesional y científica, el conocimiento y contacto directo con la realidad de los pacientes, convierten esta profesión en un elemento clave, en la mejora de la calidad asistencial, superado la arcaica concepción de función auxiliar o secundaria.

A las enfermeras, se les pide desarrollar un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad. Se les exige competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto. Además, las condiciones en el ejercicio de su trabajo tienden a transformarse bajo el efecto desarrollo tecnológico y de la informatización, sin olvidar el impacto de fenómenos como el envejecimiento de la población, el Sida, enfermedades infecciosas, pobreza... Más allá de la diversidad y del cambio, los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión; constituyen el motor y el centro.

La complejidad inherente a un mundo en transformación ha acelerado considerablemente la evolución de la disciplina enfermera durante los últimos decenios. El centro de interés de la disciplina, los principios y las propuestas que de éste emanan han puesto de relieve la importancia de los conceptos "cuidado", "persona", "salud" y "entorno". Las relaciones que se extraen permiten concebir un cuidado

que exprese la respuesta a las necesidades cambiantes en materia de salud de las personas, de las familias, de los grupos y de las comunidades.

No existe acuerdo acerca de la definición del concepto de Calidad de Vida, CVRS, la mayoría de los autores coinciden en que es un concepto subjetivo y multidimensional, por lo tanto, consideran que la salud no implica solo ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores.

El concepto de Calidad de Vida se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del "sentirse bien". El origen de este concepto se debe remontar al año 1948 cuando la OMS definió la Salud como el completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo ausencia de enfermedad.

Sin embargo, pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980, se presenta la necesidad de definir y estudiar la CVRS.

La definición más útil es la que Shumaker y Naughton propusieron, unificando las previamente existentes, y que conceptualizo la CVRS como:

"...la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción a la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar".

Las dimensiones más importantes que incluye esta definición de CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal y el bienestar emocional.

Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad.

La enfermería proporciona cuidados, y aporta calidad de vida a nuestros pacientes.

La Mesa Redonda trató sobre los "**Cuidados y Calidad de vida**", y escuchamos a cinco enfermeros que nos presentaron otros tantos casos clínicos. Con nuestro saber hacer y nuestros cuidados especializados proporcionamos a nuestros pacientes calidad de vida.

Cuidados de enfermería a un paciente quirúrgico

María Garrido Rojas (col. nº 3497), Rocío Altuzarra Gómez (col. nº 2147).
Servicio de Cirugía Digestiva y Plástica (Hospital San Pedro)

INTRODUCCIÓN GENERAL

La interacción de la enfermera en las diversas áreas relacionadas con el cuidado de los pacientes, nos lleva a la actualización, crítica y profundización permanente sobre nuestro actuar.

La cirugía infliere en nuestros pacientes estados de angustia y miedo. Ayudar al paciente a adaptarse a éste tipo de experiencias, constituye una de las funciones primarias de enfermería.

Los profesionales de enfermería, brindaremos cuidados con alto sentido científico, sin olvidar la detección de las necesidades, preocupaciones y percepciones individuales que requieren el abordaje a medida que el individuo adopta el rol de paciente en las áreas quirúrgicas.

INTRODUCCIÓN AL CASO

- Paciente de 57 años sin alergias medicamentosas conocidas.
- Antecedentes personales: hipercolesterolemia, estreñimiento.
- Intervenciones quirúrgicas previas: neoplasia de recto en agosto 2008 con la consecuente colostomía. QT-RT neoadyuvante y cierre de colostomía en febrero 2009.

En abril 2010 dilatación endoscópica por estenosis de la anastomosis.

Desde entonces, molestias a nivel perianal con formación de cavidades hidroaéreas perirectales.

En febrero del 2011 ingresa en nuestra unidad debido a:

- Fiebre.
- Absceso perianal fistulizado.

Absceso perianal: es una cavidad infectada, llena de pus, la cual se encuentra cerca del recto. Resulta de una infección aguda de una glándula pequeña justo dentro del ano, cuando las bacterias entran al tejido a través de la glándula.

Un absceso no siempre se convierte en una fístula; sí en aproximadamente el 50% de los casos y no hay una forma de saber si esto ocurrirá o no.

Fístula anal: es la conexión anormal entre la superficie interna del canal anal y la piel que rodea la región perianal. Se genera de las glándulas anales, localizadas entre las dos capas de los esfínteres anales. Después de que se ha drenado el absceso, persiste un túnel el cual conecta a la glándula anal de donde surge el absceso hacia la piel.

Drenaje tipo pensose: tubo de pared muy fina y colapsable de polietileno, que se deja en el espacio quirúrgico deseado para que los fluidos salgan al exterior por capilaridad.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ABSCESO PERIANAL

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

- Recogida de datos a través de la observación, entrevista y examen físico.

1. Datos objetivos

Qué obtenemos en la valoración al ingreso a través del servicio de urgencias: EKG, analítica: objetivando déficit en la nutrición. Rx.

Qué obtenemos de su historia clínica, los antecedentes ya descritos anteriormente.



Exámen físico:

- Neurológico: alerta, pupilas reactivas, simétricas, isocóricas, orientación temporoespacial, fuerza de contracción muscular, respuesta motora al dolor.
- Cardio-vascular: Tª: 38, taquicárdico ritmo regular, TA elevada, pulsos periféricos conservados, buena coloración de extremidades, no edemas. IMC: 26.
- Respiratorio: taquipneico, simetría de la ventilación, no ruidos respiratorios.
- Digestivo: prótesis dental completa, no náuseas, no vómitos.
- Genitourinario: no problemas miccionales.
- Piel: palidez de piel. A nivel del glúteo derecho, presenta importante absceso con orificio fistulizado y manchado fecaloideo a su través. La zona aparece roja, inflamada, irritada y caliente. Utiliza pañal.
- Dolor agudo en la zona con el simple roce del glúteo.
- Sensorial: utiliza gafas para leer.
- Músculo-esquelético: dolor importante en zona perianal al evaluar la marcha.

2. Datos subjetivos

Qué expresa el paciente: "dolor en la zona del ano, calor, nerviosismo porque en estas condiciones no puedo trabajar, no puedo dormir, no puedo salir a la calle, me encuentro débil".

Qué expresa la familia: "está muy irascible, se marea en ocasiones, come poco, está triste, no quiere salir a la calle, no quiere ver a nadie".

NANDA-NIC-NOC (INTERRELACIONES) AL INGRESO

DIAG 00001	Desequilibrio nutricional: por defecto. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
NOC 1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.
NIC 1100	Manejo de la nutrición.
DIAG 00007	Hipertermia.
NOC 0800	Termorregulación.
NIC 3900	Regulación de la termorregulación.
DIAG 00014	Incontinencia fecal.
NOC 501	Eliminación intestinal.
NIC 1804	Ayuda con los autocuidados: aseo
DIAG 00085	Deterioro de la movilidad física.
NOC 0005	Tolerancia a la actividad.
NIC 0200	Fomento del ejercicio.

DIAG 00095	Deterioro del patrón del sueño.
NOC 0003	Descanso.
NIC 1850	Fomentar el sueño.
DIAG 00109	Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento.
NOC 0300	Autocuidados: actividades de la vida diaria.
NIC 1802	Ayuda con los autocuidados vestir/arreglo personal.
DIAG 00108	Déficit del autocuidado: baño/higiene.
NOC 0305	Autocuidados: higiene.
NIC 1801	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.
DIAG 00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
NOC 1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
NIC 3584	Cuidados de la piel.
DIAG 00004	Riesgo de infección.
NOC 1807	Conocimiento: control de la infección.
NIC 6540	Control de infecciones.
DIAG 00132	Dolor agudo.
NOC 1605	Control del dolor.
NIC 1400	Manejo del dolor.
DIAG 00053	Aislamiento social.
NOC 1409	Control de la depresión.
NIC 5270	Apoyo emocional.
DIAG 2506	Salud emocional del cuidador familiar.
NOC 00159	Disposición para mejorar los procesos familiares.
NIC 7100	Estimulación de la integridad familiar.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO MEDIATO

1. Datos objetivos

Obtenidos del Protocolo Quirúrgico del 2 de febrero 2011: para la resolución del cuadro infeccioso de la zona perianal, se le practicaron dos incisiones quirúrgicas, comunicando ambas con un drenaje tipo pensose; el drenaje permanece unido entre sí por los dos extremos, con seda quirúrgica.

Colostomía lateral en hipocondrio izquierdo.

Obtenidos del exámen físico del día 10 de febrero 2011:

- Neurológico: menor debilidad con la reposición de nutrientes a través de NPP y líquidos orales.
- Cardiovascular: normotermia, TA, FC, diuresis, dentro de los valores normales.
- Respiratorio: eupneico, flemas. Realiza ejercicios respiratorios para ejercitar la capacidad inspiratoria y así movilizar también las flemas.
- Digestivo: movimientos intestinales presentes.
- Genito-urinario: micción espontánea. No signos ni síntomas de infección.



- Piel y mucosas: zona perianal enrojecida e inflamada que presenta un drenaje tipo penrose. A través de los orificios practicados para drenar el absceso, se objetiva manchado fecaloideo evidenciando el proceso fistuloso.

Colostomía lateral en hipocondrio izquierdo: estoma normocoloreado, leve edema. Heces pastosas en bolsa.

Herida quirúrgica de laparotomía: buen aspecto, no signos de infección.

Orificio de antiguo drenaje pensose: mancha escasamente el apósito.

- Músculo-esquelético: se levanta al sillón y pasea por la habitación de forma autónoma.

Obtenidos de la historia médica: analíticas dentro de los valores esperados. Pruebas complementarias Rx tórax, TAC abdominal.

2. Datos subjetivos

Que expresa el paciente: nos comenta que cada día está más tranquilo, que duerme mejor durante la noche, que el dolor está controlado con la analgesia que le administramos, que aunque para tratar el proceso ha sido necesario realizar una colostomía, que lo prefiere, porque anteriormente tenía mucho dolor, incomodidad, escasa higiene, prácticamente no comía ni bebía para producir así menos heces y aún así tenía que realizar cambios de pañal continuamente.

Qué expresa la familia: está más comunicativo, más cariñoso, más tranquilo, duerme mejor. Tiene muchas ganas de recuperarse y comenzar a trabajar.

NANDA-NIC-NOC (INTERRELACIONES) EN EL POSTOPERATORIO MEDIATO

Reevaluamos los diagnósticos, las intervenciones y resultados enfermeros detectados al ingreso y analizaremos otros nuevos si aparecen como...

DIAG 00031 **Limpieza ineficaz de las vías aéreas.**
NOC 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
NIC 3140 Control de las vías aéreas.

DIAG 00087 **Riesgo de lesión perioperatoria.**
NOC 1602 Conducta de fomento de la salud.
NIC 1800 Ayuda en el autocuidado.

Cuidados de la herida quirúrgica zona perianal: realizamos lavados a través de las incisiones quirúrgicas con suero fisiológico; puntualmente siguen saliendo restos inapreciables de heces, ante lo cual, se pone



por vía rectal enema de limpieza con 300 ml., librando así la zona de heces.

El paciente realiza cada 6 horas, lavados de asiento con agua templada y solución antiséptica; se cambia también las gasas de la zona perianal con esa frecuencia o más frecuentemente, si fuese necesario.

Cuidados de la colostomía: el paciente es totalmente autónomo para el cuidado de su colostomía; en el año 2008 adquirió los conocimientos y las habilidades para llegar a la completa independencia para el autocuidado. Reforzaremos autocuidados.

HQ laparotomía y orificio de antiguo pensose: el paciente realiza la ducha diaria; valoramos previamente el aspecto del apósito en el orificio del antiguo pensose.

Tras la ducha secamos bien la zona, y aplicamos clorhexidina.

EVALUACIÓN

Se alcanzan los objetivos a corto plazo planteados: el paciente es capaz de tolerar la actividad, de ser autónomo con los cuidados de su colostomía, de detectar signos de alarma relacionados con su estoma, y en general con su proceso quirúrgico. Es autónomo con el manejo del incentivador respiratorio y se muestra dispuesto a mejorar los procesos familiares y sociales. Buena predisposición, comunicación y colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Nanda-NOC-NIC. Libro de interrelaciones 2009-2010. Beckley Johnson Marrines.
- (2) Fernández Albor, G. Historia sucinta de la proctología.

Efectividad de la cadena de supervivencia

Ana M^o Ezquerro García (col. n^o 1535), M^o Pilar Espinosa Mendaza (col. n^o 797), Irene Suberviola Fernández (col. n^o 745). *Enfermeras de UMI*

INTRODUCCIÓN

El paro cardíaco extrahospitalario supone un problema de gran magnitud en los países industrializados. Más de 24.500 casos se registran al año en España.

El lugar donde se produce más frecuentemente es el propio domicilio (75%) y es presenciado por testigos en el 60% de las ocasiones.

En el 80% su origen es una enfermedad coronaria, el ritmo inicial es en su mayoría (85%) una fibrilación ventricular (FV), y alrededor del 25% debuta con muerte súbita. La supervivencia de estos pacientes es del 7%.

