

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Evaluación de las situaciones determinantes de temor en los pacientes pediátricos hospitalizados.

Javier González González.

Factores de Riesgo Cardiovascular en una población urbana, trabajando desde la Educación para la Salud. Estudio descriptivo.

Jesús Juanas Melero, Vergina Nastasie.

Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados. Estudio piloto.

José Carlos Azón Belarre, Sergio Azón Belarre, Begoña Pellicer García, Patricia Berges Usán, Sonia Abadía Labena, Ana Guajardo Iguaz.

Diferencias en la satisfacción de vida entre ancianos diabéticos y no diabéticos de Jaén.

María Rodríguez Mármol, Rafael Muñoz Cruz.

¿Por qué acuden los niños a urgencias?

Sara Agustín Oliva, Andrea Agustín Oliva.

Conocimientos y actitudes sobre Soporte Vital Básico en adolescentes: dos metodologías docentes.

Miriam Rodrigo García, Werner García Real, Silvia Castillo Castillo.

Calidad de vida de los pacientes valorados para trasplante de pulmón.

Tamara Silió García, Carmen Ortego Maté, Paloma Salvadores Fuentes.

Estudio de las complicaciones derivadas de la donación de sangre extraída en unidades móviles. Prueba piloto en Aragón.

Tania Sánchez Guio, David Delgado Sevilla, Bistra Delcheva.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Madre en una residencia de mayores. Sentimientos y emociones de un hijo.

M^a del Rosario Peña Martín, M^a Teresa Boo Bustillo.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Rol del profesional enfermero en el control de la hipertensión arterial en Atención Primaria.

María Sánchez Cueto, Leddy Patricia Vega Suárez.

MISCELÁNEA

Complicaciones en un paciente portador de marcapasos. Intervenciones de enfermería. Caso clínico.

Cristina Escudero Candela.

La hipoacusia infantil. Monografía.

Susana Telechea Díaz.

CARTAS A LA DIRECCIÓN

RESEÑAS

AGENDA



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 3 NÚM. 22 JULIO - OCTUBRE 2017

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

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

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN: ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.

Pol. Ind. de Guarnizo, parcela 4, naves 1 y 2
39611 GUARNIZO (Cantabria)
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66
www.imprentajmartinez.com

**Revista indexada
en la base de datos**



**Inclusión de la
Revista Nuberos en
la base de datos**



Incluida en el Catalogo de Publicaciones Periódicas en
Bibliotecas Nacionales de Ciencias de la Salud **C17**.



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



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

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

La **FECAN** es la fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria. Tiene entre sus fines el desarrollo profesional y científico de la profesión Enfermera, el propiciar la mejora de la calidad asistencial, el fomentar la calidad de vida en salud de los ciudadanos y el promover la participación de la sociedad en el cuidado de la salud.

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

La **FECAN** no se responsabiliza de los contenidos de los manuscritos publicados en esta revista que pudieran violar el derecho de la propiedad intelectual de otros

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

Directora de Aula de Investigación en Cuidados del Colegio de Enfermería de Cantabria. (Cantabria-España)

CONSEJO ASESOR:

Montserrat Cabré i Pairet

Profesora Titular de Historia de la Ciencia.
Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

Rocío Cardeñoso Herrero

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

Mario Corral García

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

Pedro Muñoz Cacho

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

Óscar Pérez González

Sociólogo de Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Fundación Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Javier Velasco Montes

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

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Mª Paz Álvarez García

Graduada en Enfermería. Máster Universitario de Investigación en Cuidados de Salud. Área de Calidad y Seguridad del Paciente. Servicio Cántabro de Salud. (Cantabria-España)

Mª Carmen Aristín Ortega

Diplomada en Enfermería. Formación en investigación y estadística aplicada. Experiencia Investigadora. Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

Montserrat Carrera López

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

Cristina Dimoni PhD, MSc

Head Nurse. Cardiotoracic Surgery Dpt.
University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

Mª Luz Fernández Núñez

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

Ángela Fernández Rodríguez

Graduada en Enfermería. Máster en Investigación en Cuidados de Salud. Instituto Cántabro de Servicios Sociales y Universidad de Cantabria.

Miriam García Martínez

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

Mª Alexandra Gualdrón Romero

Graduada en Enfermería. Máster universitario de Cuidados en Salud. Vocal Del CEI-CEIm de Cantabria. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. (Cantabria-España)

Raquel López Maza

Diplomada en Enfermería. Área de Calidad, Formación, Docencia e Investigación de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares. (Cantabria-España)

David Ramos Sáiz

Graduado en Enfermería. Enfermero Especialista en Geriátrica. Experiencia en Investigación. Unidad asistencial en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

SUMARIO

NUMEROS CIENTÍFICA

es una revista de carácter científico dirigida a profesionales de la Salud, en general.

Su distribución se hace de forma direccionada a todos los colegiados de Cantabria. Además, se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, a los principales hospitales y a diversas instituciones públicas y privadas del ámbito sanitario.

NUMEROS CIENTÍFICA

se reserva todos los derechos de publicación de los trabajos que aparecen publicados, pero permite su reproducción siempre que sea para fines divulgativos, sin ánimo de lucro.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

- 6** EVALUACIÓN DE LAS SITUACIONES DETERMINANTES DE TEMOR EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS
Javier González González
- 13** FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN URBANA, TRABAJANDO DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ESTUDIO DESCRIPTIVO
Jesús Juanas Melero, Vergina Nastasie
- 22** PREVALENCIA DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN POBLACIÓN ANCIANA Y EFECTOS SECUNDARIOS OBSERVADOS. ESTUDIO PILOTO
José Carlos Azón Belarre, Sergio Azón Belarre, Begoña Pellicer García, Patricia Berges Usán, Sonia Abadía Labena, Ana Guajardo Iguaz
- 29** DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN DE VIDA ENTRE ANCIANOS DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS DE JAÉN
María Rodríguez Mármol, Rafael Muñoz Cruz
- 35** ¿POR QUÉ ACUDEN LOS NIÑOS A URGENCIAS?
Sara Agustín Oliva, Andrea Agustín Oliva
- 41** CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADOLESCENTES: DOS METODOLOGÍAS DOCENTES
Miriam Rodrigo García, Werner García Real, Silvia Castillo Castillo
- 48** CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES VALORADOS PARA TRASPLANTE DE PULMÓN
Tamara Silió García, Carmen Ortego Maté, Paloma Salvadores Fuentes
- 54** ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA DONACIÓN DE SANGRE EXTRAÍDA EN UNIDADES MÓVILES. PRUEBA PILOTO EN ARAGÓN
Tania Sánchez Guio, David Delgado Sevilla, Bistra Delcheva

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 59** MADRE EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES. SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DE UN HIJO
M^a del Rosario Peña Martín, M^a Teresa Boo Bustillo

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 65** ROL DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA
María Sánchez Cueto, Leddy Patricia Vega Suárez

MISCELÁNEA

- 71** COMPLICACIONES EN UN PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. CASO CLÍNICO
Cristina Escudero Candela
- 76** LA HIPOACUSIA INFANTIL. MONOGRAFÍA
Susana Telechea Díaz

84 CARTAS A LA DIRECCIÓN

85 RESEÑAS

86 AGENDA

LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA ¿ES IMPORTANTE PARA LA CLÍNICA ENFERMERA?

Desde hace unos años se encuentra en auge la Investigación Cualitativa (IC) en las investigaciones, es por ello, que parece importante explicar en qué consiste este método generador de evidencias científicas heredado de disciplinas como la antropología y las ciencias sociales y basado en el constructivismo como corriente de pensamiento que considera a los seres humanos conocedores de su propia realidad^(1,7).

Esta metodología se basa en el estudio de los fenómenos, procesando todo el entorno que lo rodea en su contexto, así como a la/s persona/s objeto/s de estudio, tratando de esclarecer el por qué de los comportamientos de los individuos que abarcan el campo de investigación^(2,3).

El método referido englobará tanto el lenguaje verbal y no verbal, usando técnicas como entrevistas, grupos focales, observación, ..., entre otras; dónde no solamente se escucha a los participantes de la investigación, sino que, se captarán sus silencios, gestos, etc. Todo ello, ayudará a conocer una realidad distinta de otras personas que tienen unas mismas características y, estos conocimientos, se utilizarán en la asistencia a personas con similares tipologías a sabiendas de que, lo extraído de cada investigación no es extrapolable a otras^(3,4).

Siendo la enfermería una disciplina que basa su hacer diario en el cuidado profesional de las personas, en diferentes contextos (domicilios, hospitales, colegios, comunidades...) y en distintos períodos de su vida (nacimiento, infancia, adolescencia, adultez, senectud) e incluso en diferentes estados de salud-enfermedad o muerte, es primordial saber afrontar las situaciones del cuidar con el máximo respeto a los valores, creencias, pensamiento, religión, costumbres y todo lo intrínseco de las personas, familias y comunidades, en sus respectivos contextos⁽²⁻⁴⁾. Por todo lo anteriormente expuesto, la enfermería necesita de evidencias científicas, que solo serán avaladas a través de estudios de investigación, en este caso, de carácter cualitativo⁽⁵⁾.

Es evidente que las investigaciones tradicionales o de rango cuantitativo, no aportan suficientes conocimientos para llegar a entender los pensamientos, actitudes y creencias de las diferentes personas que se cuidan en todos los ámbitos descritos, es aquí, dónde la IC tiene su campo de actuación y los enfermeros deben emplearla integrando el cuidado holístico de las personas, y de acuerdo a bases científicas⁽²⁻⁵⁾.

Las evidencias científicas que aporta la IC no solo sirven para mejorar los cuidados que la enfermería presta a las personas, sino que, permite evaluar el grado de aceptación en el desarrollo de una nueva práctica clínica o de

una nueva organización en el trabajo, y los resultados proporcionarían información para aceptar o rechazar los cambios propuestos⁽⁶⁾.

En resumen, se puede decir que la IC es propia de la Enfermería que se debe usar tanto para investigar como para aplicar en la clínica el conocimiento que esta aporta. Buscando salir de los espacios de confort apoyados en muchas ocasiones en el "siempre se hizo así" para prestar cuidados profesionales con una visión amplia basada también, en el conocimiento científico que aporta la IC.

"Si no conozco una cosa, la investigaré"

Louis Pasteur (1822-1895).

David Ramos Sáiz y Marta Saiz Echezarreta.