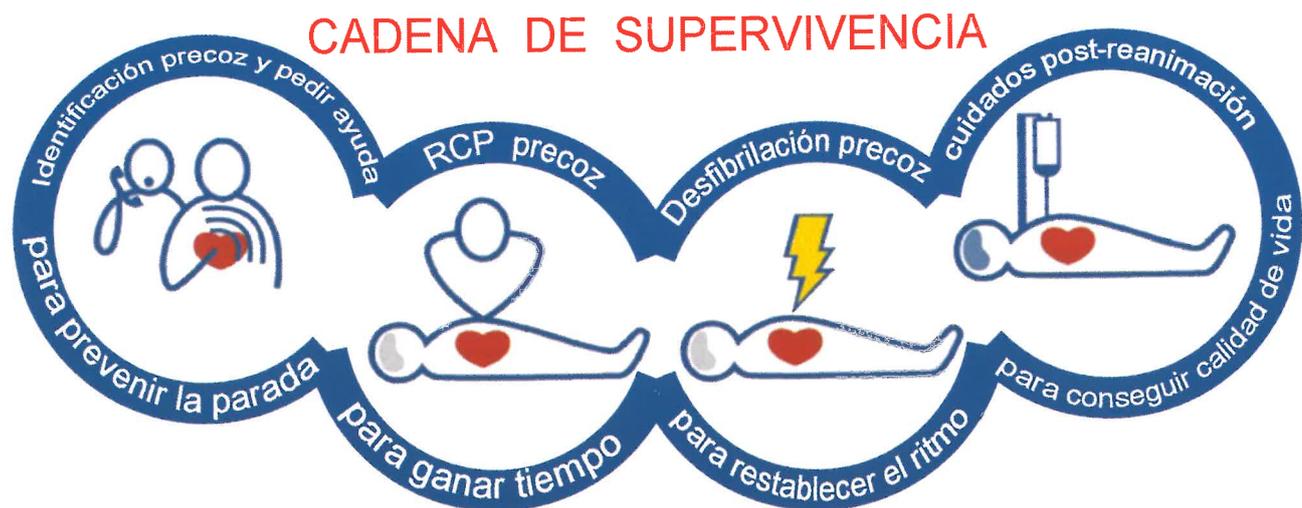
La efectividad de la desfibrilación disminuye en un 7-10% por cada minuto de retraso en su aplicación cuando no se ejecuta ningún tipo de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), de tal forma que, trascurridos 10 minutos las probabilidades de so-

brevivir son casi nulas. En cambio si se realiza RCP básica por testigos del paro, el descenso de la efectividad se produce más lentamente, alrededor del 3-4% por lo que aumenta el período en el que el ritmo es desfibrilable y por lo tanto reversible^{1,2}.

Sólo un 1,4% de los supervivientes de una PCR extrahospitalaria queda totalmente libre de alteraciones neurológicas³ y hasta un 64% puede presentar secuelas graves⁴.

Presentamos el caso de un paciente que sufrió paro cardíaco precisando un tiempo de reanimación de 30 min hasta recuperar circulación espontánea (RCE) y que sobrevivió sin presentar secuelas neurológicas.

La cadena de supervivencia⁵ (llamada inmediata, acceso rápido, RCP básica, desfibrilación temprana, soporte vital avanzado (SVA) y cuidados post-reanimación) se realizó de manera adecuada sin que se rompiera ninguno de estos eslabones.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 51 años con antecedentes personales de fumador de 40 cigarrillos/día, hipertensión ocasional por lo que no toma tratamiento y estrés laboral.

Antecedentes familiares: Padre con infarto agudo de miocardio (IAM) a los 50 años. Muerte súbita padecida por un primo a los 40 años.

La noche previa al ingreso nota opresión leve en la zona centro-torácica que persiste hasta que se durmió a las 24 h; no acude a ningún centro sanitario ni presenta otra sintomatología. A las 06:40 h su mujer

le encuentra inconsciente, con respiración ruidosa, y palidez cutánea. Avisa al servicio de urgencias extrahospitalario y los operadores telefónicos le instruyen en la realización de masaje cardíaco que inicia (06:45 h) hasta la llegada del equipo de soporte vital avanzado diez minutos después (06:55 h).

Al monitorizar al paciente, el primer ritmo cardíaco registrado es fibrilación ventricular (FV) fina, precisando hasta seis descargas de 200 julios con un desfibrilador bifásico y maniobras de RCP avanzada. Se le aplica un dispositivo de compresión torácica



externo (LUCAS®) y se le administran fármacos vasoactivos.

Durante la reanimación se observan los siguientes ritmos cardíacos: 1.- Fibrilación ventricular que revierte a ritmo sinusal (RS) de forma intermitente después de las descargas. 2.- Disociación electromecánica 20 minutos después de iniciada la RCP, seguida de taquicardia ventricular (TV). 3.- A los 30 minutos (07:25h.) el paciente entra en ritmo sinusal (RS) recuperando circulación espontánea de forma permanente.

En el primer electrocardiograma (ECG) realizado por el servicio de emergencias extrahospitalario (112) se aprecia RS con elevación del segmento ST de 10 mm en cara anterior, posteriormente descenso del ST 2-3 mm.

Se procede a su traslado sedado, relajado y conectado a ventilación mecánica (VM).

Ingresa en nuestra Unidad a las 09:25 h. Constantes vitales al ingreso: T.A. 110/80 mmHg, FC 86 l/min. Parámetros de ventilación mecánica invasiva: Volumen corriente: 520 ml, frecuencia respiratoria 12 rpm, Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) 1, Saturación por pulsioximetría (SpO₂) de 100%.

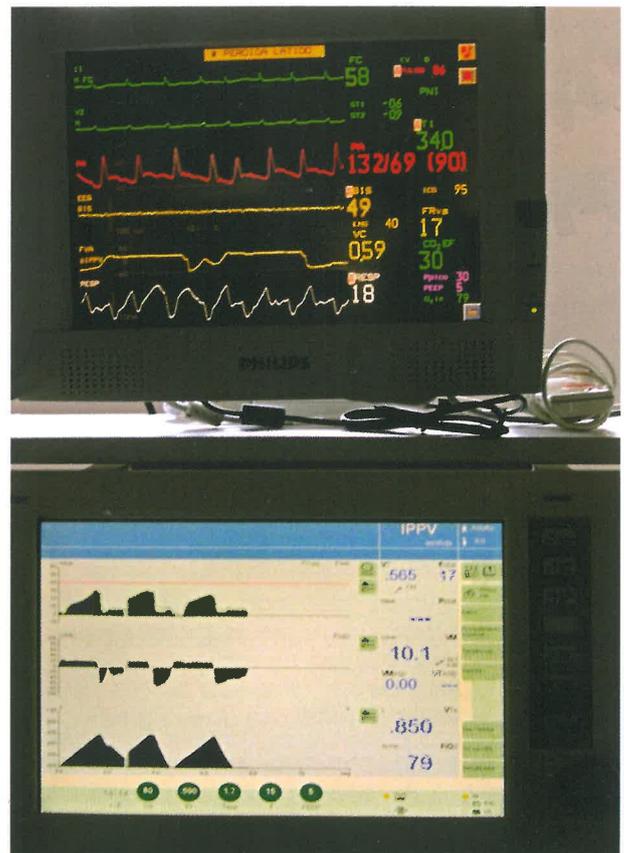
La situación neurológica no es valorable por los efectos de la sedación. Las pupilas son isocóricas puntiformes y areactivas.

Aplicamos tratamiento del síndrome posparada canalizando vía venosa central y comenzando con cuidados post-reanimación. Se realiza revascularización coronaria urgente mediante cateterismo cardíaco que muestra enfermedad de tres vasos, por lo que se le practica intervencionismo coronario percutáneo (ICP) mediante implantación de Stent farmacológico en obtusa marginal y circunfleja.

De regreso a nuestra Unidad, se aplica protocolo de hipotermia terapéutica combinando método no invasivo con manta de hipotermia CritiCool® e invasivo mediante lavados vesical y gástrico con suero salino frío, alcanzando 33,4° de temperatura central. Se mantuvo al paciente sedado y relajado con perfusión continua de miorelajantes, benzodiazepinas y opiáceos.

Se realiza monitorización invasiva de la presión arterial (PA) mediante catéter arterial. Al inicio se objetivó hipertensión arterial que precisa tratamiento con vasodilatadores coronarios (nitroglicerina), posteriormente presenta hipotensión arterial y bradicardia sinusal, coincidiendo con la hipotermia. Inestabilidad hemodinámica que se trata con perfusión continua de inotrópicos (dopamina) para mantener PA media en rango de 85-95 mm Hg.

Monitorización del índice bispectral (BIS) para evaluar el nivel de sedación y la actividad cerebral del paciente, manteniéndose durante la hipotermia en torno a ± 50 con un índice de saturación de calidad del 100% y un electromiograma de 28-35.





Se mantuvo hipotermia terapéutica durante 24 horas; el recalentamiento se realizó de forma pasiva retirando la manta de hipotermia. A las dos horas de retirarla se alcanzó una temperatura de 35°, momento en el que se suspendió la perfusión de miorelajantes y al llegar a 36° las de benzodiazepinas y opiáceos.

Cuatro horas después de suspender la sedo-relajación abre los ojos de manera espontánea y a la llamada. Reacciona al dolor y presenta movimientos coordinados de las cuatro extremidades. Tendencia al sueño.

Pasadas catorce horas desde la retirada de la sedación el paciente se despierta, permanece tranquilo, obedece órdenes sencillas y moviliza las cuatro extremidades.

Se intentó modificar los parámetros del respirador para conseguir la retirada de la ventilación mecánica, pero debido a su estado neurológico de tendencia al sueño y aunque tenía buena dinámica respiratoria fue preciso reconectar.

En la mañana siguiente se retira el apoyo ventilatorio y se procede a su extubación, sin incidencias.

Desde el punto de vista hemodinámico, cursó con HTA precisando nitroglicerina en perfusión continua para su control.

A nivel neurológico, el paciente presentó en los primeros días, ideas desordenadas, amnesia y delirio con posterior mejoría. No se objetivó déficit motor ni focalidad y estuvo orientado en las tres esferas (persona, lugar y tiempo).

La glucemia se mantuvo en todo momento en rangos normales de 120-140 mg/dl.

Como secuelas el paciente refirió dolor generalizado que podía tener relación con el masaje cardíaco y que cedió con paracetamol.

Al sexto día del paro cardíaco recibe el alta a planta de cardiología y al decimosegundo día a su domicilio.

En la ecografía coronaria de control se objetiva una fracción de eyección del 60-65%.

CUIDADOS DEL SÍNDROME POSPARADA

Con la implementación de la cadena de supervivencia se ha conseguido optimizar la respuesta a una parada cardíaca (PC).

Con la ejecución adecuada de los tres primeros eslabones, se ha logrado la recuperación de circulación espontánea (RCE) en un mayor porcentaje de pacientes; a pesar de ello, alrededor del 75% fallecen en el hospital en los primeros días de su ingreso.

La falta de flujo sanguíneo cerebral durante unos pocos minutos y la reperfusión posterior desencadenan la producción de radicales libres y la liberación de numerosos mediadores inflamatorios que conducen a

la lesión cerebral. Como consecuencia de esto se origina el denominado "síndrome posparada (SPP)".

La intensidad y la gravedad de las manifestaciones clínicas guardan proporción directa con el intervalo de paro cardíaco súbito-recuperación de la circulación espontánea (PCS-RCE) y con el tiempo de PCS sin recibir RCP⁶.

En el manejo del SPP nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a la solución de los problemas que lo originan:

- 1º Persistencia de la enfermedad que lo causa.
- 2º El daño cerebral posparada.
- 3º El daño miocárdico, con importante aturdimiento miocárdico y disfunción sistólica y diastólica.
- 4º Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) que produce un cuadro hemodinámico similar al que se observa en la sepsis.

Por lo tanto el protocolo de cuidados posparada debe tener como objetivos, el tratamiento de la causa precipitante y de estos tres subsíndromes. Teniendo en cuenta que cada actuación en un aspecto concreto, puede poner en peligro la recuperación de los otros.

En las recomendaciones del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)⁷ del año 2005 aconsejan una estrategia de soporte hemodinámico guiado por objetivos para el tratamiento de este síndrome, y recientemente se ha demostrado que la implementación de un protocolo estandarizado que incluye hipotermia terapéutica^{8,9}, ICP urgente en los pacientes apropiados, y una optimización hemodinámica guiada por objetivos se aumenta más del doble la supervivencia, comparándola con los datos obtenidos antes de poner en marcha el protocolo¹⁰.

Estos objetivos van dirigidos a:

1. **Conseguir de forma urgente la reperfusión miocárdica** mediante ICP o trombolisis.
2. **Instaurar hipotermia terapéutica** "lo antes posible", monitorizando la temperatura central para mantenerla entre 32-34 grados durante 12-24 horas. El recalentamiento debe realizarse a una velocidad de 0,25-0,5°C por hora. Se intentará evitar los escalofríos y tiritonas, ya que aumentan el consumo de oxígeno y la temperatura, por lo que será necesario el uso de sedación y relajación.
3. **Mantener una SpO₂ entre 94-96%**. La hiperventilación y la hipocapnia pueden producir isquemia y vasoconstricción cerebral, y la hipoventilación produce hipoxia e hipercapnia pudiendo aumentar la presión intracraneal.
4. **Conservar glucemia entre 100-180 mg/100ml**. La hipoglucemia es lesiva para el cerebro y la hiperglucemia empeora la recuperación neurológica.



5. **Frecuencias cardiacas 40-100 lpm.** La bradicardia que se produce durante la hipotermia es bien tolerada en general por estos pacientes ya que disminuye el consumo de oxígeno miocárdico.
6. **Mantener una presión media 80-100 mm Hg.** La hipotensión puede ocasionar hipoperfusión cerebral y la hipertensión puede producir hiperemia y aumento de la presión intracraneal (PIC).
7. **Presión venosa central (PVC) de 8-12 mm Hg.** Gran parte de los pacientes que recuperan la circulación espontánea presentan un shock vasomotor precisando infusión de volumen y en muchas ocasiones agentes vasoactivos para contrarrestar esta situación. Así mismo, PVC altas pueden ocasionar edema pulmonar.
8. **Sedación y bloqueo muscular.** A los pacientes a los que se les realiza hipotermia terapéutica se les debe mantener con sedación óptima e incluso relajación muscular para evitar escalofríos y conseguir el objetivo de la temperatura en menos tiempo. La valoración del nivel de sedación se puede realizar mediante la monitorización BIS.
9. **Control y prevención de convulsiones y mioclonías.** Las convulsiones incrementan el metabolismo cerebral y requieren tratamiento inmediato
10. **Evaluación del pronóstico neurológico del síndrome posparada.** La hipotermia puede enmascarar la exploración neurológica o enlentecer el metabolismo de diversos fármacos por lo que hay que retrasarla, aunque aún no está establecido el momento oportuno.
11. **Valoración del estado neurológico de discapacidad.** Mediante las escalas pronósticas de Glasgow, y Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance Categories.