Graduados en Enfermería

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
2. Vanegas BC. La investigación cualitativa: Un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Revista de enfermería Colombiana [Internet] 2011. [acceso 7 de Julio de 2017]; 6(6): 128-142. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036726>.
3. Lillo Crespo M, Vizcaya Moreno F, Domínguez Santamaría JM, Galvo Macho R. Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. Index enferm [Internet] 2004. [acceso 23 Junio de 2017]; 13(44-45). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100010.
4. De la Cuesta Benjumea C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento de enfermería. Texto contexto Enferm [Internet] 2010. [acceso 5 de Julio de 2017]; 19(4): 762-764. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17079/3/de_la_Cuesta_desarrollo_conocimiento_enfermeria.pdf.
5. Malero Lacasia A, García Orallán R. Aportación de la metodología cualitativa en estudios de enfermería sobre la percepción del paciente. Nure Inv [Internet] 2016. [acceso 18 de Julio de 2017]; 13(80). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/issue/view/89>.
6. Carter E, Pallon DJ, Mandel L, Sinnette C, Schuur JD. A qualitative study of factors facilitating clinical nurse engagement in emergency department catheter-associated urinary tract infection prevention. J Nurs Adm [Internet] 2016. [acceso 16 de Julio de 2017]; 46(10): 495-500. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201610000-00004>.
7. Salgado Lévano AC. Investigación Cualitativa: Diseño, evaluación del rigor metodológico y retos. Liber [revista en Internet] 2007. [acceso 9 de Abril 2017]; 13(13). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

P. 6. Evaluación de las situaciones determinantes de temor en los pacientes pediátricos hospitalizados.- Estudio observacional descriptivo que identifica y mide el nivel de temor en diversos procedimientos durante el transcurso del ingreso pediátrico hospitalario. Las circunstancias en las que los niños presentaron mayor grado de temor fueron durante la realización de un procedimiento invasivo y en el momento del ingreso en la unidad. Los resultados indicaron que las manifestaciones de lloros e irritabilidad fueron las más frecuentes.

P. 13. Factores de Riesgo Cardiovascular en una población urbana, trabajando desde la Educación para la Salud. Estudio descriptivo.- Estudio transversal retrospectivo realizado en los Centros de Salud de Boadilla del Monte. Muestra la prevalencia de los distintos FRCV en dicha población y los prioriza en función de los que son potencialmente modificables a través de la Educación para la Salud.

P. 22. Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados.- Estudio descriptivo transversal que determina la prevalencia del consumo de psicofármacos en una muestra de 96 ancianos institucionalizados, y pretende relacionar ese consumo con algunos trastornos orgánicos observados en dicha población. Encuentran relación estadística entre el consumo de psicofármacos y el estreñimiento.

P. 29. Diferencias en la satisfacción de vida entre ancianos diabéticos y no diabéticos de Jaén.- Estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo es analizar la satisfacción de vida en las personas con Diabetes Mellitus (DM) en la ciudad de Jaén. Sus resultados demostraron que la diabetes afecta negativamente a la satisfacción de la vida de los ancianos de la muestra estudiada, especialmente si el tratamiento de esta DM se realiza con insulina.

P. 35. ¿Por qué acuden los niños a urgencias?.- Estudio descriptivo transversal cuyo objetivo es estudiar los motivos de consulta de los niños atendidos en el Servicio de urgencias de un determinado hospital.

P. 41. Conocimientos y actitudes sobre Soporte Vital Básico en adolescentes: dos metodologías docentes.- Se presenta una experiencia formativa en Soporte Vital Básico para población escolar de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria en varios institutos en Cantabria. Los autores han comparado dos estrategias formativas y sus resultados en términos de conocimiento y actitudes.

P. 48. Calidad de vida en los pacientes valorados para trasplante de pulmón.- Estudio observacional descriptivo de la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes incluidos en lista de espera de trasplante pulmonar. Los problemas de movilidad resultaron ser los que mayor repercusión tuvieron sobre la misma.

P. 54. Estudio de las complicaciones derivadas de la donación de sangre extraída en unidades móviles. Prueba piloto en Aragón.- Estudio descriptivo transversal y retrospectivo, sobre las complicaciones durante el proceso de hemodonación y/o recuperación a través de un registro electrónico tipo "Typeform" para su registro y evaluación. Los resultados demuestran que el proceso de donación de sangre es completamente seguro, ya que, la tasa de complicaciones es prácticamente nula.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

P. 59. Madre en una residencia de mayores. Sentimientos y emociones de un hijo.- Esta investigación de carácter cualitativo y utilizando como método el relato biográfico para desarrollar el estudio, expone como vive un hijo el proceso de una enfermedad degenerativa y como son sus sentimientos en el momento del ingreso de su madre en una residencia socio-sanitaria. Como conclusión principal, se destaca que cada persona vive de una manera muy diferente este proceso, dependiendo de cómo son las circunstancias que hacen que se determine ingresar a un ser querido en este tipo de instituciones.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

P. 65. Rol del profesional enfermero en el control de la hipertensión arterial en Atención Primaria.- Se trata de una revisión bibliográfica básica, orientada a la actuación de los enfermeros en el ámbito de Atención Primaria de Salud, que facilita la comprensión de los protocolos existentes y ofrece, también, la posibilidad de ampliar y actualizar conocimientos que, evidentemente, queda verificada en base a la magnitud del problema de la HTA y sus consecuencias traducidas en riesgos cardiovasculares como problema de salud mundial.

MISCELÁNEA

P. 71. Complicaciones en un paciente portador de marcapasos. Intervenciones de enfermería. Caso clínico.- Las alteraciones del ritmo cardiaco que conllevan la implantación de distintos dispositivos de resincronización o marcapasos ocupan un lugar importante en las urgencias de los servicios sanitarios. En el siguiente caso clínico se analizan algunos de los diagnósticos enfermeros relacionados con la implantación de esos dispositivos.

P. 76. La hipoacusia infantil. Monografía.- El presente manuscrito es una revisión bibliográfica sobre la hipoacusia infantil acotado en fechas comprendidas entre 2000-2016. El estudio trata de refundir los últimos hallazgos sobre este tema y lo divide en categorías como concepto, clasificación, factores de riesgo, etapas de cribado, tratamiento y repercusiones. Llegando con ello a una serie de conclusiones favorables a la detección precoz de esta enfermedad.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Evaluación de las situaciones determinantes de temor en los pacientes pediátricos hospitalizados

Autor:

Javier González González

*Grado en Enfermería. Urgencias Pediátricas.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander (España).*

*Dirección para correspondencia:
jggmq@hotmail.com*

Recibido: 24 de enero de 2017
Aceptado: 21 de agosto de 2017

RESUMEN

Un ingreso hospitalario pediátrico supone para el niño y su familia una situación de estrés generando diferentes respuestas humanas. El "Temor" como diagnóstico enfermero se define como la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro aconsejándose su utilización cuando la persona puede identificar claramente la amenaza o la fuente de temor que experimenta.

Los enfermeros deben conocer cuáles son las situaciones y los procedimientos que en mayor grado generan temor, planificando intervenciones correctas que verán facilitados los resultados.

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se midió, mediante indicadores, en las diferentes etapas de desarrollo del niño, el grado de temor en diversos procedimientos y situaciones cotidianas en el transcurso de un ingreso hospitalario.

Las circunstancias en las que los niños presentaron mayor grado de temor fueron la realización de un procedimiento invasivo y el momento del ingreso en la unidad. Los resultados indicaron que las manifestaciones lloros e irritabilidad fueron las más frecuentes.

Palabras clave: temor, niño, hospital

ABSTRACT

Pediatric hospital admission is a stressful situation for child and his/her family, which produces different human responses. "Fear" as a nursing diagnosis is defined as: "Response to perceived threat that is consciously recognized as a danger". Its use is recommended when the person can be clearly identified the threat or the fear source that he/she feels.

Nurses should know what situations and procedures could cause to increase fear. Thus, it should be planned the right interventions in which outcomes are identified.

A descriptive, observational study was carried out in different stages of child's development. Indicators measured the fear level of various procedures and everyday situations during hospitalization.

Circumstances in which children showed the highest levels of fear were such as during invasive procedure and the time of hospital admission. The results showed that the common symptoms were excessive crying and restless or irritability.

Keywords: fear, children, hospital

INTRODUCCIÓN - ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Cuando un ingreso hospitalario irrumpe en la vida de un niño, suceden una serie de acontecimientos cruciales. En el niño, se generan principalmente sentimientos de angustia y estrés⁽¹⁾. En las familias, cambios estructurales (reorganización por cambios de domicilio), económicos (dificultad para conciliar el cuidado del niño con el trabajo), sociales (pérdida o descuido de relaciones personales) y emocionales (aparición de sentimientos de miedo, preocupación, inseguridad y soledad)⁽²⁾. Dependiendo de la manera en la que estos acontecimientos tengan lugar, el ingreso va a tener diferentes repercusiones sobre el niño hospitalizado⁽³⁾.

La hospitalización, por tanto, puede suponer para el niño una brecha en su vida⁽⁴⁾. Los ingresos pediátricos han evolucionado a lo largo de los años consiguiéndose que actualmente se preste una atención integral a los niños hospitalizados, teniendo en cuenta no sólo el componente físico, sino también el psicológico y emocional, que históricamente han sido obviados por los profesionales.

Las nuevas mejoras en la atención al niño hospitalizado, van más allá del trato directo con el paciente incluyendo, por ejemplo, el derecho de los padres a permanecer con sus hijos sin límites de horarios y el proporcionar un espacio para el juego y recreo durante la hospitalización, así como el derecho a la escolarización⁽⁵⁾.

Los niños, a diferencia de los adultos, viven los acontecimientos de manera distinta y el contexto en el que se encuentren va a determinar la manera de afrontar esa experiencia

provocando diferentes niveles de impacto en su vida. Ante un ingreso hospitalario, se adaptan y reaccionan con mayor o menor grado de temor dependiendo de un conjunto de factores personales, como son, la edad, las experiencias previas con la enfermedad y la hospitalización, los conocimientos, la gravedad de la enfermedad y los sistemas de apoyo presentes⁽⁶⁾.

No todas las situaciones o procedimientos que el niño vive durante el ingreso hospitalario generan temor en la misma medida. Además, no todos los niños responden ante dicho diagnóstico enfermero manifestando las mismas respuestas⁽⁷⁾.

El trabajo se plantea bajo la visión del "Temor" como diagnóstico enfermero (Anexo I). Definido este como la respuesta humana a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro⁽⁷⁾.

Se aconseja la utilización de "Temor" cuando la persona puede identificar claramente la amenaza o la fuente de temor que experimenta, debiéndose especificar en la formulación a fin de facilitar la planificación de la actuación, por ejemplo, "Temor a la muerte", "Temor a los cuidados enfermeros". Por el contrario, se desaconseja utilizar este diagnóstico en las crisis de terror o pánico, que requieren un tratamiento en colaboración y cuando la persona desconoce la fuente de la sensación o ésta es inespecífica en cuyo caso estaría más acertada la utilización del diagnóstico "Ansiedad"⁽⁸⁾.