DISCUSIÓN

Representamos en una tabla (tabla1), las recomendaciones de las guías internacionales y los objetivos del síndrome posparada comparándolas con los resultados obtenidos en este paciente. Al observarla se puede comprobar que, en el caso clínico que exponemos, se siguió en todo momento la estrategia de la cadena de supervivencia, consiguiendo los objetivos planteados en el manejo del SPP. Al no romper ningún eslabón el paciente, en el transcurso de 48 horas, pasó de sufrir una muerte súbita a estar consciente, manteniendo buena función cerebral, con puntuaciones en Escala pronóstica de Glasgow: 5 y Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance Categories: 1 (Figura 1).



Figura 1. Cronograma del paro cardíaco.

PC (paro cardíaco), RCPB (reanimación cardiopulmonar básica), RCPA (reanimación cardiopulmonar avanzada), RCE (recuperación de la circulación espontánea), ICP (intervencionismo cardíaco percutáneo), HT (hipotermia terapéutica).

El resultado obtenido puede deberse a la efectividad de la actuación de todos los intervinientes en el proceso, que consiguieron mantener intacta la cadena de supervivencia:

1^{er} Eslabón. La intervención rápida del testigo de la parada con el aviso inmediato **para conseguir ayuda especializada.**

2^o Eslabón. Las maniobras de RCP básicas realizadas con masaje cardíaco mínimamente interrumpida¹¹, **con el objetivo de ganar tiempo.**

3^{er} Eslabón. La desfibrilación precoz, **para reestablecer el ritmo.**

4^o Eslabón. La RCP avanzada rápida hasta **estabilizar al paciente.**

Añadiremos un 5^o eslabón, que como indica Peberdy¹² es el eslabón perdido de la cadena de supervivencia: **los cuidados posreanimación** en el manejo del síndrome posparada, cuyo objetivo no es otro que: **conseguir calidad de vida.**



Recomendaciones de las guías internacionales		Caso Clínico
Prevención del PC		No. No acudió a ningún centro sanitario al comenzar el dolor
Detección precoz del PC		Sí. Paro cardiaco presenciado
Petición de ayuda inmediata		Sí, aviso al 061.
Instrucciones por parte de teleoperadores		Sí. Dieron instrucciones para realizar compresiones torácicas
RCP básica por el primer interviniente		Sí, con compresiones torácicas
Desfibrilación precoz		Ritmo inicial: FV fina. 1ª descarga a los 15 min del PC. (200 Julios). Total descargas: 6
RCP avanzada		Sí. Se realizó RCPA de 30 min. Dispositivo de RCP externo (LUCAS)
Síndrome posparada cardiaca.		Manejo del Síndrome posparada en el caso clínico.
Objetivos		
Intervención coronaria percutánea		Sí. Coronariografía. Colocación de Stent farmacocactivo
Hipotermia terapéutica	Temperatura 32-34°	Sí, durante 24 horas.
	Método	No invasivo: Sistema de agua circulante Invasivo: lavado gástrico y vesical
	Sedación y relajación. Índice bispectral (BIS)	Sí. Benzodiacepinas, opiáceos y miorelajantes. BIS \pm 50
	Efectos secundarios	Bradycardia. Hipotensión
	Recalentamiento	Pasivo
Estrategia ventilatoria. SpO2 94-96		SpO2 98-100
Glucemia 100-180 mg/dl		Glucemia \pm 130 mg/dl
Monitorización cardiaca		Sí. PA invasiva, ECG. Presento arritmias ventriculares
Presión arterial media 80-100		85-95 mm Hg. Preciso administración de dopamina para su estabilización
Presión venosa central 8-12		PVC 14-18 mm Hg. Preciso administración de furosemida
Monitorización hemodinámica avanzada		No preciso
Evaluación pronóstica neurológica posparada.		Glasgow 15
Valoración neurológica pronóstica		Escala pronóstica Glasgow: 5
Glasgow y calidad de vida		Escala Glasgow-Pittsburgh: 1
Secuelas neurológicas		Amnesia los primeros días. Orientado en las tres esferas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Perales Rodríguez, N.; Álvarez Fernández, J.A.; López Messa, J. Introducción y conceptos básicos en resucitación cardiopulmonar. Manual de soporte vital avanzado 4ª ed. Perales Rodríguez, N.; López Messa, J.; Ruano Marco, M. (eds.). Elsevier Masson 2007. Págs: 1-22.
- (2) Pavía, M.C.; Bóbeda, E.; Ezquerro, A.M.; Moreno, G.; Sáenz, E.; San Martín, B.; Suberviola, I. Manual de Reanimación cardiopulmonar Básica Instrumentalizada. Logroño, Riojasalud. 2007.
- (3) Eckstein, M.; Stratton, S.J.; Chan, L.S. Cardiac Arrest Resuscitation. Evaluation in Los Angeles: CARE-LA. Ann Emerg. Med. 2005; 45: 504-9.
- (4) Medical aspects of the persistent vegetative state (2). The Multi-Society Task Force on PVS. N Engl J Med.
- (5) Cummins, R.O.; Ornato, J.P.; Thies, W.H.; Pepe, P.E. Improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. Circulation 1991; 83: 1.832-1.847.
- (6) Martín-Hernández, et al. Manejo del síndrome posparada cardiaca. Med. Intensiva. 2009. Doi: 10.1016/j.medin. 2009.09.001
- (7) Neumar, R.W.; Nolan, J.P.; Adrie, C.; Aibiki, M.; Berg, R.A.; Böttiger, B.W. et al. Post-Cardiac Arrest Syndrome. Epidemiology, Pathophysiology, Treatment, and Prognostication. A Consensus Statement From the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, Australian and New Zealand Council on Resuscitation, European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, Inter-American Heart Foundation, Resuscitation Council of Asia, and the Resuscitation Council of Southern Africa); the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; the Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; the Council on Cardiopulmonary, Perioperative, and Critical Care; the Council on Clinical Cardiology; and the Stroke Council. Circulation published online Oct 23, 2008.
- (8) Nolan, J.P.; Morley, P.T.; Vanden Hoek, T.L.; Hickey, R.W.; Kloeck, W.G.J.; Billi, J. et al. Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest: An Advisory Statement by the Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation 2003; 108: 118-121.
- (9) Castrejón, S.; Cortés, M.; Salto, M.L.; Benítez, L.C.; Rubio, R.; Juárez, M.; López de Sá, E.; Bueno, H.; Sánchez, P.L. y Fernández, F. Mejora del pronóstico tras parada cardiorrespiratoria de causa cardiaca mediante el empleo de hipotermia moderada: comparación con un grupo control. Rev. Esp. Cardiol. 2009; 62(7):733-41.
- (10) Sunde, K.; Pytte, M.; Jacobsen, D. et al. Implementation of a standardized treatment protocol for post resuscitation care after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2007; 73: 29-39.
- (11) SOS-KANTO study group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. Lancet 2007; 369: 920-926.
- (12) Peberdy, M.A.; Kaye, W.; Ornato, J.P. Post-resuscitation care: Is it the missing link in the Chain of Survival? Resuscitation. 2005; 6135-7.



Valoración enfermera y juicio diagnóstico en un caso de trastorno obsesivo compulsivo

Irene Sáenz Quintana (col. nº 1844), Eva María Jiménez Martínez (col. nº 2359)
Carmen Cestafe Martínez (col. nº 1375), Cristina García Martínez (col. nº 3612)

INTRODUCCIÓN

Para aplicar una disciplina científica es necesario hablar de método, refiriéndonos como tal a una forma de pensamiento que se traduce en una manera de actuar común a todas las disciplinas que tienen la categoría de ciencia, orientando así en la adquisición de conocimientos, en su organización y utilización. Trasladándolo a la disciplina enfermera seguir un método es garantizar una adecuada valoración de las necesidades del paciente para asegurar la calidad de los cuidados administrados (1), realizándose en nuestro caso a través del proceso enfermero. La valoración es el primer paso, consiste en recoger datos que clarifiquen la situación y problemas del usuario obteniendo información sobre la persona en su conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales (2). De acuerdo con Suart y Sundeen (3) cuanto más completa sea ésta, más probabilidades tenemos de que sea eficaz el tratamiento. Es por ello que la enfermera en posesión de sus conocimientos y desarrollo de sus habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas puede ser el motor de partida para el desarrollo de un buen plan terapéutico conjuntamente con el resto de los miembros del equipo.

OBJETIVOS

- Promocionar la independencia de la disciplina enfermera así como su aporte al equipo terapéutico de salud mental.
- Resaltar la necesidad de una valoración enfermera como base para el desarrollo efectivo de un plan terapéutico global a través de la exposición de un caso práctico real.

DESARROLLO

A) EXPOSICIÓN DEL CASO

Tercer ingreso hospitalario en la unidad de agudos psiquiátrica del SERIS de una chica de 17 años diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo resistente al tratamiento de forma ambulatoria que ingre-

sa para reajuste del mismo. Blanca, española; natural de Segovia, vive en Logroño desde los 4 años.

Como consecuencia de su patología sufre alteraciones importantes en todas las esferas de su vida, llegando a la invalidación en gran parte de ellas.

Entra en contacto por primera vez con la unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ) en octubre de 2007, a donde fue remitida por su médico de atención primaria por sintomatología ansioso-obsesiva, con personalidad muy dependiente y extrema timidez.

En marzo de 2008 se produce el primer ingreso en nuestra unidad, desde entonces sigue tratamiento intermitente en consulta, teniendo múltiples ingresos en la planta sin éxito mantenido.

El caso de la paciente expuesta tiene una historia de extenso peregrinaje por varias especialidades médicas, múltiples ingresos en nuestra unidad y seguimiento en unidades de salud mental desde hace años; a pesar de ello la paciente no logra mejorar, abandonando responsabilidades propias de su edad declinando en la satisfacción de sus necesidades básicas. Es la obtención de escasos resultados y la necesidad de ordenar toda su biografía, así como la de plasmar las consecuencias de su enfermedad tanto sobre la propia paciente como sobre su familia, lo que nos hace interesarnos en este caso concreto y realizar este trabajo.

En la actualidad ingresa por incumplimiento del plan terapéutico y cuadro de heteroagresividad familiar.

Llega acompañada por sus padres. Se sitúa en la puerta de la habitación, con expresión tensa, dubitativa y ambivalente; le cuesta separarse de ellos.

B) METODOLOGÍA

Recopilación de datos. Fuentes de información

- Historia de la paciente:
 - Informes médicos de MAP.
 - Informes médicos de diferentes especialidades.
 - Informes de psicología.
 - Informes de enfermería.
- Notas evolutivas de diferentes ingresos.



- Valoración médica y de enfermería al ingreso (con patrones funcionales, registro en aplicación informática).
- Entrevista con paciente y familiares.
- Observación y registro durante 10 días de conductas, reacciones a situaciones concretas e incidencias relevantes.

Registro de los datos obtenidos

Utilizamos como estructura los patrones funcionales de M. Gordon (4),

Este formato nos proporciona un marco de referencia para la valoración realizada y emisión posterior de juicios enfermeros (5) que exponemos después de cada uno de los 11 patrones funcionales como etiquetas diagnósticas enfermeras (6), asociando a cada una de ellas sus:

- Características definitorias: claves diagnósticas, claves de soporte.
- Factores etiológicos o relacionados.

Para ello seguimos la última clasificación NANDA (6), añadiendo etiquetas diagnósticas que no aparecen en la obra y que a nuestro juicio diagnóstico son necesarias, apareciendo como "no NANDA".

Desarrollamos el caso dividiéndolo en dos partes:

1. Historia enfermera. Situación al ingreso.
2. Visión global: historia de vida. Análisis por patrones funcionales.

1. HISTORIA ENFERMERA. SITUACIÓN AL INGRESO

Examen físico

Tensión arterial: 100/60. Temperatura: 36.4.

Pulso: 110. Rítmico y fuerte. Respiraciones: 18.

Patrón percepción manejo de la salud

No hábitos tóxicos.

Sobrevaloración de sintomatología.

Somatizaciones frecuentes.

Patrón nutricional-metabólico.

Piel: no lesiones aparentes, no áreas enrojecidas sobre prominencias óseas, buena hidratación.

Mucosa oral: húmeda sin lesiones.

Peso: 57,6 Talla: 1,56 IMC: 23.6

Patrón eliminación

Refiere estreñimiento crónico.

Patrón actividad-ejercicio

Marcha: encorvada.

Postura: ligera inclinación hacia delante, refiere dolores articulares, le cuesta agacharse.

Dispositivos de ayuda: ninguno.

Le falta alguna parte corporal: no.

Capacidad demostrada para:

- Alimentarse: independiente.
- Bañarse: dependiente, en casa le ducha su madre.
- Usar el wc: dependiente, su madre le levanta tapa de wc y le limpia.
- Moverse en la cama: independiente.
- Vestirse: dependiente. Su madre le viste, incluso le pone la ropa interior.
- Arreglo personal: dependiente. Va a la peluquería todas las semanas, nunca se ha lavado ella la cabeza.
- Moverse en general: independiente.
- Cocinar: dependiente. No ha cocinado nunca.
- Hacer las labores domésticas: no participa de ellas ni muestra interés.
- Hacer las compras: solo sale a comprar revistas del corazón y joyas. La ropa se la compra su madre.

Patrón sueño-descanso

Alteración del ciclo vigilia-sueño. No duerme por la noche, lee revistas del corazón.

Duerme por el día hasta las 18 h.

Patrón cognitivo-perceptual

- No presenta alteraciones de los procesos de pensamiento.
- No presenta alteraciones de la percepción.
- No utiliza gafas ni otras prótesis.
- Idioma: castellano.

Patrón auto percepción-auto concepto

Ansiedad por la separación de sus padres.

Mantiene la atención durante la entrevista y el contacto ocular.

Cuenta su biografía sin repercusión emocional manifiesta.

Patrón rol-relaciones

Relación conflictiva en seno familiar, agrade a su padre.



Patrón sexualidad-reproducción

Menarquia a los 12 años, periodo menstrual cada 28 días.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

Baja tolerancia.

Patrón Valores y creencias.

Se desconoce.

2. VISIÓN GLOBAL: HISTORIA DE VIDA. ANÁLISIS POR PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones de nuestra paciente sobre su salud, el manejo general sobre ella y las prácticas preventivas.

La paciente considera su estado de salud malo; siempre dice que está enferma, utilizándolo para conseguir sus fines.

No disfruta de un estado de bienestar.

Se considera dependiente; sobre todo de su madre.

Abandonó los estudios cuando cursaba 2º de la ESO, en octubre de 2007. Desde entonces no acude al Instituto. Dice que no le gusta, que hay gente que no es de su agrado; acaba reconociendo que su problema es no querer separarse de su madre, y que ello es la razón por la que no quiere acudir a clase. No tiene amigos. Su deterioro social es progresivo.

Debido a su psicopatología ha acudido al Servicio de Urgencias, desde finales del año 2008 hasta febrero del 2011, en 17 ocasiones. La mayoría de ellas fruto de la ansiedad sufrida por su patología. Estos son algunos de los motivos por los que acude: ansiedad, inquietud, estreñimiento, astenia, mialgias, síndrome menstrual, palpitaciones, astenia, agresividad (casi siempre dirigida a la madre) en 6 ocasiones.

No tiene hábito de consumo de tóxicos; no fuma, no bebe, ni consume drogas.

Lleva al día el calendario vacunal vigente en nuestra CC.AA.

Se encuentra en estudio y tratamiento por distintas especialidades: Ginecología, Endocrinología y Nutrición, Infecciosas, Traumatología, Psicología y Psiquiatría. La adherencia al tratamiento farmacológico en general es buena, aunque ha habido épocas en las que no ha seguido bien el tratamiento incluso llegando al abandono del mismo. También ha dejado de acudir a consultas establecidas porque no le apetecía. (Un día acudió a Urgencias a

realizarse un ECG porque su MAP le solicitó dicha prueba y, cuando le dieron cita, no le apeteció ir, presentándose al día siguiente en Urgencias para su realización). Después de los ingresos y consultas, siempre ha recibido unas pautas a seguir, que últimamente no ha cumplido, ni tampoco ha realizado los registros solicitados para presentar en las siguientes consultas.

No es alérgica a ninguna sustancia.

Ha tenido 6 ingresos hospitalarios;

1. ORL: 1 ingreso por drenajes simpáticos, adenoides y amígdalas.
2. Infecciosas: 1 ingreso por posible absceso en L4.
3. Hospitalización a Domicilio: 1 ingreso para continuidad de cuidados del ingreso en Infecciosas.
4. Psiquiatría; 3 ingresos. 1º en marzo de 2008 (7 días); 2º ingreso en enero de 2009 (23 días) y 3º ingreso en febrero de 2011.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Manejo inefectivo del régimen terapéutico (régimenes terapéuticos de modificación de conducta).

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Información y observación de que no se han alcanzado unos objetivos de salud determinados (interacción social, terminar sus estudios, disminuir los síntomas ansiosos y somatizaciones, independencia de su madre...).
- No lleva a cabo ninguna acción para incluir el tratamiento (cambio de conducta) en sus actividades habituales.

Claves de soporte:

- Elecciones de la vida diaria inefectivas para alcanzar los objetivos específicos de un plan terapéutico.

Factores etiológicos o relacionados:

- Conflicto familiar. Nula colaboración de la madre, que además fomenta los síntomas.
- Rasgos de personalidad dependientes y manipulativos.
- Enfermedad mental.

Déficit en el manejo de la salud (en observación de síntomas, cuidados de seguimiento de la enfermedad y promoción de la salud).



Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Información y observación de incapacidad para manejar el régimen terapéutico.
- Información y observación de incapacidad para manejar las actividades de promoción de la salud física y mental específicas para el grupo de edad y etapa de desarrollo.

Factores etiológicos o relacionados:

- Determinación perjudicial de prioridades, la paciente antepone el estar con su madre al resto de las actividades cotidianas propias de su edad, así como leer revistas del corazón en vez de libros. Además muestra nulo interés por retomar sus estudios.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas.

También valoraremos posibles problemas en su ingesta.

Determinaremos: características de la piel y mucosas, talla, peso y temperatura.

Durante su ingreso de primeros del año 2009, fue valorada y, posteriormente, seguida en consultas externas por Endocrinología y Nutrición porque comía muy poco y mal. Su peso era de 41.700 Kg., talla de 156 cm; IMC= 17.13, con una pérdida de peso del 9.34%. Fue diagnosticada por este Servicio de Malnutrición severa (CIE: 262). Estuvo en tratamiento con suplementos, hierro y vitaminas, durante casi todo el año 2009.

En el año 2010 había recuperado su peso normal.

En el año 2011, 57.600 Kg. talla: 156 cm. IMC= 23.6.

Come desordenadamente, y sólo lo que le gusta o le apetece.

Muchos días no desayuna porque no se levanta de la cama; en ocasiones acepta que su madre se lo lleve. Si se levanta a las 14 h., come; la mayoría de las veces no se levanta hasta las 18 h. y su madre, también en éstas ocasiones, le lleva la comida a la cama.

Durante su ingreso hemos observado que rechaza la mayoría de los alimentos, siempre con razones como: "no me gusta", "prefiero como lo hace mi madre", "estoy llena y no me apetece"... Luego, en las salidas terapéuticas acude a un establecimiento de batidos naturales y se toma los que le apetecen, o hamburguesas, chucherías, etc.. La familia no co-

labora con nosotros, argumentando que "merece algún capricho por el hecho de estar ingresada".

De todo ello deducimos que la variedad en sus ingestas es muy reducida, la cantidad escasa, excepto de aquello que le gusta o le apetece.

El número de ingestas al día es variable, sin seguir una rutina saludable.

Apenas ingiere líquidos. En el Hospital es necesario obligarle a beber las botellas de agua.

No tiene ningún problema de masticación, ni de deglución. No es portadora de prótesis dentarias. No presenta vómitos. En ocasiones se queja de malestar general, de sensación de plenitud, de falta de ganas...

Piel y mucosas: normales. Con buen color e hidratación. Buena elasticidad. No lesiones.

Temperatura corporal habitual: 36'4 °C.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

(no NANDA) Patrón de alimentación ineficaz

Características definitorias:

- Incapacidad de mantener unos buenos hábitos a la hora de alimentarse: en cuanto a elección de alimentos, horario de las tomas...

Etiología:

- Enfermedad mental.
- Falta de apoyo familiar para cambiar conducta.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Factores de riesgo:

- Hábito de consumo de líquidos insuficientes.

Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo

Características definitorias:

- No toma las comidas cuando se le ofrecen, dice: "no me gusta", "prefiero como lo hace mi madre", "estoy llena y no me apetece".
- Aporte nutricional inadecuado, come selectivamente, siendo frecuente el consumo de batidos y chucherías cuando sale de permiso.
- Declinación cognitiva: falta de concentración, dificultad en el razonamiento y declinación en la realización de operaciones como las multiplicaciones, según informa la profesora del hospital durante sus ingresos.
- Disminución de las habilidades sociales.
- Déficit de autocuidado: dificultad para llevar a cabo tareas sencillas de autocuidado, apatía evidenciada por falta de sentimientos o emo-



ciones observables en términos de actividades normales de la vida diaria y entorno.

- Pérdida de interés por cosas placenteras como los amigos, las aficiones, entretenimientos.
- Apatía, letargo, fatiga.
- Disminución de la motivación para hacer las actividades de la vida diaria.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Mediante la valoración de esta Patrón pretendemos determinar la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel), así como todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción, y características de las excreciones.

La paciente sufre de estreñimiento crónico. Las deposiciones son escasas. Debido a ello, en ocasiones tiene molestias abdominales, ya que pueden pasar varios días sin hacer deposición.

Utiliza medios auxiliares para conseguirlo. Muchas veces su madre le pone un Micralax, (nunca se lo pone ella). Como tratamiento habitual lleva Duphalac (1-1-1).

Como ya se ha dicho no bebe líquidos suficientes y además no realiza ejercicio, lo que agrava el cuadro de estreñimiento.

La frecuencia de la eliminación urinaria es normal / escasa. No presenta ninguna dificultad para su emisión, ni incontinencia.

La sudoración es normal, sin olores.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Estreñimiento

Características definitorias

Claves diagnósticas:

- Patrón de eliminación: disminución de la frecuencia.
- Heces secas y duras.
- Informe de sensación de repleción o presión rectal.

Claves de soporte:

- Esfuerzo excesivo durante la evacuación.

Factores etiológicos o relacionados:

- Actividad física insuficiente.
- Insuficiente aporte de líquidos.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir sus capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios.

Describiremos también las actividades de ocio y recreo.

La paciente presenta falta de energía y disponibilidad para realizar actividades de la vida cotidiana. Son los rituales que realiza, los que ocupan la mayor parte de su tiempo adoptando una conducta evitativa ante cualquier tipo de actividad, justificándolo con sensación de agotamiento e incapacidad.

No realiza ningún ejercicio con regularidad.

Pasa la mayor parte de su tiempo en la cama. Ni siquiera quiere salir de casa porque, al regresar se tiene que someter a rituales de limpieza (por sus ideas de contaminación).

• Independencia para el autocuidado en ALIMENTACIÓN:

- Come sólo si le gusta. No cumple unos horarios reglados porque prefiere estar en la cama, con lo que omite el desayuno y, a veces, la comida si su madre no se lo lleva.
- No prueba las ensaladas, ni las verduras; las legumbres sólo de forma ocasional. La carne la ingiere en muy poca cantidad (coge un trozo, lo mira, lo deja; coge otro, lo prueba, lo deja...). El pescado, dice que es mejor el que le ponen en su casa; en el Hospital tampoco lo prueba. Las frutas muy escasas y, la mayor parte de las veces, de forma casi obligada. Lo único que come mejor son los lácteos, en forma de leche o de yogurt.

• Independencia para el autocuidado en BAÑO:

- Su madre supe las tareas del baño. La baña siempre ella. En el Hospital se le indicó la ducha diaria con establecimiento de tiempos que cumplió. El pelo no se lo sabe lavar, va siempre a la peluquería. En el Hospital lo hace con ayuda parcial todos los sábados.
- Fruto de su patología, cada vez que sale a la calle tiene el pensamiento obsesivo de contaminarse y necesita ducharse cuando llega a casa. Puede estar horas haciéndolo, su madre participa del ritual.

• Independencia para el autocuidado en ASEO:

- Lavado de manos constante, cada vez que toca algo. Llega a tocar las cosas con los codos para evitar lavarse las manos.

• Independencia para el autocuidado en ACICALAMIENTO:



- Es presumida. Convince a su madre para ir a la peluquería porque le gusta más cómo le dejan el pelo.
- Independencia para el autocuidado en WATER:
 - Cada vez que utiliza el water necesita limpiarse con "su" esponja una y otra vez.
- Independencia para el autocuidado en VESTIDO:
 - No decide nunca qué ropa ponerse. Lo decide su madre, y le ayuda a vestirse.
- Independencia para el autocuidado en MOVILIDAD EN CAMA:
 - Pasa mucho tiempo en la cama.
- Independencia para el autocuidado en MOVILIDAD GENERAL:
 - Apenas sale de casa. No acude al Instituto. No realiza deporte.
 - Sale a dar algún paseo corto, va de tiendas y va a un bar de batidos naturales.
- Independencia para el autocuidado en ACTIVIDAD DE OCIO:
 - Permanece en casa casi todo el tiempo con su madre. Ve revistas del corazón (su progenitora le pasa las hojas). Ve la TV (programas de entretenimiento y cotilleo).
 - Cuando sale: paseo, tiendas. Acude a restaurantes a tomar batidos o hamburguesas.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Intolerancia a la actividad

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- La paciente informa de disnea o falta de aliento ante actividades básicas, como vestirse o agacharse.
- Informa de fatiga ante el mínimo esfuerzo.
- Cambios de la frecuencia cardíaca. Taquicardia frecuente. Demanda cada vez que le ocurre hacerse un ECG.
- Debilidad muscular, malestar, dolor ante actividades que requieren mínimo gasto energético.

(no NANDA) claves de soporte:

- Aumento de los requerimientos de descanso, interrumpiendo actividades iniciadas básicas (vestirse, asearse, dar un paseo...) en numerosas ocasiones.

- Aumento de las quejas físicas.

(no NANDA) factores etiológicos o relacionados:

- Enfermedad mental.
- Inadecuado control de la ansiedad.

Déficit de actividades recreativas

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Informes por parte de la familia de aumento de encamamiento durante el día.

Claves de soporte:

- Afirmaciones de que no puede realizar sus actividades o aficiones habituales, además de no cumplir con sus deberes, como ir al colegio o a seguimiento de consultas médicas.
- Informes de paciente y padres de realización de actividades de ocio no propias de su edad (lee revistas del corazón, o sale de compras solo con su madre).

Factores etiológicos o relacionados:

- Apatía.
- Aislamiento.