JUSTIFICACIÓN

La actividad clínica desarrollada en una unidad hospitalaria obliga al profesional a observar diariamente cómo los pacientes se

comportan y reaccionan ante determinadas situaciones y procedimientos, habituales en el día a día de un centro sanitario, pero desconocidos por completo por el niño.

Cuando el paciente reduce al máximo su nivel de miedo, además de sentirse mejor, colabora en sus cuidados y en su tratamiento por lo que, consecuentemente, su curación y recuperación será más pronta.

El temor, es una respuesta humana que se observa en un gran número de los pacientes ingresados. Conocer en profundidad este diagnóstico de enfermería posibilita su identificación e incorporación en los planes de cuidados, tanto individuales como estandarizados de los pacientes pediátricos que ingresan en los hospitales.

Los enfermeros deben conocer cuáles son las situaciones y los procedimientos que en mayor grado generan temor en los niños hospitalizados y actuando en consecuencia con la planificación de las intervenciones correctas, se verán facilitados los resultados.

Por otro lado, facilita al profesional reflexionar sobre si el trabajo que se realiza es susceptible de mejora, debido a que es posible que se estuviera llevando a cabo actividades poco efectivas o actividades en unas situaciones equivocadas.

OBJETIVOS

General:

- Estudiar el Diagnóstico de Enfermería "Temor" en las diversas etapas del desarrollo del niño hospitalizado.

Específicos:

- Conocer las manifestaciones del niño en las diferentes etapas y en las diversas situaciones y procedimientos hospitalarios.
- Determinar qué situaciones y procedimientos generan mayor grado de temor.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo con muestreo no probabilístico (a conveniencia) y un análisis posterior de los resultados obtenidos.

El ámbito de estudio ha sido la población pediátrica hospitalizada en la unidad de hospitalización infantil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (España) durante el periodo comprendido entre octubre de 2014 y marzo de 2015.

Los sujetos participantes cumplen el criterio de inclusión, edad comprendida entre 28 días y 12 años de vida, y los criterios de exclusión: dolor crónico, deterioro cognitivo grave, alteración del nivel de conciencia y encontrarse en periodo de sueño.

Se decidió definir las situaciones y los procedimientos que iban a ser evaluados en cada paciente, todas ellos habituales en un ingreso hospitalario pediátrico:

- **Ingreso en la unidad:** momento en el que se recibe al paciente en la unidad sea cual sea la procedencia del mismo. Se valorará cualquier niño que ingrese, independientemente de la especialidad y la procedencia.
- **Entrevista con el niño y su familia en la habitación:** el profesional entra en la habitación del niño para hablar con la familia o el propio niño sobre diferentes aspectos de su cuidado. Es una situación en la que no existe contacto físico

con el niño ni con ningún aparato que sea necesario para su tratamiento.

- **Procedimiento en la habitación sin contacto físico con el niño:** el profesional entra en la habitación del niño y debe manipular algún aparato como la bomba de infusión o el caudalímetro de oxígeno sin tener que tocar al paciente.
- **Procedimiento en la habitación no invasivo con contacto físico con el niño:** procedimiento que requiere contacto físico no doloroso con el paciente como la toma de las constantes vitales.
- **Procedimiento invasivo con contacto físico con el niño:** se produce contacto físico entre profesional y paciente llevándose a cabo un procedimiento invasivo como la canalización de un catéter o la colocación de una sonda.
- **Antes de ir a quirófano:** momento en el que el paciente sale por la puerta de la unidad con destino al quirófano.
- **Antes de ir a una prueba diagnóstica/terapéutica:** momento en el que el paciente sale por la puerta de la unidad para que se realice una prueba.

Por otro lado, se tuvieron en cuenta otras variables: sexo, etapa del desarrollo (lactantes, primera infancia, preescolares y escolares), tipo de patología médica o quirúrgica y existencia de ingresos previos.

Para la obtención de datos, se diseñó una "Hoja de Recogida de Datos" en la que se constataron las variables anteriormente descritas.

Para poder evaluar lo que ocurría en cada una de las situaciones, se utilizaron indicadores del resultado de enfermería (NOC, "nivel del miedo" (Tabla 1) que, se define como gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada, surgida de una fuente identificable, pertenece al dominio "Salud Psicosocial" y a la clase "Bienestar Psicológico".

Cada uno de estos indicadores, fueron puntuados en cada una de las situaciones cuando éstas, se producían por primera vez durante el ingreso de cada sujeto participante.

Se utilizó la "escala n" que clasifica en 5 niveles las diversas situaciones:

- 1- Grave (La conducta a evaluar se presenta en el grado máximo)
- 2- Sustancial (Presenta la conducta de forma notable)
- 3- Moderado (Presenta la conducta en grado medio)
- 4- Leve (Presenta la conducta aunque casi no se percibe)
- 5- Ninguno (No presenta la conducta a evaluar).

Se clasificó con 0 puntos, cuando el indicador no se podía aplicar a esa situación o cuando la situación no ocurría durante ese ingreso por ejemplo, la situación "antes de ir a quirófano" fue de 0 cuando se trataba de una patología no quirúrgica.

Una vez puntuados cada uno de los indicadores (lloros, irritabilidad, conductas de evitación y temor verbalizado) para cada una de las situaciones y procedimientos descritos, se determinaron cuáles de estos indicadores eran los más adecuados para cada etapa del desarrollo, según su prevalencia, no procediéndose a estudiar todos los indicadores para todas las etapas, sino que se elaboró a la siguiente clasificación:

- En los lactantes (1 mes-1 año), se consideran: lloros e irritabilidad.
- En la primera infancia (1-3 años): lloros, irritabilidad y conductas de evitación.
- En los preescolares (3-6 años): lloros, irritabilidad, conductas de evitación y temor verbalizado.

Nivel de miedo (1210)						
Dominio: Salud Psicosocial (III) - Clase: Bienestar Psicológico (M) - Escala (n): Grave hasta ninguno						
Indicadores	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5	No Aplicable (NA)
Lloros (121032)	1	2	3	4	5	0
Irritabilidad (121006)	1	2	3	4	5	0
Conductas de evitación (121030)	1	2	3	4	5	0
Temor Verbalizado (121031)	1	2	3	4	5	0

Tabla 1: Indicadores del NOC Nivel de miedo

- En los escolares (6-12 años): conductas de evitación y temor verbalizado.

Posteriormente, a través del programa informático estadístico SPSS v.20 se obtuvieron la mediana de las puntuaciones de cada uno de los indicadores en cada situación o procedimiento determinándose que puntuaciones menores o iguales a 3 eran significativas e indicaban temor y puntuaciones mayores a 3 indicaban ausencia de temor (Tabla 2).

Etapas de desarrollo	Indicadores a considerar	Puntuación corte nivel de miedo
Lactante de 1 m. a 1 año	Lloros Irritabilidad	Mediana sumatorio indicadores ≤3 puntos
Primera infancia de 1 a 3 años	Lloros Irritabilidad Conductas de evitación	
Preescolar de 3 a 6 años	Lloros Irritabilidad Conductas de evitación Temor verbalizado	
Escolar de 6 a 12 años	Conductas de evitación Temor verbalizado	

Tabla 2: Indicadores según etapa de desarrollo

Etapa del desarrollo		Sexo		Tipo de patología de ingreso		Ingresos previos	
		Niño	Niña	Médica	Quirúrgica	Si	No
Lactancia	19,6%	61,5 %	38,5 %	73,1 %	26,9 %	44,2 %	55,8 %
Primera infancia	40,2%						
Preescolar	15,7%						
Escolar	24,5%						

Tabla 3: Sexo, tipo de patología e historia de ingresos previos

Situación/ Procedimiento	Lactante (n=20)			
	Lloros		Irritabilidad	
	N	%	N	%
Ingreso	10	50	10	50
Entrevista	1	5	1	5
Procedimiento SIN contacto	1	5	0	0
Procedimiento no invasivo	6	30	6	30
Procedimiento invasivo	14	70	13	65
Antes de IQ (n=0)	NA	NA	NA	NA
Antes de prueba (n=2)	0	0	0	0

Tabla 4: Resultados en lactantes

RESULTADOS

Se analizaron un total de 102 casos durante seis meses.

Los resultados de la Tabla 3, indican que el mayor número de ingresos fueron niños con una patología médica que nunca habían sido ingresados y con una edad entre 1 y 3 años.

Las sucesivas tablas indican el número de niños estudiados en cada una de las etapas de desarrollo: Lactantes (n=20), primera infancia (n=41), preescolares (n=16) y escolares (n=25). Así mismo, se expone para cada etapa del desarrollo cuántos de los individuos pertenecientes a esa etapa manifestaron los indicadores seleccionados: lloros e irritabilidad en la lactancia; lloros, irritabilidad y conductas de evitación en la primera infancia; lloros, irritabilidad, conductas de evitación y temor verbalizado en preescolares; conductas de evitación y temor verbalizado en escolares.

Se observa que la mitad de los lactantes estudiados presentaron lloros e irritabilidad al ingreso y un 70% y 65% respectivamente mostraron dichas manifestaciones ante un procedimiento invasivo (Tabla 4).

Primera Infancia (n=41)						
Situación/ Procedimiento	Lloros		Irritabilidad		Conductas evitación	
	N	%	N	%	N	%
Ingreso	17	41,5	17	41,5	10	24,4
Entrevista	3	7,3	4	9,7	2	4,8
Procedimiento SIN contacto	4	9,7	3	7,3	0	0
Procedimiento no invasivo	5	12,2	5	12,2	2	4,9
Procedimiento invasivo	22	53,7	20	48,8	9	21,9
Antes de IQ (n=16)	5	31,2	4	25	2	12,5
Antes de prueba (n=10)	4	40	3	30	1	10

Tabla 5: Resultados en la infancia

Preescolar (n=16)								
Situación/ Procedimiento	Lloros		Irritabilidad		Conductas evitación		Temor verbalizado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ingreso	2	12,5	2	12,5	1	6,3	0	0
Entrevista	1	6,3	1	6,3	1	6,3	0	0
Procedimiento SIN contacto	0	0	0	0	0	0	1	6,3
Procedimiento no invasivo	1	6,3	1	6,3	1	6,3	0	0
Procedimiento invasivo (n=13)	5	38,4	6	46,1	1	7,6	3	23
Antes de IQ (n=5)	0	0	0	0	0	0	1	20
Antes de prueba (n=3)	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 6: Resultados en preescolares

En la primera infancia (Tabla 5), además de los lloros e irritabilidad, las conductas de evitación que manifestaron fueron en el momento del ingreso un 24,4%, antes de un procedimiento invasivo un 21,9% y antes de una intervención quirúrgica un 12,5%.

Cuando se organizaron los datos referidos a la edad preescolar (Tabla 6), se observa que el temor verbalizado no se manifestó en el momento del ingreso y que como en el resto de las etapas si se manifestó ante un procedimiento invasivo y antes de ir a quirófano.

Los escolares (Tabla 7) manifestaron principalmente temor verbalizado en el 50% de los casos antes de una intervención quirúrgica siendo inapreciables otro tipo de manifestaciones indicadoras de temor.

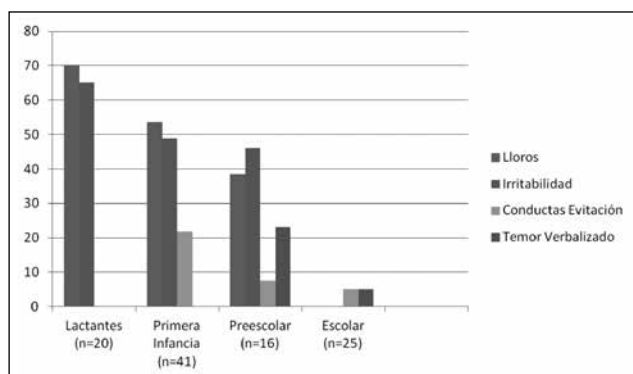


Gráfico 1: Temor ante procedimiento invasivo

Escolar (n=25)				
Situación/ Procedimiento	Conductas evitación		Temor verbalizado	
	N	%	N	%
Ingreso	0	0	1	4
Entrevista	0	0	1	4
Procedimiento SIN contacto	0	0	0	0
Procedimiento no invasivo	0	0	0	0
Procedimiento invasivo (n=20)	3	5	3	5
Antes de IQ (n=2)	0	0	1	50
Antes de prueba (n=11)	0	0	0	0

Tabla 4: Resultados en lactantes

De manera gráfica se observan los porcentajes de las manifestaciones de los niños según la etapa de desarrollo ante un procedimiento invasivo (Gráfico 1), y en el momento del ingreso (Gráfico 2). Se observa cómo según los niños crecen manifiestan en menor medida los indicadores que sugieren temor.

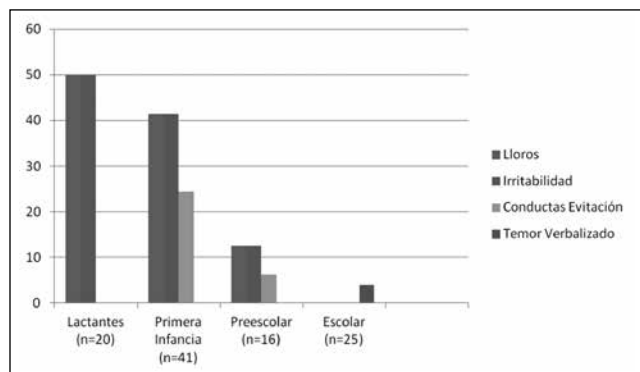


Gráfico 2: Temor durante el momento del ingreso

DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la muestra del estudio, las situaciones en las que los niños presentaron mayor grado de temor fueron la realización de un procedimiento invasivo y el momento del ingreso en la unidad.

Los resultados indicaron que las manifestaciones lloros e irritabilidad fueron las más frecuentes excepto en la etapa escolar que no fueron manifestadas. En la primera infancia, además de lloros e irritabilidad, adquiere importancia conductas de evitación, en los preescolares adquiere importancia, además de lloros, irritabilidad y conductas de evitación, el temor verbalizado y por último, en los escolares únicamente son relevantes las conductas de evitación y el temor verbalizado.

Los profesionales de enfermería deben conocer el diagnóstico enfermero "Temor" para poder utilizarlo en los planes de cuidados de los niños hospitalizados. Es un diagnóstico habitual en la práctica diaria y por ello, es necesario tanto su conocimiento como su difusión.

Además, deben conocer cuáles son las situaciones y procedimientos que en mayor medida generan temor y cómo los pacientes pediátricos lo manifiestan en función de la etapa de desarrollo. De este modo se evita tener pacientes infra diagnosticados o planificar intervenciones que no logran los resultados NOC planificados dado que no se han considerado los indicadores que son relevantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Board R. School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. *Pediatric Nursing*. 2005; 31(3): 166-175.
2. Alves MV, Cordeiro JG, Luppi CH, Nitsche MJ, Olbrich SR. Experience of family members as a result of children's hospitalization at the Intensive Care Unit. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(2): 191-200.
3. Grau C, Fernández M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2010; 33(2): 203-212.
4. Vessey JA. Children's psychological responses to hospitalization. *Annual review of Nursing research*. 2013; 21: 173-201.
5. Gesteira ER, Franco ED, Cabral EM, Braga PP, Ferreira MA. Benefits of children's and juvenile tales to the hospitalized child from the perspective of nursing professionals. 2013; *Journal of Nursing*, 6(10): 2463-2468.
6. Bsiri-Moghaddam K, Basiri-Moghaddam M, Sadeghmoghaddam L, Ahmadi F. The concept of hospitalization of children from the view point of parents and children. *Iran J Pediatr*. 2011; 21(2): 201-208.
7. Herdman TH, Kamitsuru, S. *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación, 2015-2017*. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
8. Luis Rodrigo M.T. *Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

ANEXO I

Diagnóstico de Enfermería "Temor"

Temor (00148)	
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	
Clase 2: Respuestas de afrontamiento	
Características definitorias	
Generales	
Expresa alarma	Expresa intranquilidad
Expresa aprensión	Expresa aumento de la tensión
Expresa sentirse asustado	Expresa inquietud
Expresa reducción de la seguridad en sí mismo	Expresa pánico
Expresa pavor	Expresa terror
Cognitivas	
Disminución de la capacidad de aprendizaje	Disminución de la productividad
Disminución de la capacidad para solucionar problemas	Identifica el objeto de miedo
Los estímulos se consideran una amenaza	

Conductuales	
Conductas de ataque	Aumento de la alerta
Conductas de evitación	Focalización limitada a la fuente de temor
Impulsividad	
Fisiológicas	
Anorexia	Aumento de la presión arterial sistólica
Diarrea	Tirantez muscular
Sequedad bucal	Nauseas
Disnea	Palidez
Fatiga	Dilatación pupilar
Aumento de la transpiración	Vómitos
Aumento del pulso	
Aumento de la frecuencia respiratoria	
Factores relacionados	
Origen innato (ruido, dolor, altura...)	Barreras idiomáticas
Desencadenantes innatos (neurotransmisores)	Respuesta aprendida
Estímulos fóbicos	Falta de familiaridad con las experiencias del entorno
Deterioro sensorial	
Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante	



ATENCIÓN AL COLEGIADO

AULA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

La investigación es una de las competencias propias de la Enfermería profesional. Las razones de su escaso desarrollo son diversas, aunque entre las enfermeras asistenciales se citan con frecuencia el déficit de formación, la falta de tiempo o el escaso reconocimiento y apoyo, según se recoge en la bibliografía consultada.

Este aula, contiene un conjunto de servicios al colegiado como son: la Asesoría de Investigación, la biblioteca, la formación en investigación y la propia revista Nuberos Científica. La Asesoría, se pone a disposición del colegiado para dar respuesta a todas las cuestiones relacionadas con temas con investigación en cuidados de carácter cuantitativo o cualitativo, con el propósito de que los colegiados interesados en investigar puedan realizarlo con rigor metodológico y la evidencia científica necesaria.

La sección está dirigida por Pilar Elena Sinobas Consultas solicitando cita o a través de:

asesoriainvestigacion@enfermeriacantabria.com



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Factores de Riesgo Cardiovascular en una población urbana, trabajando desde la Educación para la Salud. Estudio descriptivo

Autores:

Jesús Juanas Melero⁽¹⁾

Vergina Nastasie⁽²⁾

⁽¹⁾ *Enfermero en el Hospital de Laredo. España.*

⁽²⁾ *Enfermera en Hospital de Cruces. Servicio Vasco de Salud Osakidetza. Baracaldo. España.*

*Dirección para correspondencia:
jesus.juanas.81@gmail.com*

Recibido: 6 de febrero de 2017
Aceptado: 17 de agosto de 2017

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de los FRCV (factores de riesgo cardiovascular) en la población de Boadilla del Monte para priorizar los más prevalentes y aquellos en los que se pueda obtener mayor beneficio mediante su modificación.

Metodología: Estudio epidemiológico descriptivo, transversal y retrospectivo. Muestra de 127 pacientes entre 40 y 65 años. Variables independientes obtenidas según el protocolo de la práctica clínica en la consulta de atención primaria, con antigüedad menor de 2 años; y la variable resultado, RCV (riesgo cardiovascular), calculada para cada individuo a partir de las variables independientes.

Resultados: Se encontraron diferencias en la distribución del nivel del RCV con respecto al género ($p=0,004$), la edad ($p=0,000$), la DM (Diabetes Mellitus) ($p=0,004$), el tabaco ($p=0,001$) y la TAS (tensión arterial sistólica) ($p=0,016$). Se creó un modelo logístico de variables asociadas a la prevalencia de riesgo moderado-alto. A su vez, se hallaron diferencias en la distribución de las variables clínicas y demográficas en la muestra.

Conclusiones: La prevalencia de los factores de RCV no representan a la población estudiada, debido al sesgo en la selección de la muestra. Pero la media elevada del IMC (Índice de masa corporal) se debe tener en cuenta para futuros estudios.

Palabras clave: factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, educación en salud, estilo de vida

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of cardiovascular disease (CVD) risk factors in the population of Boadilla del Monte in order to prioritize the most prevalent risk factors and those where the maximum benefits can be gained through their modification.

Methodology: An epidemiologic transverse, descriptive and retrospective study was designed. The sample included 127 patients between the ages of 40 to 65. Independent variables were collected according to primary health care protocol, which was less than 2 years old. The outcome variable (cardiovascular risk) was calculated for each individual from the independent variables.

Results: There were differences in the level and distribution of cardiovascular risk factors among gender ($p = 0.004$), age ($p = 0.000$), DM ($p = 0.004$), tobacco ($p = 0.001$) and systolic blood pressure ($p = 0.016$). Logistic model of variables associated with moderate-high risk prevalence was created. Moreover, the sample differences were found in both distributions of clinical and demographic variables.

Conclusions: Prevalence cardiovascular risk factors does not represent the population studied, due to selection bias occurred at the stage of recruitment of participants. But a high body mass index (BMI) should be taken into account in future studies.