Déficit de autocuidado: baño/higiene

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Incapacidad de lavarse varias partes corporales con una secuencia de tiempo normal, sus rituales hacen que con solo una parte del cuerpo, por ejemplo un brazo, esté unos diez minutos.
- Rituales de limpieza frecuentes para evitar contaminación en forma de lavado de manos extenso en frecuencia y tiempo a lo largo del día.
- Deterioro de la habilidad para obtener agua, dentro de sus rituales se encuentra abrir el grifo en numerosas ocasiones.
- Deterioro de la habilidad para uso de enseres de aseo, solo puede utilizar una esponja determinada.
- Incapacidad de orinar siguiendo una forma normal, no se apoya en wc y después se tiene que limpiar la zona con su esponja en repetidas ocasiones.

Factores etiológicos o relacionados:

- Enfermedad mental: trastorno obsesivo-compulsivo.



Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Incapacidad para elegir la ropa.
- Incapacidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo.
- Incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.
- Incapacidad para ponerse los calcetines.
- Incapacidad para ponerse los zapatos.

Claves de soporte:

- Permanece quieta delante del armario mirando la ropa durante varios minutos hasta que otra persona (su madre o personal sanitario) elige la ropa por ella.
- Interrupción del proceso en numerosas ocasiones "dándose aire con la mano" para paliar los sofocos.
- Interrupción del proceso en numerosas ocasiones permaneciendo inmóvil durante unos minutos.
- Cuando ha terminado de ponerse una prenda superior o inferior, vuelve a quitársela, comenzando nuevamente el proceso.

Factores etiológicos o relacionados:

- Fatiga.
- Enfermedad mental: Trastorno obsesivo compulsivo.

Déficit de autocuidado: uso de wc

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación.
- Incapacidad para sentarse en el inodoro.

Claves de soporte:

- Dependencia de la madre para la higiene íntima.
- Hace mención de sentarse en numerosas ocasiones, consiguiéndolo finalmente cuando alguien se lo ordena.
- Ansiedad manifiesta.

Factores etiológicos o relacionados:

- Vínculo patológico con la madre.
- TOC.

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres para lograrlo.

Retrasa la hora de acostarse debido, la mayoría de las veces, a la realización de rituales de limpieza repetitivos, en los que su madre tiene que estar con ella y participar activamente en el ritual ya que la suplanta en tareas de limpieza (la lava, la seca...) A veces pueden estar hasta las 4 de la madrugada en el baño.

Se despierta a lo largo de la noche con frecuencia. Necesita dormir con su madre. Ha desplazado a su padre de la cama, incluso del dormitorio. Duerme con su madre desde que nació; su padre ocupa otra habitación.

Se levanta cansada, apática, sin ganas de hacer nada.

Tiene que tomar un inductor del sueño para dormir.

Se duerme de madrugada y prolonga el sueño durante la mañana.

En casa viven ella y sus padres; no hay nadie que pueda perturbar su descanso nocturno, ni diurno.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Retraso en conciliar el sueño.

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Informes familiares a cerca de problemas de conciliación de sueño debido a la realización de rituales de limpieza hasta las 4 de la madrugada.

Claves de soporte:

- Cambio del ciclo del sueño, duerme de 5 a 6 horas por la mañana.

Factores etiológicos o relacionados:

- TOC.
- Síntomas reforzados por parte de su madre.

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir sus capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

La paciente no tiene dificultades para oír o ver por lo que no utiliza ninguna clase de dispositivo de corrección con estos fines.

No tiene ninguna alteración en los sentidos.

Debido a que ocupa gran parte del día centrada en la realización de sus rituales obsesivos de lim-



pieza tales como duchas continuas, aseo de sus zonas íntimas, lavado de cara y dientes... tiene gran dificultad de concentrarse en aspectos de la vida cotidiana ya que su día a día se reduce a estar en la cama, levantarse tarde, leer revistas y ver la TV.

Se observa cómo la niña se inhibe en el momento de la toma de decisiones, manifestada en la indecisión por ejemplo a la hora de vestirse (mete y saca la pierna del pantalón en numerosas ocasiones, se introduce la camiseta interior por dentro del pantalón repetidamente para posteriormente sacarla fuera de él) a la hora de comer (no sabe por donde empezar, se mete a la boca trozos que después escupe y coge otros...).

Del mismo modo analizamos una gran desilusión por parte de la paciente estando descentrada en la consecución de sus metas futuras, y por consiguiente no muestra interés, teniendo una actitud negativa a la hora de conseguir algún objetivo.

A raíz de una conversación con la profesora de la escuela del hospital, a la que ha estado acudiendo desde que comienza el ingreso, ésta nos manifiesta la dificultad que percibe a la hora de realizar operaciones como multiplicar, dividir... objetivamos que el nivel de aprendizaje de la paciente no es adecuada a su edad y presenta menor capacidad para adquirir aprendizajes que el resto de los niños.

En cuanto a los dolores físicos manifiesta continuas quejas somáticas de dolores articulares, abdominales, palpitations severas... A consecuencia de que la madre padeció cáncer de colon, la paciente manifiesta verbalmente ansiedad y miedo por padecer la misma enfermedad que su madre.

Debido a que sobrevalora su enfermedad actual, junto con los aspectos citados anteriormente, es incapaz de hacer una vida normal.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Déficit en el automanejo del dolor (crónico)

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Centra la atención en el yo, habla continuamente de sus múltiples quejas somáticas y malestares.

(no NANDA) claves de soporte:

- Sus dolores la delimitan para el desarrollo de actividades cotidianas.

Factores etiológicos o relacionados:

- Conductas manipulativas que las traduce en quejas de dolor para dejar de cumplir sus obligaciones.
- Ansiedad.
- Temor a padecer enfermedades graves como las que ha padecido su madre.

Déficit de atención concentración:

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Incapacidad para atender una tarea durante un periodo prolongado (mas de 15 min).

Claves de soporte:

- Inquietud.
- Ansiedad.

Conflicto de decisiones

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Retraso en la toma de decisiones o vacilación entre opciones alternativas.
- Expresión de incertidumbre sobre las elecciones.
- Expresión de sentimientos de distrés mientras intenta tomar una decisión.
- Signos físicos de distrés o tensión (aumento de la frecuencia cardiaca, de tensión muscular, en ocasiones presencia de agitación).

Claves de soporte:

- Manifestación verbal de desacuerdo ante las pautas conductuales expuestas para su recuperación.

Factores etiológicos o relacionados:

- Falta de experiencia con la toma de decisiones, es la familia (principalmente su madre) la que generalmente toma las decisiones por ella.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía.

A la hora de describirse a ella misma se observa que tiene conciencia del vínculo de dependencia mutua existente entre ella y su madre, pero niega que dicha relación sea perjudicial para ninguna de ellas. Así como el resto de las actitudes arraigadas que muestra, las percibe como adecuadas a pesar



de no serlo. Por ejemplo cuando ocurren las agresiones no muestra culpabilidad y, posteriormente solo hace una ligera crítica acompañada de una justificación basada en que no controla sus actos.

En mayo de 2009 comienza con una importante restricción alimenticia que no sabe a que atribuir si a la falta de apetito, al llenado precoz...

Actualmente presenta normopeso.

Manifiesta ansiedad bastante frecuentemente sobre todo ante la separación de sus padres, viéndose más afectada cuando esta separación ocurre con su madre. Ante esta situación ella responde mediante múltiples quejas somáticas y rabietas a fin de conseguir que no se produzca, manipulando así a sus padres. No acepta ningún límite que ellos le pongan y cuando lo hacen, ella reacciona mediante una gran agitación, ansiedad, incluso llegando a las hetero y autoagresiones.

Cuando algún acontecimiento negativo le sucede reacciona con periodos de gran desesperanza, tristeza y dolor interno.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Ansiedad

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Informa que se siente ansiosa, aprensiva, tensa, atemorizada, preocupada, temerosa.
- Tensión facial.
- Falta de concentración.
- Respuesta simpática (aumenta de la frecuencia cardiaca y respiratoria, dilatación pupilar).

Claves de soporte:

- Centrar la atención en el yo.

Factores etiológicos o relacionados:

- Inadecuado afrontamiento del tratamiento terapéutico.

Riesgo de suicidio

Factores de riesgo:

Claves conductuales:

- Historia de intentos previos de suicidio.
- Impulsividad.

Situacionales:

- Pérdida de autonomía.

Psicológicos:

- Enfermedad mental.

Sociales:

- Alteración de la vida familiar, donde se dan fuertes discusiones. La paciente no acepta límites y en respuesta a ello existen informes de hetero y autoagresiones.

Riesgo de agresividad a otros:

Factores de riesgo:

- Historia de violencia contra otros (sus padres).
- Conducta suicida, impulsividad.

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir el papel o rol social que juega el individuo en el seno familiar, laboral etc... así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

La paciente vive con sus padres siendo esta hija única. Como ya hemos manifestado anteriormente, hay un vínculo de dependencia mutua entre la madre e hija que hace que la madre incluso tenga que satisfacer sus necesidades más básicas, viéndose los padres desbordados ante dicha situación.

Abandona los estudios en 2º de la ESO basándose para esta decisión en que hay gente en el colegio que no le gusta, posteriormente modifica la versión justificándose en su miedo al contagio y finalmente admite que no acepta la separación de su madre para ir al colegio.

Vive aislada socialmente ya que no tiene ningún amigo y se relaciona únicamente con sus padres y familiares. Se niega a salir de casa debido a que no acepta separarse de estos .

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Desempeño inefectivo del rol

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Negación del rol propio de su edad.
- Cambio en la autopercepción del rol.

Aislamiento social

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Verbalización de aislamiento de los demás.
- Falta de contacto con las personas significativas o ausencia de éstas.



- Falta o limitación del contacto con la comunidad.
- Pocos contactos con los iguales.

Claves de soporte:

- Apatía.

Factores etiológicos:

- Temor.
- Nula colaboración de la madre para promover la interacción social.

Deterioro de la Interacción Social

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Informes de malestar en situaciones sociales (no pertenece a ningún grupo social propio de su edad, no tiene amigos, no acude al colegio por lo que no tiene grupo de estudios).

Claves de soporte:

- Interacción disfuncional con los iguales y la familia.

Factores etiológicos o relacionados:

- Enfermedad mental.
- Falta de habilidades sociales.
- Nula colaboración por parte de la madre.

Deterioro parental

Características definitorias parentales:

- Vinculación insegura con la paciente.
- Interacción inefectiva entre madre y paciente.
- Incapacidad para reconocer las claves de la paciente y actuar en consecuencia.
- Habilidades para el cuidado inadecuadas: manejo inconsistente de la conducta, cuidados inconsistentes, disposiciones para el cuidado de la paciente inadecuadas, mantenimiento inadecuado de la salud de la paciente.

Características definitorias niña:

- Fallo en el desarrollo.
- Mal desarrollo cognitivo, mal desempeño académico.
- Poca competencia social.
- Trastornos de la conducta, enfermedades frecuentes.

Factores etiológicos o relacionados:

- Sobreimplicación de la madre en la niña.

- Conflicto familiar.
- Falta de cohesión familiar.
- Falta de rol parental adecuado.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, lo relacionado con la reproducción.

La paciente tiene la regla desde los 11 años, no quiere ponerse compresa por que le resulta incómoda, no preocupándole manchar. Su madre es quien le limpia.

Tiene alteraciones en el periodo menstrual ocasionales dependientes de la mala nutrición que lleva en ocasiones.

No ha mantenido relaciones sexuales en ninguna ocasión y tampoco toma métodos anticonceptivos.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

(No NANDA) Riesgo de patrón sexual ineficaz:

Factores etiológicos:

- Aislamiento social.
- Falta de interacción social.
- Enfermedad mental: TOC.
- Vínculo patológico con la madre.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistema de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

La paciente no es capaz de actuar de forma adecuada ante los problemas y actúa con conductas evitativas ante situaciones que le producen estrés o ansiedad.

Se objetiva durante el ingreso que ante los cambios actúa en forma de crisis desmedida por ejemplo cuando le dicen que su abuela se va a ir a vivir con sus tíos reacciona con una gran llorera...

En dos ocasiones ha tomado pastillas con fines autolíticos después de discusiones con sus padres.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Afrontamiento inefectivo



Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- Informes de presencia de estrés.
- Informes de sentimientos de ansiedad, aprensión, temor y cólera.

Claves de soporte:

- Recursos familiares inadecuados.
- Falta de conductas dirigidas al logro de objetivos y resolución de problemas.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Conducta destructiva hacia si mismo u otros.
- Trastornos del sueño.
- Fatiga.

Factores etiológicos o relacionados :

- Inadecuada solución de problemas.
- Déficit de soporte familiar.
- Incapacidad para conservar las energías adaptativas.

Afrontamiento familiar comprometido

Características definitorias:

Claves diagnósticas:

- La familia expresa preocupación sobre la respuesta de la madre de la paciente al problema de salud de la cliente.
- La persona significativa (madre) muestra una conducta protectora desproporcionada (por exceso) a las capacidades de autonomía del cliente.

Factores etiológicos o relacionados:

- Conflictos emocionales.
- Crisis situacionales familiares.

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

Mediante la valoración de este Patrón pretendemos describir los valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo.

No se observa que la religión sea importante en la vida de esta paciente por lo que su estado de salud actual no interfiere en la práctica de actividades religiosas.

Reacciona con miedo y sobre valoración ante la posibilidad de sufrir alguna enfermedad y la muerte, manifestado con continuas quejas somáticas.

PROBLEMAS DETECTADOS SOBRE LOS QUE INTERVENIR.
ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ENFERMERAS

Riesgo de sufrimiento espiritual

Factores de riesgo:

- Ansiedad que consume energía.
- Enfermedad mental.

CONCLUSIONES

En la valoración de un paciente, la filosofía, experiencia y habilidad de la enfermera son determinantes en el tipo de información que se recoge. Durante muchos años el enfoque biomédico ha sido el modelo seguido por las enfermeras, desde esta filosofía nuestra disciplina se veía reducida a recoger datos fisiológicos que después eran utilizados por otros profesionales, olvidando a menudo aspectos psicológicos, socioculturales y espirituales del ser humano.