Keywords: risk factors, cardiovascular diseases, health education, life style

INTRODUCCIÓN

Un FRCV puede ser una característica biológica, o un hábito relacionado con un estilo de vida, que a su vez aumentan la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular en aquellos individuos que lo presentan. Puesto que se trata de una probabilidad, su ausencia no excluye padecer una enfermedad cardiovascular a futuro, y su presencia tampoco implica su aparición⁽¹⁾, pudiendo ser abordados desde la EpS (Educación para la Salud).

Los FRCV pueden ser no modificables (edad, sexo, factores genéticos/historia familiar) o modificables (HTA, tabaquismo, hipercolesterolemia, DM y sobrepeso unido a la inactividad física), siendo estos sobre los que se puede actuar de forma preventiva mediante EpS. Los modificables, también llamados mayores e independientes, tienen una asociación más fuerte con la enfermedad cardiovascular⁽¹⁾.

Las actuales recomendaciones de prevención en Atención Primaria a nivel nacional enfatizan la necesidad de valorar el riesgo multifactorial para ofrecer un consejo preventivo integrado a los individuos. Debido a esto, la estimación del riesgo cardiovascular de una persona nos ayuda a tomar decisiones clínicas sobre las intervenciones necesarias para controlar los FRCV⁽²⁾, usando la tabla SCORE.

No hay que olvidar que los estilos de vida son el conjunto de decisiones que toman las personas acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control, por lo tanto, las decisiones adecuadas y los hábitos saludables pueden favorecer una mejora en su salud⁽³⁾, a su vez, los FRCV influyen en los estilos de vida, puesto que están directamente relacionados con los hábitos, saludables o no, de cada individuo, pudiendo ocasionar las enfermedades cardiovasculares, que son de carácter crónico.

A su vez, la EpS se puede definir como “el proceso de instruir a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y que sean ellos mismos los que quieran mejorarla, de tal manera que desarrollen estrategias de afrontamiento para mejorar su salud, si fuera necesario”⁽³⁾. Mediante la EpS las personas pueden adquirir habilidades, siendo el método educativo más efectivo el método por descubrimiento, que estimula, motiva, aumenta la autoestima y el aprendizaje, siendo más duradero, aunque requiere de más recursos y medios⁽⁴⁾.

La EpS es una herramienta beneficiosa y necesaria, ya que fomenta el debate social frente a un problema de salud y contribuye al cambio en la sociedad, pero si se realiza de forma aislada disminuye su efectividad. Pese a esto, se utiliza como complemento de otras intervenciones, ya que contribuye a potenciar su efectividad⁽⁵⁾, aunque son necesarios cambios legislativos y fiscales para facilitar una vida sana.

La importancia de la EpS es obvia, siendo sus diferentes campos de actuación el objetivo principal para los profesionales sanitarios. Además, las intervenciones comunitarias, la educación a grupos y la EpS en consulta deberían ocupar la mayor parte del tiempo de trabajo, pero para ello se necesita ayuda de las administraciones públicas, convirtiendo el discurso de la prevención y la EpS en una realidad cotidiana de los profesionales de la salud⁽⁶⁾.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En España las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte⁽⁷⁾, representado en conjunto el 30,1 % del total de fallecimientos⁽⁸⁾, pese a que la mayor parte de los FRCV son conocidos y modificables⁽⁹⁾.

El tabaquismo es la primera causa evitable de muerte, y el tabaquismo pasivo la tercera. Por esto, no hay excusa para no intervenir en tabaquismo a pacientes con enfermedades cardiovasculares. Siendo todas las intervenciones coste-efectivas⁽¹⁰⁾.

Se ha mostrado una mayor prevalencia de FRCV en población fumadora, además de numerosas enfermedades cardiovasculares y pulmonares, siendo significativa la mayor frecuencia de antecedentes de infarto de miocardio, enfermedad vascular y EPOC⁽¹¹⁾.

Las intervenciones sobre tabaquismo deben dirigirse, sobre todo, a fumadores con enfermedades cardiovasculares, debido al papel que desempeña como FRCV y la exacerbación de estas enfermedades⁽¹⁰⁾. Desde la consulta de atención primaria, promoviendo activamente intervenciones sobre tabaquismo en fumadores, se podría disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular⁽¹¹⁾, con la ayuda de la EpS.

La obesidad y el sobrepeso, consecuencia de unos estilos de vida determinados, representan uno de los mayores problemas de salud, ya que son factores de riesgo de múltiples enfermedades. Las enfermeras de Atención Primaria tienen un papel fundamental tanto en la prevención de estos problemas como de sus futuras complicaciones, pudiendo utilizar modelos para el cambio de conducta mediante la EpS, siendo necesaria su adopción en los estudios de grado y postgrado⁽¹²⁾.

En un reciente estudio se ha visto que con un ligero aumento en la actividad física, cambiando el estilo de vida, puede reducir el riesgo de muerte entre estudiantes con obesidad⁽¹³⁾.

La prevalencia de obesidad en España se ha duplicado en los últimos 15 años, al mismo tiempo que las calorías diarias de la dieta han aumentado un 25 %. Sin olvidarse que en la encuesta nacional de salud el 39,1 % realizaba ejercicio físico saludable⁽¹⁾. Todo esto representa la relación que existe entre sobrepeso, dieta y ejercicio, relacionados a su vez con el estilo de vida, además de ser FRCV relacionados entre sí.

La presencia de hipertensión y dislipemia son, junto con el tabaco y la DM, los principales FRCV modificables para el padecimiento de enfermedad cardiovascular⁽¹⁴⁾. Teniendo en cuenta que la prevalencia de HTA en población adulta en España es de un 35 %⁽¹⁵⁾, se debe entender la importancia de realizar EpS para controlar el colesterol, disminuir el tabaquismo y aumentar la actividad física mediante cambios en los estilos de vida relacionados.

En un estudio nacional se pudo observar la elevada prevalencia de obesidad, tabaquismo y DM, así como el bajo grado de

detección, tratamiento y control de la HTA y la DM; mostrándose aquellos factores que requieren mayor atención e intervención⁽¹⁶⁾.

A pesar de estos datos conocidos, la EpS que se realiza en España tiene un alcance limitado. No se conoce la experiencia en términos de pacientes informados y su impacto en la vida cotidiana (estilo de vida), ya que lo que se suele conocer es la satisfacción de los participantes de los estudios, que es diferente. A su vez, no se puede olvidar el aumento de las enfermedades crónicas, sobre todo las enfermedades cardiovasculares, y esto hace necesario un cambio en el modelo sanitario para hacer del paciente un agente activo en la gestión de su salud mediante el autocuidado alcanzado con la EpS⁽¹⁷⁾. Unos ejemplos se ven en estudios sobre HTA^(18,19) que llegan a mostrar la utilidad de la EpS para alcanzar su modificación.

JUSTIFICACIÓN

Tras argumentar la importancia de los FRCV parece necesario identificar esos factores en población urbana y su estilo de vida asociado. Del mismo modo no obviar algunos de los de mejor coste-beneficio tal como el tabaquismo.

Este trabajo se centra en planificar EpS individual para estas personas de riesgo, aunque se ha mostrado que la EpS grupal ahorra tiempo⁽²⁰⁾. A través de la EpS individual en consulta de Enfermería se puede responder a pacientes según prioridad de riesgo.

La EpS constituye la estrategia mejor encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales con el fin de modificar conductas de riesgo, como los FRCV, pudiendo adoptar estilos de vida saludables; al mismo tiempo, sirve para que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, a su vez, los profesionales sanitarios deben tener presente que los seres humanos son entidades biológicas y sociales que los profesionales de salud deben considerar de modo integral, como un todo, para el logro de personas y comunidades saludables⁽³⁾.

Por otra parte, la Enfermería debe tener presente el no culpabilizar al paciente y etiquetarlo de "incumplidor", esto significa un profundo desconocimiento del tema⁽²¹⁾.

El compromiso de la Enfermería con los ciudadanos es de fomentar el autocuidado, mejorar la autoeficacia, proporcionar recursos personales para lograr sus propios resultados y otorgarle el papel protagonista para la modificación de su estilo de vida, que les capacite en la necesaria y correcta toma de decisiones para el logro de la adherencia terapéutica⁽²²⁾.

La trascendencia de los FRCV y su relación con los estilos de vida de las personas, la EpS como herramienta adecuada para la modificación de estilos de vida, la atención a las personas como seres integrales y el respeto a sus decisiones personales, justifican este trabajo que pretende realizar propuestas formativas en EpS sobre el tema.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular a través de la tabla SCORE para asociarlos a una EpS adecuada a cada uno de ellos.

Objetivos específicos:

- Identificar aquellos factores de riesgo sobre los que se puede actuar desde la consulta de Enfermería para disminuir el riesgo cardiovascular.
- Priorizar el abordaje de los factores de riesgo cardiovascular en función de su prevalencia.
- Proponer programas de Educación para la Salud a futuro para disminuir la prevalencia de estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, transversal y retrospectivo.

Población de estudio: pacientes atendidos en los Centros de Salud de Boadilla del Monte y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

La localidad de Boadilla del Monte tiene una renta per cápita, a fecha 2012, de 25.003,70 €⁽²³⁾.

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 40 y 65 años, que tengan recogidas en su historia clínica las variables del estudio, con una antigüedad del dato de la variable inferior a 2 años.

Criterios de exclusión: embarazo.

El tamaño muestral fue de 132 personas, para una prevalencia esperada de los factores de riesgo cardiovascular del 50%, un error del 8,5% y con un nivel de confianza del 95 %, según aplicación informática GRAMO.

VARIABLES A ESTUDIO.

Variable de resultado:

- Riesgo cardiovascular (RCV), según tabla SCORE de RCV para España.

Una vez elegidos los sujetos de la muestra, se ha calculado uno a uno el RCV que tenía usando los datos de las variables independientes de cada uno, que luego se ha categorizado en Bajo (< 3%), Moderado (3 y 4%) y Alto (>5%), para intentar hacer más comprensibles los resultados obtenidos.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Género: masculino/femenino.
- Edad.
- HTA. (Si/No)
- DM. (Si/No)
- Tabaquismo. (Si fuma o no fuma)
- TAS (mmHg)
- TAD (mmHg)
- IMC (kg/m²)
- Colesterol total (mg/dl)
- Colesterol HDL (mg/dl)
- Colesterol LDL (mg/dl)

Método de recogida de datos.

Los datos de las diferentes variables han sido obtenidos mediante petición a la Unidad de Apoyo Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid, previa aprobación del proyecto de trabajo por el Comité de Investigación de la Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria, Proyecto 09/2015, y se han extraído de las historias clínicas de los pacientes, recibiendo una

base de datos anonimizada en formato Excel, de la cual se han extraído los datos para el estudio.