El enfoque actual de la disciplina enfermera va más allá del enfoque biomédico, adquiriendo un punto de vista holístico, considerando la interacción de todas las dimensiones del individuo para ayudarle a lograr un óptimo nivel de salud de forma integral e individualizada. Por tanto una valoración enfermera es un acto responsable y de una enorme importancia de la que va a depender el éxito del plan terapéutico global.

Después del desarrollo del caso práctico concluimos:

- La obviedad de que la sintomatología derivada de la patología que sufre la paciente, le limita de forma importante en la satisfacción de sus necesidades.
- La gran magnitud que alcanza la interacción disfuncional con la familia, destacando sobre todo el papel obstaculizador de la madre.
- Además hay que destacar que los rasgos de personalidad patológicos de la paciente dificultan en gran medida las intervenciones a seguir.
- Conocemos con más profundidad las áreas de la paciente en las cuales no funciona o lo hace de forma muy limitada, definiendo las causas de ello y la interrelación de los factores etiológicos en los diferentes patrones funcionales.

Por tanto es la disciplina enfermera la que a través de su valoración proporciona una amplia base de datos, frecuentemente interrelacionados en las diferentes áreas del individuo, a partir de los cuales se puede diseñar un plan terapéutico completo y efectivo.



ANEXOS

ANEXO 1



El Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Interpretación.

ANEXO 2

Otras Historias personales

Historia 1

"No podía tocar ninguna puerta o mostrador en áreas públicas. Sabía que no tenía mucho sentido, pero estaba aterrizado de contagiarme de algún germen que pudiese matarme. Casi ni podía ir a lugares públicos, estaba tan asustado. Si pensaba que había tocado algo, tenía que lavarme las manos durante horas. En ocasiones, me lavaba tanto que mi piel se ponía roja y como en carne viva y sangraba".

"Al principio tenía demasiada vergüenza para pedir ayuda, pero un amigo me dijo lo hiciera. Estoy tan feliz de haberlo hecho. Tomé los medicamentos que me dio el médico. Además, en terapia, hablé con un consejero. Aprendí a afrontar mi miedo a los gérmenes y a dejar de lavarme tanto".

Historia 2

"No podía hacer nada sin convertirlo en un ritual. Los rituales invadían cada aspecto de mi vida. Quedaba realmente atrapado contando cosas. Me lavaba el cabello tres veces en lugar de una porque tres era un número de buena suerte y uno no lo era. Me tomaba más tiempo leer porque contaba los renglones de los párrafos. Cuando ponía mi despertador por la noche, tenía que ser en un número que no equivaliese a un número 'malo'".

"Vestirme por la mañana era difícil, porque tenía una rutina, y si no la seguía, me ponía ansioso y tenía que vestirme nuevamente. Siempre me preocupaba que si no hacía algo, mis padres iban a morir. Tenía esos terribles pensamientos de que podía herir a mis padres. Eso era completamente irracional, pero los pensamientos provocaban más ansiedad y más comportamiento absurdo. Debido al tiempo que pasaba haciendo estos rituales, no podía hacer muchas cosas que eran importantes para mí".

"Sabía que los rituales no tenían sentido, y me sentía profundamente avergonzado de ellos, pero parecía que no pudiese superarlos hasta que fui a terapia".

"Cuando Pensamientos Indeseados Toman Control: Trastorno Obsesivo-Compulsivo".

Fuente: National Institute of mental health, disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>.

BIBLIOGRAFÍA

- Almansa Martínez P. Metodología de los cuidados enfermeros. 4 Ed. Murcia: Diego Marín librero editor; 2002.
- Forné Vives J. El proceso de valoración en enfermería de salud mental. *Psiquiatría.com*(2001abr;5(2)). Disponible: <http://www.inter-salud.net/articulos/fornes.htm>
- Stuart GW, Sundeen S.J. *Pocket guide to psychiatric nursing*. St Louis: Mosby; 1995.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero, proceso y aplicación. 3 Ed. Madrid: Mosby/ Doyma libros; 1996.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10 Ed. Madrid: Mosby/ Doyma libros; 2003.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier/ T. Heather Herdman, PhD, RN; 2009.

Cuidados en el otoño de la vida

Diego Caro Gómez (col. nº 2418)
Unidad de Cuidados Paliativos.

1. INTRODUCCIÓN

Con el presente artículo, ponencia del Día Internacional de Enfermería de 2011, celebrado por el Ilstre. Colegio Profesional de Enfermería de La Rioja, presento un caso clínico de un paciente que fue ingresado en la Unidad de Soporte Avanzado en Cuidados Paliativos del Hospital de La Rioja.

De esta manera se describirán todos los procesos enfermeros que se aplicaron al caso con el fin de abarcar la mayor parte de los objetivos que la Organización Mundial de la Salud marca para los enfoques paliativistas.

2. METODOLOGÍA

Desde la perspectiva epistemológica de la Teoría de las Autocuidados y la Teoría de los Sistemas de Enfermería descrita por Dorothea Orem se llevó a cabo el plan de cuidados con el punto de mira del individuo y familia como sujeto de los cuidados, protagonista y partícipe principal de su proceso.

El proceso práctico se sustenta en los objetivos de la O.M.S para los cuidados paliativos y se engrana en las taxonomías NANDA, NIC, NOC así como en la valoración integral mediante patrones de funcionalidad de M. Gordon.

El plan de cuidados se divide en tres fases diferenciadas, en cada fase se describe el proceso enfermero en una tabla que describe el diagnóstico, la intervención utilizada y los resultados conseguidos.

3. PLAN DE CUIDADOS

María Luisa, nuestra paciente, tiene 65 años, dos hijas y es viuda desde hace 8 años. Hace dos años le fue diagnosticado un carcinoma ovárico en grado IV evidenciando metástasis en epiplón mayor. Fue intervenida quirúrgicamente extirpándole ambos ovarios y útero a la vez que reseccionaron parte del epiplón. Fue tratada en el servicio de Oncología recibiendo tratamiento quimioterápico en varias ocasiones, basados en el Taxol hasta hace 2 meses que se comenzó con un nuevo tratamiento quimioterápico. Durante este último tratamiento, María Luisa ha comenzado a expresar deseos de dejar un trascurso natural a su enfermedad describiendo emociones que reflejaban cansancio físico y mental y una aparente desesperanza. María Luisa vive sola en un pueblo. Sus hijas viven en el mismo pueblo y las relaciones familiares son funcionales. Es derivada al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos domiciliarios para conseguir una continuidad de cuidados

más eficiente. Desde su domicilio es derivada de forma programada por el Equipo de Soporte Domiciliario en Cuidados Paliativos a la Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos por el diagnóstico de pseudo obstrucción intestinal. María Luisa ingresa en la unidad con distensión abdominal (líquido intraperitoneal), vómitos incontrolados, dolor intenso abdominal. Su estado general es malo, astenia intensa, palidez, con continua sensación nauseosa, vómitos continuos difíciles de controlar y dolor intenso. Es acompañada por su hija mayor.



*Las edades y la muerte,
Baldung Grien.*

PRIMERA PARTE: EL OTOÑO DE LA VIDA

Dado el estado de la paciente nos entrevistamos con la hija en el momento del ingreso. En la situación actual la paciente mantendrá dieta absoluta con reposición de líquidos por vía parenteral intravenosa. En cuanto a la movilidad, María Luisa se encuentra con intensa sensación de cansancio, con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria como el aseo y el vestido por falta de energía y precisando ayuda para acercarse al baño. Afectivamente presenta síntomas negativos normalizados dentro del contexto situacional. Está consciente, sin ninguna alteración cognitiva. Presenta dolor intenso a nivel abdominal. Su hija nos describe como María Luisa está perdiendo las "ganas de Vivir" desde hace meses cuando encontraron nuevos marcadores de progreso tumoral en peritoneo e hígado.

La hija nos explica cómo su madre conoce la enfermedad como muy grave con un futuro cercano "malo" sin especificar más, también es consciente de la ausencia de posibilidad de curación, hecho que hizo decidir a María Luisa tomar la decisión de marcar un progreso natural a su vida. Su hija se presenta tranquila, sosegada, afrontando de forma efectiva la situación actual. Su actitud para los cuidados de su madre es adecuada. Le preguntamos por su hermana, nos comenta que desde que les informaron de la última recaída y la decisión de María Luisa de no seguir con el tratamiento no "ha levantado cabeza", lo refiere a la falsa creencia de su hermana de que las cosas iban bien tras la intervención quirúrgica y que los resultados de los tratamientos anteriores habían "curado" la enfermedad.



DIAGNÓSTICO (NANDA)	INTERVENCIONES (CIE-NIC)	RESULTADOS (NOC)	Indicador-escala (NOC)
Nauseas	Administración de medicación.	Control de las náuseas y vómitos.	<i>Refiere vómitos controlados: 4 (frecuentemente demostrado).</i>
	Terapia relajación simple.	Nivel de comodidad.	<i>Control del síntoma: 3 (moderadamente satisfecho).</i>
	Mejora del sueño.	Nivel de comodidad.	<i>Bienestar psicológico: 2 (algo satisfecho).</i>
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Administración de medicación.	Hidratación.	<i>Piel tersa, mucosas hidratadas, diuresis: 5 (no comprometido).</i>
	Monitorización de líquidos y electrolitos.		
Riesgo de síndrome de desuso	Manejo de la energía.	Consecuencias de la inmovilidad físico y psicocognitivas.	<i>UPP, retención urinaria, estreñimiento, etc... Alteraciones cognitivas y perceptivas: 5 (ninguna).</i>
	Estimulación cognoscitiva.		
	Fomento de la implicación familiar.		
Déficit de autocuidados: baño, higiene, uso de WC	Ayuda en los autocuidados.	Autocuidados (sistema de cuidados compensatorio total).	<i>Cuidados básicos realizados: 5 Aceptación de la familia: 5</i>
	Fomento de la implicación familiar.		
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	Mantenimiento de la salud bucal.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<i>Características adecuadas de la piel: 5 (no comprometido).</i>
	Fomento de la implicación familiar.		
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Monitorización del riesgo de deterioro de integridad cutánea.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<i>Características adecuadas de la mucosa oral: 5 (no comprometido).</i>
	Manejo de las presiones tisulares.		
	Vigilancia de la piel.		
Dolor crónico	Monitorización del dolor.	Control del dolor.	<i>Refiere dolor controlado: 4 (frecuentemente demostrado).</i>
	Administración de medicación.	Dolor: respuesta psicológica adversa.	<i>Ansiedad, pensamientos pesimistas, desesperanza: 3 (moderado).</i>
	Terapia postural analgésica. Aumento del afrontamiento. Mejora del sueño.		

Mediante estas intervenciones y su evaluación se controlará el síntoma principal, las náuseas, vómitos y el dolor, así como la posibilidad de conformar un significado al proceso vital en busca de nuevos objetivos vitales, como así veremos en la segunda parte.

SEGUNDA PARTE: LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIDA

Tras 7 días la paciente comienza a tolerar alimentos semilíquidos prescindiendo de la reposición de líquidos por vía parenteral intravenosa. En cuanto a la movilidad, María Luisa se encuentra menos asténica, aunque con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria como el aseo y el vestido. Afectivamente se encuentra mejor expresando deseos de vuelta a su hogar, aparenta estar encontrando sig-

nificado al proceso presente, toma decisiones. No existe ninguna alteración cognitiva. El dolor está bien controlado y la sensación nauseosa ha desaparecido. La insistencia de volver a casa es continua insistiendo a las hijas para que consigan sus deseos. Su hija nos explica cómo su madre necesita terminar de arreglar temas pendientes que le ayudaría a llevar mucho mejor este proceso de enfermedad. Las hijas se muestran con predisposición para llevar los cuidados precisos en el hogar. La hija menor, en sus estancias con su madre, es más reservada y ante cualquier necesidad de su madre se muestra muy precipitada y ansiosa. Hay veces que ha realizado demandas de cuidados que María Luisa no reconocía como suyos. Su actitud en los cuidados de su madre son más distantes que la de su hermana, se involucra menos y se muestra más distante a la hora de realizar los cuidados.



DIAGNÓSTICO (NANDA)	INTERVENCIONES (CIE-NIC)	RESULTADOS (NOC)	Indicador-escala (NOC)
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	Facilitar la enseñanza: proceso de enfermedad, cuidados.	Conocimiento del régimen terapéutico.	<i>Descripción del procedimiento trp, funcionamiento de la vía subcutánea, etc...: 4 (sustancial).</i>
	Apoyo en la toma de decisiones.	Resistencia familiar.	<i>Se adaptan a la adversidad: 4 (frecuentemente demostrado).</i>
	Aumento del afrontamiento.	Resistencia familiar.	<i>Expresan confianza en la superación de adversidades: 4 (frecuentemente demostrado).</i>
Intolerancia a la actividad	Potenciación de la autonomía.	Tolerancia a la actividad.	<i>Facilidad para realizar las ABVD: 3 (moderadamente comprometido).</i>
	Manejo de la energía.		
	Manejo ambiental.	Autocuidados.	
	Fomento de la implicación familiar.		
Riesgo de sufrimiento espiritual.	Apoyo en la toma de decisiones	Esperanza.	<i>Expresión de significado de la vida: 3 (a veces demostrado).</i>
	Potenciación del afrontamiento.		
Riesgo de duelo disfuncional (referido a la hija menor de María Luisa)	Monitorización de signos de duelo complicado. Fomento de la implicación familiar.	Afrontamiento de los problemas de la familia.	<i>Afronta los problemas: 3 (a veces demostrado).</i>

Lograda la estabilidad sintomática de María Luisa, ahora el objetivo prioritario de los cuidados de enfermería se sustenta en el derecho de autonomía de la paciente, en el hecho del deseo de regresar a su hogar y terminar con cuestiones pendientes. Esta posibilidad incrementa la calidad de vida de la paciente y dignifica la situación vital. Trabajaremos con la familia para que puedan capacitarse como agentes de cuidados y con la paciente para encontrar la máxima funcionalidad para la consecución de la cotidianidad.