Las variables han sido recogidas a partir de la práctica clínica protocolizada de la consulta de Atención primaria.

- Toma de TA, obteniendo la TAS y TAD. Se realiza en consulta, ya sea de enfermería o medicina, programada o a demanda. Se coloca al paciente sentado, con el brazo extendido y apoyado. El paciente suele llevar un tiempo en reposo, sin haber realizado esfuerzo físico reciente. Se suele utilizar esfigmomanómetro manual, aunque también se puede usar digital homologado.
- IMC, que es el peso, en kilogramos, dividido por la estatura, en metros al cuadrado. Se suele pesar al paciente vestido, pudiéndose quitar los zapatos o no, y se le mide con un tallímetro homologado.
- Colesterol total, HDL y LDL; se expresa en mg/dl y se determina mediante análisis en el laboratorio, realizándose la extracción sanguínea con una ayuna previa de al menos 12 horas por parte del paciente.
- Otra variable ha sido obtenida mediante anamnesis en la consulta, como el tabaquismo, preguntándoles directamente a los pacientes si fuman o no y registrándolo en la historia clínica.
- La DM se ha obtenido mediante la comprobación de que el paciente tuviera creado en su historia clínica el correspondiente episodio, que informa que ha sido diagnosticado de estas patologías por el facultativo.

Análisis estadístico.

Para el análisis de las variables cuantitativas se ha empleado la media y su intervalo de confianza (para un nivel de confianza del 95%), mientras que para las variables cualitativas se ha empleado la prevalencia y su intervalo de confianza (95%).

La comparación de las variables cualitativas se realizó con el test de la Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, y para las cuantitativas con la t de Student y ANOVA, previo estudio de la homogeneidad de varianzas.

Para el análisis de las variables cuantitativas (IMC y colesterol), he realizado una categorización a variable cualitativa, con el fin de poder establecer categorías que pudieran hacer más fácil la comprensión de los resultados.

Para estudiar el perfil del caso prevalente de RCV alto-moderado, se ajustó un modelo de regresión logística. Se presentan las razones de ventajas ajustadas y sus IC del 95%, incluyendo variables significativas o biológicamente relevantes.

Para todo este análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS vers.¹⁹.

Aspectos éticos.

En las bases de datos no se incluyó información que pudiera identificar directa o indirectamente a los participantes en el estudio. Con ello, se respetaron las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99). El investigador responsable garantizará la seguridad de las bases de datos, que no podrán ser utilizadas para otro fin que el señalado en el apartado de objetivos específicos.

RESULTADOS

En la Figura 1 se presenta el flujo de selección de pacientes del estudio.

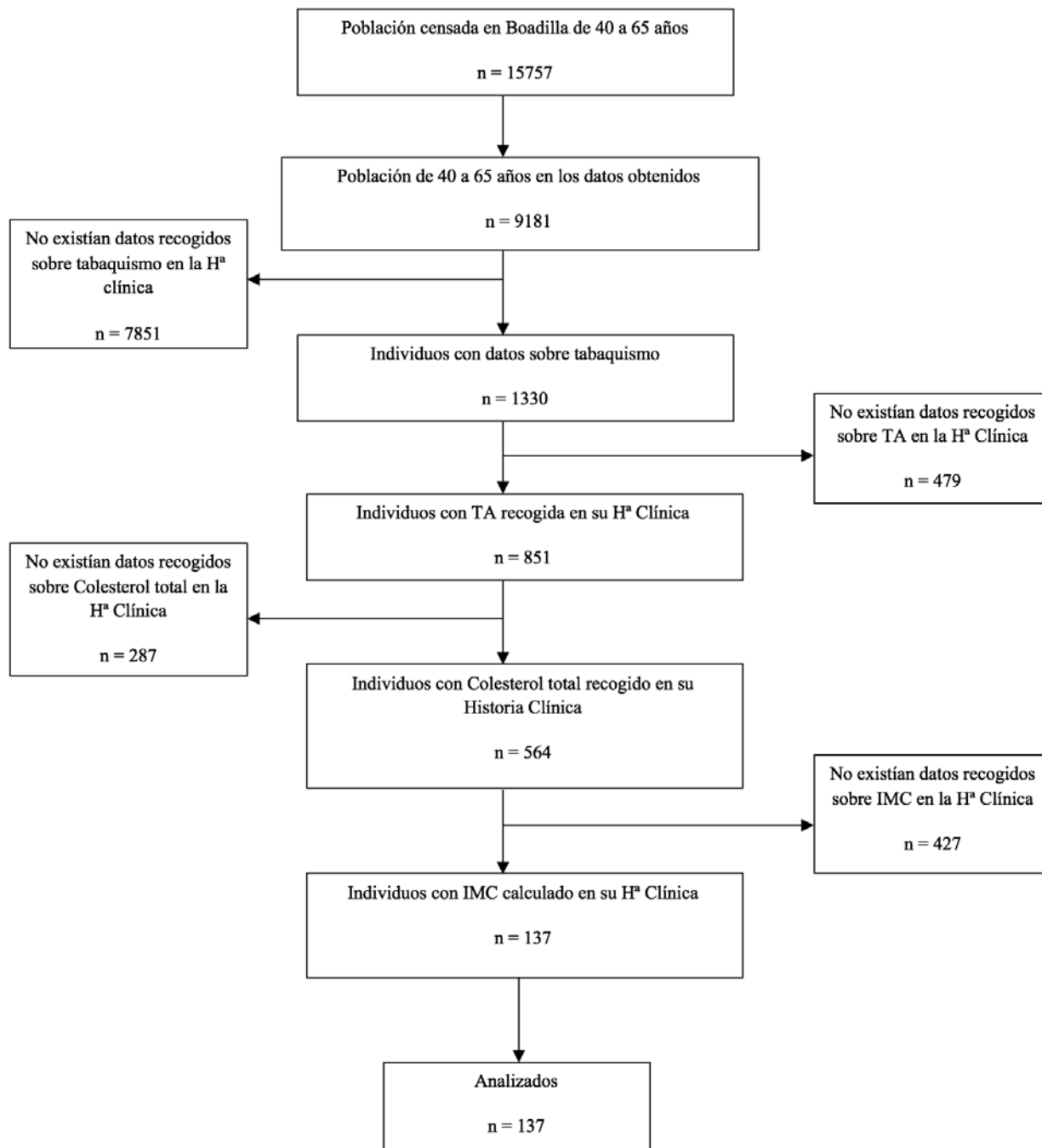


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de la Muestra del análisis.

Se puede observar que el número de la muestra final es de 137, cuando la muestra prevista era de 132, lo que se adecúa al cálculo del tamaño muestral.

En la Figura 2 se puede observar la distribución muestral de la edad según el género y el RCV categorizado.

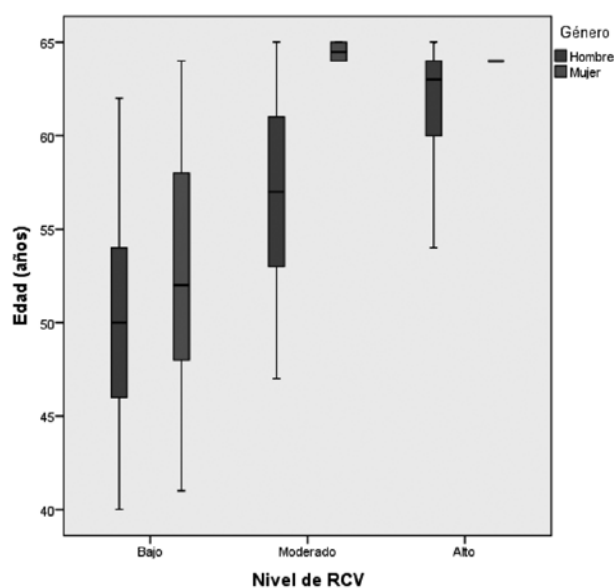


Figura 2. Distribución de la edad según el género y nivel de RCV.

En este diagrama de cajas se puede ver como la mayoría de mujeres forman parte del nivel bajo de RCV, y si forman parte

del nivel medio o alto es porque la edad es más avanzada, según la tabla SCORE; mientras que los hombres aparecen con igual distribución en los 3 grupos, aumentando su mediana de edad y disminuyendo el número total en cada grupo según aumenta el nivel de RCV.

En la Tabla 1, se ve la distribución y medias de las variables en el global, y según el grado de RCV categorizado.

Cabe destacar que en la muestra hay un 68,3% de hombres, frente a un 31,4% de mujeres, y la media de edad es de 53,9 años. A su vez, la mayoría de la muestra no padecen DM (77,4%) y son no fumadores (79,6%). Con respecto a las medias de las variables clínicas, se podría decir que, en el global, tienen controladas (TAS, TAD, Colesterol total, HDL y LDL), a excepción del IMC, con una media de 33,29 kg/m², esto indica que la muestra la forman personas con un grado de obesidad importante.

Si se observan las diferencias según el grado de RCV, se encuentran discrepancias entre los distintos grados, aunque sólo son significativas el género, la edad, la TAS y el colesterol LDL; estos datos son esperados dado que en la tabla SCORE cuanto mayor sea su valor se le otorga una probabilidad más elevada en el RCV, a excepción del colesterol LDL, que no se tiene en cuenta en la tabla SCORE para calcular el RCV, pero a su vez está relacionado con el colesterol total.

Para conocer la distribución de las variables cuantitativas se categorizaron por los criterios internacionales de anomalidad. No se encontraron diferencias significativas (Tabla 2).

COMPARACIÓN GLOBAL / RCV CATEGORIZADO					
VARIABLES	Global	RCV Bajo	RCV Moderado	RCV Alto	P-valor
Género					0,004
Masculino	68,6 % (61,3-75,9)	60,4 % (50-69,8)	81 % (62-95,2)	95 % (85-100)	
Femenino	31,4 % (24,1-38,7)	39,6 % (30,2-50)	19 % (4,8-38)	5 % (15-0)	
Edad (años)	53,9 (52,8-55)	51,3 (50,2-52,3)	58 (55,5-60,6)	61,9 (60,6-63,2)	< 0,001
HTA					0,081
SI	46,7 % (38,7-55,5)	40,6 % (31,3-50)	57,1 % (33,3-76,2)	65 % (45-85)	
NO	53,3 % (44,5-61,3)	59,4 % (50-68,8)	42,9 % (23,8-66,7)	35 % (15-55)	
DM					0,004
SI	22,6 % (16,1-29,9)	19,8 % (11,5-28,1)	9,5 % (0-23,8)	50 % (30-75)	
NO	77,4 % (70,1-83,9)	80,2 % (71,9-88,5)	90,5 % (76,2-100)	50 % (25-70)	
Fumador					0,001
SI	20,4 % (13,9-27,7)	13,5 % (7,3-20,8)	23,8 % (4,8-42,9)	50 % (25-70)	
NO	79,6 % (72,3-86,1)	86,5 % (79,2-92,7)	76,2 % (57,1-95,2)	50 % (30-75)	
TAS (mmHg)	128,3 (125,9-130,7)	126,2 (123,5-128,8)	130,9 (126,8-135,3)	135,6 (129,3-142,6)	0,016
TAD (mmHg)	76,7 (75,2-78,3)	75,9 (74-77,8)	77,9 (74,2-81,3)	79,2 (75,1-83,4)	0,31
IMC (kg/m ²)	33,29 (32,74-33,87)	33,46 (32,79-34,14)	32,22 (31,25-33,23)	33,59 (32,14-35,40)	0,28
Colesterol Total (mg/dl)	205,8 (197,7-214,3)	205,4 (196,2-215,5)	223,8 (205,9-242,6)	189,2 (174,4-204)	0,064
Colesterol HDL (mg/dl)	49,3 (47,1-51,7)	49,9 (46,9-52,7)	49,2 (44,7-54,3)	46,9 (43,4-50,7)	0,679
Colesterol LDL (mg/dl)	123,9 (118,1-130,3)	123,2 (116,4-131,2)	139,1 (123,3-154,1)	110 (96,8-123,9)	0,027
Total de Individuos	137	96 (70,1%)	21 (15,3%)	20 (14,6%)	
RCV Bajo (<3%); RCV Moderado (3 y 4%); RCV Alto (>5%) -> Según tabla SCORE calibrada para España del riesgo estimado de mortalidad cardiovascular aterosclerótica en 10 años, para valores específicos de presión arterial sistólica y colesterol total, según hábito tabáquico, sexo y edad ⁽²⁾					

Tabla 1. Análisis comparativo de las variables en global y según RCV categorizado (IC 95%).

COMPARACIÓN IMC / COLESTEROL					
VARIABLES CATEGORIZADAS	Global	RCV Bajo	RCV Moderado	RCV Alto	P-valor
IMC (kg/m2)					0,336
Obesidad Tipo I (30-34,9)	74,5 % (67,2-81)	70,8 % (61,5-80,2)	90,5 % (76,2-100)	75 % (55-90)	
Obesidad Tipo II (35-39,9)	19 % (13,1-25,5)	22,9 % (14,6-31,3)	4,8 % (0-14,3)	15 % (0-35)	
Obesidad Tipo III (>40)	6,6 % (2,9-10,9)	6,3 % (2,1-11,5)	4,8 % (0-14,3)	10 % (0-25)	
Colesterol Total (mg/dl)					0,183
Normal (180-200)	21,9 % (15,3-29,2)	26 % (17,7-35,4)	9,5 % (0-23,8)	15 % (0-30)	
Alterado (<180 ó >200)	78,1 % (70,8-84,7)	74 % (64,6-82,3)	90,5 % (76,2-100)	85 % (70-100)	
Colesterol HDL (mg/dl)					0,543
Normal (40-60)	65,6 % (57,3-73,3)	62,6 % (53,8-72,5)	71,4 % (52,4-90,5)	73,7 % (52,6-94,7)	
Alterado (<40 ó >60)	34,4 % (26,7-42,7)	37,4 % (27,5-43,2)	28,6 % (9,5-47,6)	26,3 % (5,3-47,4)	
Colesterol LDL (mg/dl)					0,591
Normal (100-160)	57,8 % (49,2-66,4)	59,1 % (48,9-69,3)	61,9 % (38,1-81)	47,4 % (26,3-68,4)	
Alterado (<100 ó >160)	42,2 % (33,6-50,8)	40,9 % (30,7-51,1)	38,1 % (19-61,9)	52,6 % (31,6-73)	
RCV Bajo (<3%); RCV Moderado (3 y 4%); RCV Alto (>5%) -> Según tabla SCORE calibrada para España del riesgo estimado de mortalidad cardiovascular aterosclerótica en 10 años, para valores específicos de presión arterial sistólica y colesterol total, según hábito tabáquico, sexo y edad ⁽²⁾					

Tabla 2. Análisis comparativo de la distribución de variables categorizando IMC, colesterol total, colesterol HDL y colesterol LDL (IC 95%).

De esta tabla se puede destacar que, mientras en el global sólo el 21,9% tenía el colesterol dentro de los rangos considerados normales (180-200 mg/dl), eso no influía en que luego tuvieran normal tanto el colesterol HDL (65,6%) como el LDL (57,8%).

Ya que el género y el consumo de tabaco se tienen en cuenta para calcular el RCV según la tabla SCORE, se agruparon las variables según el género y el consumo de tabaco, por separado, donde se pudo observar diferencias significativas.

En el caso del género, se puede observar algunas diferencias, siendo significativas la presencia de HTA (P=0.025), DM (P=0.012) y el colesterol HDL (P<0.001), siempre siendo más favorable para el género femenino, ya que padecen menos HTA (32,6% frente al 53,2% de los hombres), igual con la DM (9,3% frente al 28,7%) y la media de colesterol HDL lo tienen más elevado (57,3 frente a 46,3).

Si se compara si fuman o no, se pueden observar diferencias, aunque ninguna es significativa. Se podría destacar que, a nivel descriptivo, las personas no fumadoras presentan unas

medias de las cifras de colesterol total, HDL y LDL mejor que los fumadores (201,6 frente a 214,5 del total, 50,8 frente a 45,8 del HDL y 121,1 frente a 134,3 del LDL).

Ya que la DM no se tiene en cuenta para calcular el RCV según la tabla SCORE utilizada, parecía interesante ver si había diferencias significativas en la muestra categorizándola por tener DM y no tener DM diagnosticada.

Después de esta categorización se observan cuatro variables que presentan diferencias significativas. La media de edad es superior en las personas con DM (56,5 frente a 53,1 años, P=0.013), posiblemente porque la DM tipo II sea de diagnóstico más avanzado. Las cifras de TAS están más elevadas en las personas con DM (132,9 mmHg frente a 127 mmHg, P=0.041), y el colesterol HDL disminuido (42,8 mg/dl frente a 51,3 mg/dl, P=0.002). Sin embargo, la media de colesterol LDL está aumentada en las personas sin DM (129,6 mg/dl frente a 104,2 mg/dl, P<0.001).

Por último, en la tabla 3, se puede ver el modelo logístico obtenido al introducir las variables con un p-valor < 0,2.

MODELO LOGÍSTICO					
		p-valor	Odds ratio	IC95%	
Modelo completo	HTA	0,179	0,36	0,08	1,59
	DM	0,170	0,24	0,03	1,86
	Género (Hombre vs Mujer)	0,000	108,12	10,75	1087,60
	Edad (Incr. 1 año)	0,000	1,76	1,40	2,22
	Nivel LDL	0,585			
	Moderado vs Bajo	0,720	1,45	0,19	11,18
	Alto vs Bajo	0,362	3,03	0,28	32,87
Modelo final	Fumador	0,000	34,61	5,23	228,89
	DM	0,109	0,25	0,05	1,36
	Género (Hombre vs Mujer)	0,000	50,71	7,52	342,17
	Edad (Incr. 1 año)	0,000	1,64	1,35	1,99
	Fumador	0,000	31,52	4,92	201,75

Tabla 3. Modelo logístico de variables asociadas a la prevalencia de riesgo moderado-alto.

Se destaca que tanto el género, la edad y el hábito tabáquico aumentan significativamente el nivel de RCV, ya que se tienen en cuenta en la tabla SCORE para otorgar un RCV determinado.

Según los resultados de prevalencia de FRCV el abordaje de los pacientes con prioridad para ser atendidos por la Enfermería en sus propias consultas son los que padecen:

- En primer lugar, personas con obesidad, ya que la media de IMC obtenida en la muestra es de 33,29 kg/m².
- En segundo lugar, las personas con HTA, ya que la media ha sido de 46,7 %, dato a tener en cuenta.
- En tercer lugar, los pacientes con hipercolesterolemia, ya que la media de colesterol obtenida ha sido de 205.8 mg/dl.

Los programas de EpS que se proponen para reducir los riesgos en base a los resultados obtenidos serían dos principalmente, relacionados con la modificación de estilos de vida:

- El primero, EpS sobre alimentación saludable, relacionada con la obesidad, la HTA y la hipercolesterolemia.
- El segundo, realizar EpS sobre los beneficios del ejercicio, relacionado también con la disminución de la obesidad, la HTA y la hipercolesterolemia.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES. APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA O A LA SOCIEDAD EN SU CONJUNTO

Consecuencia de que la recogida de datos se ha obtenido con los registros existentes solo en las Historias Clínicas, la prevalencia de los FRCV no es extrapolable a población general, esto se considera un sesgo *a priori*.

No obstante, esto no obsta, que los datos obtenidos puedan ayudar a formarse una idea de la prevalencia de los diferentes FRCV en la población analizada para futuros estudios.

El hecho de no haber encontrado diferencias significativas (Tabla 2), se puede deber a que el número de individuos que forman parte del nivel bajo de RCV es casi 5 veces superior al nivel medio y alto (96 individuos del nivel bajo frente a 21 y 20 del medio y alto respectivamente).

Respecto a la HTA, según estudios previos, la prevalencia a nivel nacional es de aproximadamente el 35%⁽¹⁵⁾, lejos de la muestra de estudio (46,7%), probablemente debido a las características previas de la muestra de estudio.

Del mismo modo ocurre con la DM, ya que la prevalencia en Madrid a fecha 2010 es de aproximadamente el 14%⁽²⁴⁾, y se ha obtenido en la muestra un 22,6%, producido por el mismo sesgo. A su vez, teniendo en cuenta los valores más elevados en edad y TAS en personas con DM, esto ha podido ocasionar que hayan obtenido mayor RCV según la tabla SCORE utilizada.

Respecto al tabaquismo en España, la prevalencia en hombres es del 41,4% y en mujeres del 33,7%⁽⁸⁾, mientras que en los datos obtenidos ha sido del 21,3% en hombres y 18,6% en mujeres. Esto se puede deber a que las personas que acuden a consulta están más concienciadas con el tabaquismo o porque han mentado a la hora de decir si fuman o no. Al mismo tiempo sería interesante poder conocer el porcentaje de exfumadores de la muestra.

Respecto al IMC la media obtenida ha sido de 33,29 kg/m², alejada de la media española obtenida en un estudio que situaba a los hombres con un IMC de 25,97 kg/m² y a las mujeres con

25,51 kg/m²⁽²⁵⁾. Pero considerando otros estudios sobre RCV en diferentes poblaciones⁽¹⁶⁾, no existen diferencias con este estudio. Puede deberse a un estilo de vida sedentario fruto de los paulatinos cambios de condiciones de vida que se van produciendo en las sociedades actuales⁽²⁶⁾.