TERCERA PARTE: EL INVIERNO DE LA VIDA. CONSTRUYENDO DIGNIDAD, CONSTRUYENDO LO HUMANO.

María Luisa comienza con dolor irruptivo abdominal y ruidos intestinales de defensa. Aparecen de nuevo la sensación nauseosa y los vómitos incontrolables. El abdomen se distiende de nuevo. Empeora

gradualmente. En las noches María Luisa presenta signos de alteración cognitiva en forma de confusión aguda con repercusión conductual en forma de agitación psicomotriz. Adormilada, con incapacidad para tolerar la vía oral. Encamada y sin fuerzas. María Luisa deja de tener preocupaciones para encontrarse la mayor parte del día postrada en cama. El proceso de morir se hace más explícito. Las necesidades prioritarias ahora se trasladan a la familia, y sobre todo a su hija menor que sigue presentando ansiedad y signos afectivos negativos. El acontecimiento está siendo extremadamente estresante para esta hija. En horas se decidirá instaurar un tratamiento sedativo con las hijas de María Luisa lo que requerirá una adecuada información y comunicación entre el equipo de trabajo y la familia.

El proceso de vida física se acaba, el proceso de morir se presenta de la manera más explícita posible: sintomatología reactiva difícil de controlar con me-



DIAGNÓSTICO (NANDA)	INTERVENCIONES (CIE-NIC)	RESULTADOS (NOC)	Indicador-escala (NOC)
Sufrimiento espiritual	DIGNIFICACIÓN HUMANA DEL PROCESO DE MORIR.	Muerte digna.	En todo el proceso este resultado está presente en todos sus indicadores: 4 (frecuentemente demostrado).
Confusión aguda	Administración de medicación.	Control del síntoma.	Referencias de control de síntomas: 5 (siempre demostrado).
	Monitorización de síntomas de agonía.		
	Manejo ambiental.		
Ansiedad ante el proceso de morir (referido a las hijas de María Luisa)	Dar esperanza.	Salud espiritual. Autocontrol del stress.	Control de la respuesta de ansiedad: 4 (frecuentemente demostrado).
	Fomento de implicación familiar.		
	Monitorización de signos afectivos disfuncionales.		

dios paliativos. Es necesaria una sedación farmacológica para encontrar la "Vida" en la propia "Muerte", para que la situación de existencialidad sea "Digna". Ahora, la familia es un elemento prioritario para enfermería. Mantener la calma para conseguir una despedida lo más sosegada posible garantizará un duelo normalizado.

4. CONCLUSIONES

Las condiciones calificables como indignas en que se puede encontrar una persona y su familia en una situación de enfermedad en fase terminal, no se pueden confundir con la pérdida de la dignidad personal.

La consecución de la dignidad humana exige a los enfermeros a moverse en un vaivén reflexivo entre los datos biológicos y los planteamientos antropológicos. Ante la limitación radical de ser humano ante la muerte, los profesionales de enfermería tienen el reto de humanizar el proceso de morir. El cuidar enfermero, en su conocimiento ético-antropológico de los elementos que constituyen la persona humana, preserva y da continuidad a estos elementos sistémicos en situaciones de dependencia singularizándolos y haciéndolos únicos a la propia persona interviniendo en los requisitos de cuidados que el individuo y su familia precisen para conformar la continuidad del individuo como sujeto social.

A todos estos aspectos que constituyen el "arte" del cuidar se unen los aspectos científicos de los cui-

dados de enfermería desarrollados con un método sistemático de valoración, intervención y evaluación expresados en el plan de atención enfermera. Mediante este doble enfoque de la profesión de los cuidados se preserva la calidad de vivir, y también del morir.

Por último, más allá de conceptos simplistas y opuestos que se nos plantean desde otros universos doctrinales (eutanasia vs cuidados paliativos), los enfermeros debemos utilizar todos los esfuerzos científicos en la consecución de la calidad de vida, potenciando la autonomía del paciente, respetando su libertad y fomentando la toma de decisiones, en fin, poniéndonos como reto fundamental la dignidad humana.

5. BIBLIOGRAFIA

- (1) López, M., Santos, S., Várez, S. *Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial*. 2006.
- (2) *Diagnósticos de Enfermería*. NANDA, 2005.
- (3) *Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE-NIC)*, 2004.
- (4) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, 2004.
- (5) *Guía clínica de cuidados paliativos*. Rioja Salud, 2010.
- (6) *Cuidados en el final de la vida*. Jano. Vol. LXV, nº 1.495, 2003.
- (7) Limonero, J. *Síntomas y preocupaciones en enfermos terminales de cáncer*. Tesis doctoral. Barcelona, 1994.
- (8) Torralba y Roselló, F. *Antropología del cuidar*. Barcelona. Institut Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medician.



Unidad de Corta Estancia vs. Hospitalización Convencional del Hospital San Pedro de Logroño

Lidia Baños Aristimuño (col. n° 2966), Carolina Berger Morales (col. n° 2970)
Valvanera Cordon Hurtado (col. n° 3608), Pilar Rubio García (col. n° 2558)
Rebeca Soto Olarte (col. n° 3197), *D.U.E.s del Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro*

AGRADECIMIENTOS

Valentín Lisa, Médico Adjunto del servicio de Urgencias/UCE.

Maite Mazo, Supervisora del Servicio de Urgencias/UCE.

Roberto Pascual, Licenciado en Química.

INTRODUCCIÓN

La UCE la podemos definir como una unidad de hospitalización a corto plazo ($\leq 48-72h$), que permite el manejo de determinadas patologías, antes de tomar una decisión sobre su ingreso definitivo o su alta hospitalaria.

Estas unidades, nacen con la hipótesis de que la eficiencia y calidad de la atención a un paciente que no requiere una estancia prolongada, puede mejorar si es ingresado en una unidad diferenciada, siendo una unidad alternativa de hospitalización, con un papel muy bien definido, dentro de nuestro hospital.

El Hospital San Pedro de Logroño, es un Hospital de Segundo Nivel con 577 camas, que atiende a una población de 321.702 riojanos.

La unidad de Corta Estancia de nuestro Hospital, cuenta ya con doce años de experiencia, estando dotada en la actualidad con 12 camas, teniendo un perfil de paciente determinado, según protocolos establecidos.

Estructuralmente es adyacente al servicio de Urgencias y el personal implicado está adscrito a dicho servicio. Es operativa los 7 días de la semana las 24 horas. Tanto la coordinación, como la decisión de ingreso y seguimiento del paciente en esta unidad, depende en su totalidad del Servicio de Urgencias. Las pruebas diagnósticas son de carácter urgente, lo que hace de ella, una unidad elevadamente dinámica.

En este trabajo, los objetivos planteados son:

- Ver disminuida la Estancia Media del paciente con patología aguda sin complicaciones, que podría beneficiarse de un tratamiento a corto plazo que permitiera posteriormente su control ambulatorio.
- Elaborar protocolos con otras unidades de hospitalización, describiendo de esta forma las características de la actividad asistencial de nuestra UCE, sobre todo, a la hora de encontrarse claramente definido, el criterio de admisión de un paciente en la unidad.

METODOLOGÍA

- **Tipo de diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal.
- **Muestra:** De un total de 97.170 urgencias generales, durante el año 2009, 1.917 pacientes fueron derivados a la UCE. De la totalidad, tomamos una muestra correspondiente a 1.376 individuos.
- **Observadores:** Grupo compuesto por 6 enfermeros y 2 médicos que llevaron a cabo el seguimiento de la historia clínica de dichos pacientes durante su estancia en el hospital.
- **Variables:** Las variables estudiadas fueron "tipo de patología" como *variable cualitativa* y "tiempo de estancia media" (media de días de ingreso) como *variable cuantitativa*.
- **Procedimiento:** Se llevó a cabo el seguimiento de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Corta Estancia hasta su alta hospitalaria, comparándolos con los pacientes ingresados en Hospitalización Convencional que presentaban la misma patología.
- **Análisis de datos:** Se aplicó el paquete estadístico de SPSS en su versión 15, usándose número de casos y porcentajes para las *variables cualitativas* y medias, máximos, mínimos y desviaciones típicas para las *cuantitativas*. Para el análisis inferencial, la comparación entre dos variables cualitativas se realizó mediante la prueba χ^2 de Pearson o exacto de Fisher, y entre las cualitativas y otra cuantitativa mediante la prueba T de Student o ANOVA de un factor. Finalmente hemos realizado un análisis de correlaciones de Pearson para valorar la asociación entre variables cuantitativas.
- **Ámbito de estudio:** Se realizó en el Área de Urgencias generales del Hospital San Pedro de Logroño y Hospitalización Convencional del mismo hospital.

RESULTADOS

De los 1.917 pacientes que fueron ingresados en la UCE en el período de estudio 1.376, con patologías significativas, fueron seleccionados procedentes de diferentes áreas de urgencias (camas, consultas y área de clasificación o triaje) así como de Admisión General para la muestra.

RELACION DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES INGRESADAS EN LA UCE

Mostramos por orden descendente el porcentaje de ingresos en la UCE de las patologías más frecuentes, obteniendo como resultado los siguientes grupos diagnósticos: **problemas respiratorios** 27,70% (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Bronquitis & Asma edad>17 sin CC, Neumonía simple y otros trastornos respiratorios EXC. Bronquitis & Asma con CC mayor, Neumonía simple & Pleuritis edad>17 sin CC, Otros diagnósticos del aparato respiratorio con CC y Otros diagnósticos del aparato respiratorio sin CC), **trastornos digestivos** 17,44% (Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad>17 sin CC, Hemorragia gastrointestinal sin CC, Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad>17 con CC, Esofagitis, Gastroenteritis & Trastornos

digestivos misceláneos edad>17 sin CC y Trastornos del tracto biliar sin CC), **trastornos hematológicos** 17,22% (Trastornos de los hematíes edad>17, Linfoma & Leucemia no aguda con CC y Linfoma & Leucemia no aguda sin CC), **alteraciones cardiológicas** 13,95% (Insuficiencia cardíaca & Shock, Arritmias cardíacas & Trastornos de conducción sin CC, Alteraciones del equilibrio y Síncope & Colapso sin CC), **alteraciones musculoesqueléticas** 9,74% (Conmoción, Lesión intracraneal con coma<1 hora o sin coma edad>17 sin CC, Lumbalgias y Traumatismo de piel, Traumatismo subcutáneo & mama edad>17 sin CC), **trastornos vasculares periféricos** 7,05% (Trastornos vasculares periféricos con CC y Trastornos vasculares periféricos sin CC), **alteraciones del tracto urinario** 4,65% (Infecciones de riñón & Tracto urinario edad>17 sin CC) y **complicaciones del diabético** 2,25% (Diabetes edad>35).

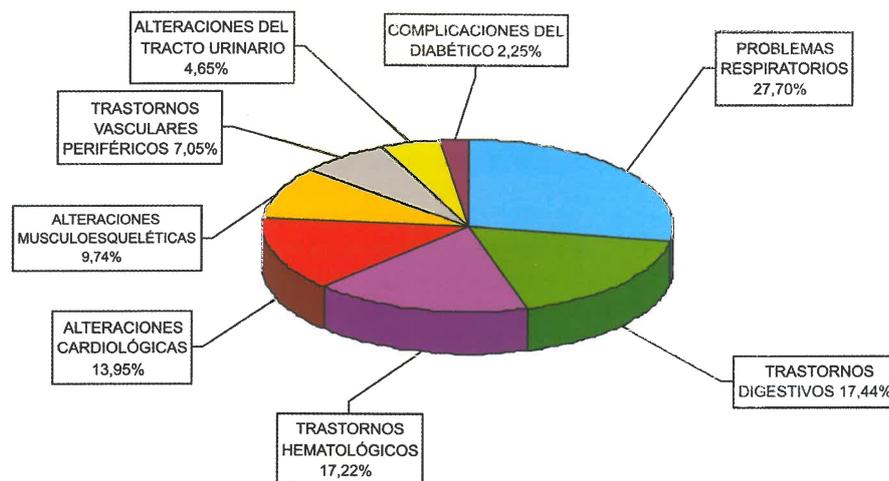


Gráfico 1. Distribución de pacientes ingresados en UCE por patologías (variable cualitativa nominal o policotómica) representativas en 2009. "Diagrama de sectores o de pastel".

Tabla 1. Relación de patologías más frecuentes de ingreso en la Unidad de Corta Estancia (2009)

27,70%	PROBLEMAS RESPIRATORIOS	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Bronquitis & Asma edad >17 sin CC. Neumonía simple y otros trastornos respiratorios EXC. Bronquitis & Asma con CC mayor. Neumonía simple & Pleuritis edad >17 sin CC. Otros diagnósticos del aparato respiratorio con CC. Otros diagnósticos del aparato respiratorio sin CC.
17,44%	TRASTORNOS DIGESTIVOS	Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad >17 sin CC. Hemorragia gastrointestinal sin CC. Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad >17 con CC. Esofagitis, Gastroenteritis & Trastornos digestivos misceláneos edad >17 sin CC. Trastornos del tracto biliar sin CC.
17,22%	TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	Trastornos de los hematíes edad >17. Linfoma & Leucemia no aguda con CC. Linfoma & Leucemia no aguda sin CC.
13,95%	ALTERACIONES CARDIOLÓGICAS	Insuficiencia cardíaca & Shock. Arritmias cardíacas & Trastornos de conducción sin CC. Alteraciones del equilibrio. Síncope & Colapso sin CC.
9,74%	ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	Conmoción, Lesión intracraneal con coma<1 hora o sin coma edad >17 sin CC. Lumbalgias. Traumatismo de piel, Traumatismo subcutáneo & mama edad >17 sin CC.
7,05%	TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS	Trastornos vasculares periféricos con CC. Trastornos vasculares periféricos sin CC.
4,65%	ALTERACIONES DEL TRACTO URINARIO	Infecciones de riñón & Tracto urinario edad >17 sin CC.
2,25%	COMPLICACIONES DEL DIABÉTICO	Diabetes edad >35.



RELACIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (2009) RESPECTO A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (2008)

Al analizar cada una de las patologías más significativas por separado, observamos una tendencia descendente en la estancia media con respecto a días de ingreso de pacientes en la UCE durante el año 2009, en referencia al número de pacientes ingresados en Hospitalización Convencional el año anterior. Se estudiaron las patologías principales mediante los datos facilitados por los servicios de archivo y documentación clínica SELENE del Hospital San Pedro, obteniendo como resultado que la media de días de ingreso no superaban las 72 horas en el servicio de UCE en cualquiera de las patologías estudiadas, mientras que en Hospitalización Convencional igualaban o superaban la semana de ingreso problemas respiratorios (8,46 días), trastornos vasculares periféricos (7,48 días) y complicaciones del paciente diabético mayor de 35 años (6,99 días).

Los cambios más significativos los observamos comparando EM en UCE (2009) con EM en Hospitali-

zación Convencional (2008), en los pacientes ingresados con patologías relacionadas con problemas respiratorios (381 individuos (27,7%), 2,47 días/8,46 días), trastornos hematológicos (237 individuos (17,22%), 0,99 días/6,96 días), trastornos vasculares periféricos (97 individuos (7,05%), 0,99 días/7,48 días), y complicaciones del paciente diabético mayor de 35 años (31 individuos (2,25%), 1,52 días/6,99 días), en los que la diferencia de estancia media en lo que a días de ingreso se refiere, presenta un cambio estadísticamente significativo aproximándose a los siete días.

De igual modo, observamos diferencias en la evolución de días de ingreso durante el período de estudio, en trastornos digestivos (240 individuos (17,44%), 1,76 días/5,30 días), alteraciones cardiológicas (192 individuos (13,95%), 1,45 días/5,08 días), alteraciones musculoesqueléticas (134 individuos (9,74%), 1,52 días/4,64 días) y alteraciones del tracto urinario (64 individuos (4,65%), 2,78 días /5,69 días), resultando un descenso menos significativo pero objetivo de tres días de media en la UCE frente a la Hospitalización Convencional.

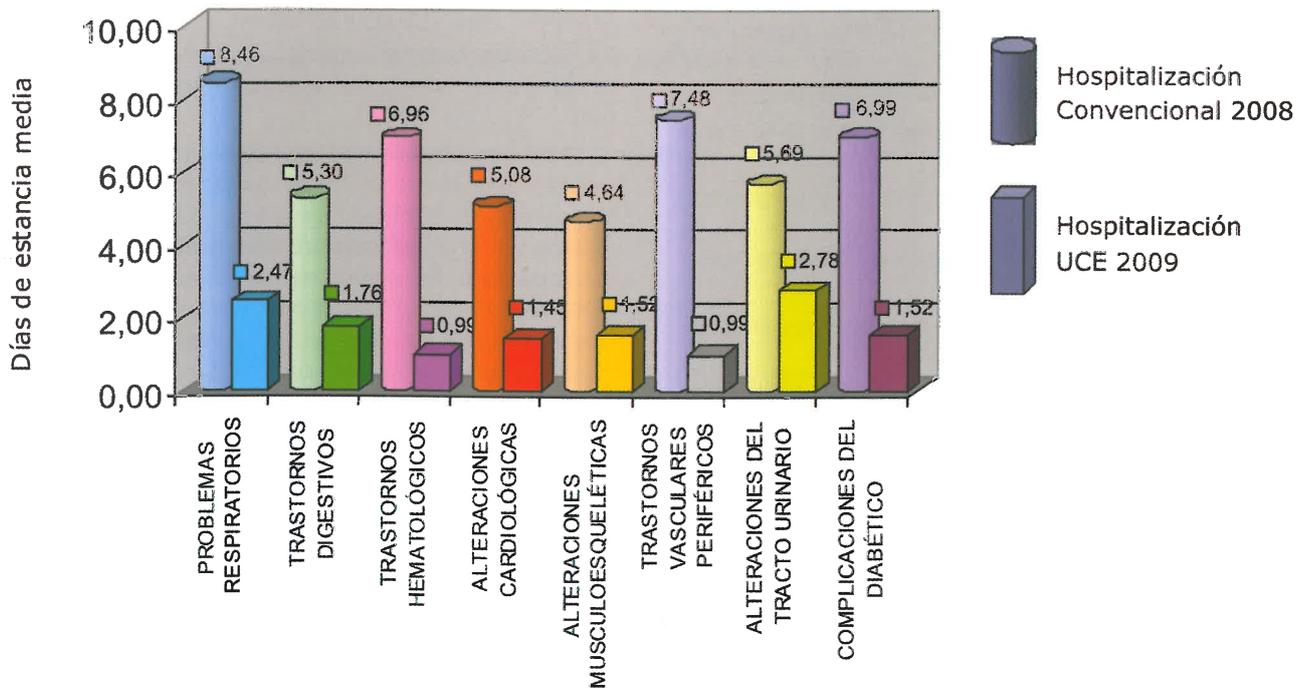


Gráfico 2. Días de ingreso en HC vs UCE (variable cuantitativa discreta). "Diagrama de barras).



Tabla 2. Relación de días de estancia media según patología

	Hospitalización Convencional (2008)	Unidad de Corta Estancia (2009)
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	8,46	2,47
TRASTORNOS DIGESTIVOS	5,30	1,76
TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	6,96	0,99
ALTERACIONES CARDIOLÓGICAS	5,08	1,45
ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	4,64	1,52
TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS	7,48	0,99
ALTERACIONES DEL TRACTO URINARIO	5,69	2,78
COMPLICACIONES DEL DIABÉTICO	6,99	1,52

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UCE. PROTOCOLOS

Durante estos 12 años de experiencia de nuestra Unidad, el perfil de "paciente de UCE", se ha ido adaptando a las nuevas necesidades de salud y gestión hospitalaria, por lo que deducimos que el concepto ha de ser dinámico. Los protocolos a seguir para ello, actualmente son:

- Ingreso de pacientes con Dolor Torácico Agudo No Traumático en la UCE.
- Ingreso de pacientes con Fibrilación Auricular (FA) en la UCE.
- Ingreso de pacientes con diarrea aguda en UCE.
- Ingreso de pacientes con síncope en UCE.
- Vigilancia en UCE de pacientes tras CPRE programado.
- Ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en la UCE.
- Observación de pacientes en UCE tras Arteriografía.
- Observación de pacientes en UCE tras biopsia hepática percutánea.
- Atención extrahospitalaria de pacientes con Trombosis Venosa Profunda (TVP).
- Ingreso de pacientes con insuficiencia cardíaca en la UCE.
- Ingreso de pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad en la Unidad de Corta Estancia (UCE).
- Ingreso de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reagudizada en UCE.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Esta investigación, pretende analizar, cómo se ve disminuida la Estancia Media (EM) del paciente ingre-

sado en UCE, frente a la que hubiese sido su EM en Hospitalización Convencional (HC), sin ver disminuida su calidad asistencial.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que nuestra Unidad representa una "alternativa eficaz" a la HC, ya que consigue disminuir el número de días de EM. Para ello aplicamos "protocolos de ingreso en UCE" (realizados en colaboración con otras unidades) que describen las características de la actividad asistencial de nuestra Unidad. El incumplimiento de ello, vaciaría de contenido el sentido que la Unidad de Corta Estancia tiene.

Conseguimos así, uno de los objetivos planteados al cumplir el "criterio de admisión" previamente definido.

Nos parece de vital importancia y altamente necesario que exista un "perfil de paciente de UCE"; siendo estricto el criterio de admisión, para que esta unidad sea un modelo de alta resolución diagnóstica y terapéutica. Pensamos también, que se disminuye el número de pacientes que son erróneamente diagnosticados por una valoración insuficiente, lo que redundará en reingresos en urgencias y que suelen ser fuente de reclamaciones.

Por último, cabe destacar sus beneficios tanto para el hospital disminuyendo el coste y mejorando la gestión de camas (libera camas en observación de Urgencias y HC), como para el paciente disminuyendo las complicaciones hospitalarias así como el impacto funcional y emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Revista de la SEMES ISSN 1137-6821, Vol. 21 Nº 2 2009, págs. 87-94.
- (2) Anales de Medicina Interna ISSN 0212-7199, Vol.19, Nº 5, Madrid Mayo 2002.
- (3) SELENE. Hospitalización (programa informático). Versión 4.1. La Rioja, 2003.



COLEGIO DE ENFERMERÍA DE LA RIOJA

Plaza Tomás y Valiente, 4 bajo
26004 Logroño (La Rioja)
Teléfono: 941 23 92 40
Fax: 941 23 93 47

HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

De lunes a jueves: de 9 a 14 h. y de 17 a 20 h.

Viernes: de 9 a 14 h.

El Colegio permanecerá cerrado las tardes de los meses de julio, agosto y septiembre y los días 24 y 31 de diciembre y 5 de enero.

El horario especial para las fiestas de San Mateo será de 10 a 12 horas.

Página web: colegioenfermeriarioja.enfermundi.com

e-mail: coleg26@enfermundi.com

e-mail para cursos: cursoslarioja26@enfermundi.com

e.mail para fiesta de Navidad: fiestainfantil26@enfermundi.com

CURSO DE PRESCRIPCIÓN

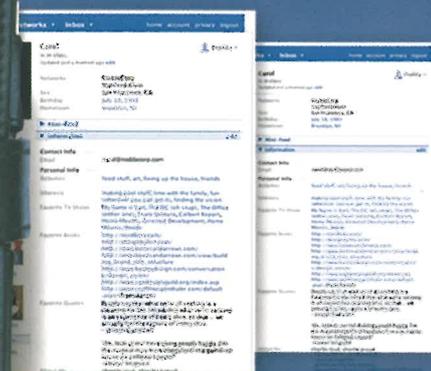
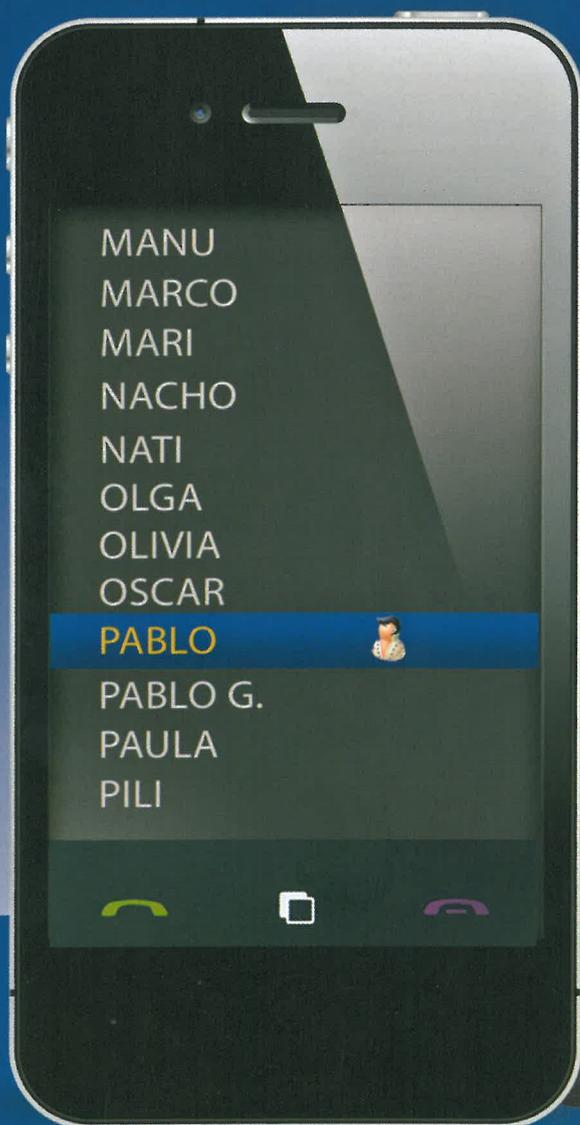
www.e-nursingbestpractices.com

AVISO: Los cursos de prescripción se reanudarán a partir del mes de octubre.

AHORA TU VIDA SOCIAL IMPORTA MÁS QUE NUNCA

Por ser mutualista y traer con nosotros a tu familia, tus compañeros de trabajo...
A.M.A. te descuenta un 10%* en el importe de la renovación de tu póliza.

te descontamos
un **10%**
en el importe de tu póliza



Para más información llama al:
902 30 30 10
o acude a tu oficina más cercana.

- Descuentos por traer nuevos mutualistas que contraten pólizas en los ramos de: Multirriesgo Hogar (ramo 12), Establecimientos Sanitarios (ramo 23), Multirriesgo Farmacia (ramo 24), Automóvil (ramo 30), Responsabilidad Civil Prof. (ramo 52), Resp. Civil Prof. Odontólogos (ramo 55), Resp. Civil Sociedades (ramo 56).
- Descuento de un 10% en póliza de cartera si el nuevo mutualista contrata una póliza del mismo ramo.
- Si existen varias pólizas de un mismo ramo susceptibles de descuento, éste se aplicará sobre la que indique el mutualista.
- Si no indica nada, sobre la más próxima al vencimiento.
- Si se contrata una póliza de un ramo que el mutualista no tiene, el descuento se efectuará sobre la póliza del ramo que tenga contratada con preferencia de la póliza de los ramos de la escala antes señalada.
- Tratamientos de descuento comercial y solo para el primer año.
- El descuento que se contempla es único (ya se traiga uno o varios mutualistas).
- Oferta válida del 14 de marzo al 31 de diciembre de 2011.



www.amaseguros.com