Por otro lado, comentar que los datos obtenidos respecto al colesterol, tanto total, HDL como el LDL, y las cifras de TA y TAS, no distan mucho de otros estudios sobre FRCV^(16,18,20 27), lo que pone de manifiesto de que estas variables están más o menos equiparadas en las poblaciones en las que se pretende estudiar los FRCV.

Es importante comentar el caso del colesterol LDL obtenido en el grupo de DM, es significativamente inferior a los que no padecen DM. Según estudios realizados sobre población con DM, los datos no reflejan esta situación, e incluso en el grupo de pacientes con DM el colesterol LDL tiene unos niveles más elevados que los grupos con los que se compara⁽²⁸⁾. De esta forma sería un dato interesante a tener en cuenta en futuros estudios que analizaran los niveles de colesterol LDL en pacientes con DM en esta población.

Se ha de considerar la mayor prevalencia de hombres (68,6%) respecto a la de las mujeres. Lo que confirma la necesaria equiparación de la muestra para futuros estudios.

Las escalas SCORE, REGICOR y Framingham utilizadas según las diferentes CC.AA. en ocasiones pueden confundir al profesional en el momento de evaluar el RCV, puesto que los resultados presentan diferentes categorizaciones. La uniformidad podría ayudar a la población a tener conciencia de la importancia del concepto.

Del mismo modo extender la implantación de una guía consensuada de prevención de RCV a nivel nacional⁽²⁹⁾.

El dato más importante obtenido de este estudio, y en otros anteriores, es el hecho de que los pacientes presenten un IMC elevado. Esto plantea la importancia que tienen los estilos de vida saludables para mantener un peso adecuado, o lo más proporcionado a cada individuo, es decir, hay que intentar disminuir el IMC en estos pacientes, sobre todo mediante EpS y modificación de estilos de vida.

Por otro lado, teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones, se debe considerar la deshabituación tabáquica, dado que puede tener una diferencia coste-efecto favorable⁽²⁹⁾ y reduce considerablemente el RVC.

Tras los resultados de este estudio se propone como estudio futuro un ensayo clínico en el que la intervención sería la EpS sobre dieta saludable y ejercicio físico; utilizando como herramientas evaluadoras el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea⁽³⁰⁾, y el cuestionario internacional de actividad física⁽³¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bejarano JM, Cuixart CB. Cardiovascular risk factors and Primary Care: evaluation and intervention. Aten Primaria. 2011 Dec;43(12):668-77.
2. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. Rev Esp Cardiol. 2007;60(5):476-85.
3. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Garcés V, Andrés C, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud. 2010;15(1):128-43.

4. Sánchez-Robles R, Gea-Lázaro ML. Protocolo de intervenciones en Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria. *Enferm Clin.* 2012;22(5):269-74.

5. Novoa Pardo AM. Cómo cambiar comportamientos y no morir en el intento: más entornos favorables y menos educación sanitaria. *Gac Sanit.* 2013;27(1):75-6.

6. Molías FM. Promoción y educación para la salud, ¿serán la solución? *Aten Primaria.* 2009;41(7):355-7.

7. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol Suplementos.* 2006;6(7):3G-12G.

8. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). [citado 19/04/2015]. <http://www.ine.es/>.

9. Bertomeu V, Castillo-Castillo J. Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. *Rev Esp Cardiol suplementos.* 2008;8(5):2E-9E.

10. de Granda-Orive JI, Solano-Reina S, Jimenez-Ruiz CA. Smoking intervention in patients with cardiovascular diseases. *Aten Primaria.* 2013 Feb;45(2):115-20.

11. Fernandez de Bobadilla J, Sanz de Burgoa V, Garrido Morales P, Lopez de Sa E, en representación de los investigadores del estudio RETRATOS. Cardiovascular risk in Spanish smokers compared to non-smokers: RETRATOS study. *Aten Primaria.* 2011 Nov;43(11):595-603.

12. Medina AG. Efectividad de las intervenciones enfermeras en los estilos de vida en la prevención de enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. *Enferm Clin.* 2013;23(1):38-9.

13. Ekelund U, Ward HA, Norat T, Luan J, May AM, Weiderpass E, et al. Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *Am J Clin Nutr.* 2015 Mar;101(3):613-21.

14. De la Sierra A, Gonzalez-Segura D. Risk factors in hypertensive patients without previous cardiovascular events. *Med Clin (Barc).* 2011 May 14;136(13):559-64.

15. Banegas JR, Jovell A, Abarca B, Aguilar Diosdado M, Aguilera L, Aranda P, et al. Hypertension and health policy in Spain. *Med Clin (Barc).* 2009 Feb 21;132(6):222-9.

16. Felix-Redondo FJ, Fernandez-Berges D, Fernando Perez J, Zaro MJ, Garcia A, Lozano L, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of cardiovascular risk factors in the Extremadura population (Spain). HERMEX study. *Aten Primaria.* 2011 Aug;43(8):426-34.

17. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit.* 2013;27(4):332-7.

18. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(2):62-6.

19. Ferrera N, Moine D, Yáñez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. *Rev Fed Arg Cardiol [revista en internet].* 2010;39(3):194-203.

20. Puig-Girbau MN, Lladó-Blanch MM, Seco-Salcedo MC, Gómez-Saldaña A, Medina-Peralta M, Riera-Torres R, et al. Evaluación de una intervención educativa grupal en el control de pacientes con riesgo cardiovascular. *Enferm Clin.* 2011;21(5):238-47.

21. Palacios Álvarez R. Cartas al director. *Nuberos Científica.* 2016 Julio - Octubre 2016;3(19):65.

22. González MMP, Pisano AG. La modificación de los hábitos y la ad-

herencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin.* 2014;24(1):59-66.

23. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.; 2012 [citado 01/03/2015]. <http://www.madrid.org/desvan/AccionDatosTemaMunicipal.icm?codTema=1901641>.

24. Gil Montalban E, Zorrilla Torras B, Ortiz Marron H, Martinez Cortes M, Donoso Navarro E, Nogales Aguado P, et al. Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular risk factors in the adult population of the autonomous region of Madrid (Spain): the PREDIMERC study. *Gac Sanit.* 2010 May-Jun;24(3):233-40.

25. Aranceta J, Rodrigo CP, Majem LS, Barba LR, Izquierdo JQ, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc).* 2003;120(16):608-12.

26. ARNAIZ MG. La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico. 2008.

27. Cristóbal JJR, Grote CA, Mercadé PT, Santos JMP, Sendra EP, Lloret AM, et al. Randomised clinical trial of an intensive intervention in the primary care setting of patients with high plasma fibrinogen in the primary prevention of cardiovascular disease. *BMC research notes.* 2012;5(1):126.

28. Perez de Isla L, Saltijeral Cerezo A, Vitale G, Gonzalez Timon B, Torres Do Rego A, Alvarez-Sala Walther LA. Prevalence of inappropriate LDL cholesterol levels in patients with coronary disease and/or type 2 diabetes. *Rev Clin Esp.* 2012 Nov;212(10):475-81.

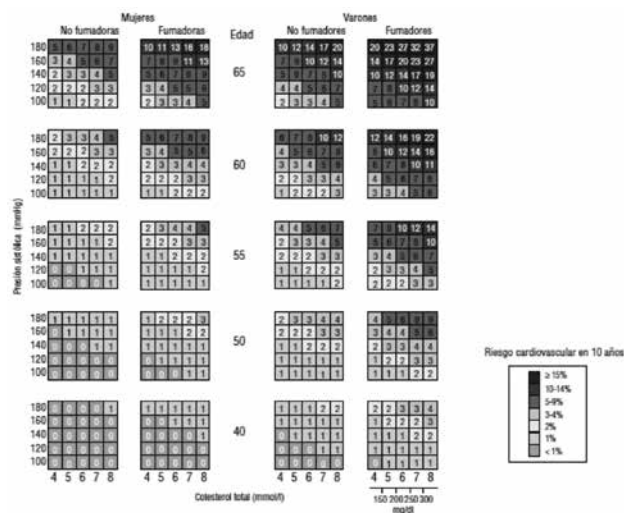
29. Royo-Bordonada MA, Lobos JM, Brotons C, Villar F, de Pablo C, Armario P, et al. The condition of the cardiovascular prevention in Spain. *Med Clin (Barc).* 2014 Jan 7;142(1):7-14.

30. Castilla Romero ML, Lama Herrera C, Obando y de la Corte, Joaquín, Rebollo Pérez I, Sagrista Gonzalez M, Rabat Restrepo JM, et al. Guía de consejo dietético intensivo en atención primaria. . 2010.

31. Tolosa SM, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2007;10(1):48-52.

ANEXO

Tabla SCORE calibrada para España del riesgo estimado de mortalidad cardiovascular aterosclerótica en 10 años, para valores específicos de presión arterial sistólica y colesterol total, según hábito tabáquico, sexo y edad⁽²⁾.



Prevalencia de consumo de psicofármacos en población anciana y efectos secundarios observados. Estudio piloto

Autores:

José Carlos Azón Belarre⁽¹⁾

Sergio Azón Belarre⁽²⁾

Begoña Pellicer García⁽³⁾

Patricia Berges Usán⁽⁴⁾

Sonia Abadía Labena⁽⁵⁾

Ana Guajardo Iguaz⁽⁶⁾

⁽¹⁾Grado en Enfermería. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge. Zaragoza. España.

⁽²⁾Grado en Enfermería. Colchester Hospital University (NHS) Foundation Trust. Colchester. United Kingdom.

⁽³⁾Grado en Enfermería. Personal Investigador en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge. Zaragoza. España.

⁽⁴⁾Auxiliar de Enfermería. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas. Zaragoza. España.

⁽⁵⁾Grado en Enfermería. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas. Zaragoza. España.

⁽⁶⁾Grado en Enfermería. Hospital Psiquiátrico de Sádaba. Zaragoza. España

*Dirección para correspondencia:
jcazon@usj.es*

Recibido: 8 de enero de 2017

Aceptado: 20 de septiembre de 2017

RESUMEN

Introducción: El proceso de envejecimiento es irreversible, y comienza desde el nacimiento. Los avances sociales y sanitarios han hecho que la esperanza de vida aumente de forma exponencial, haciendo que los síndromes asociados al envejecimiento se conviertan en uno de los principales problemas del siglo XXI. Para el tratamiento de la demencia y otros síntomas, aparece un alto consumo de psicofármacos con los efectos adversos que esto conlleva.

Objetivos: Determinar la prevalencia del consumo de psicofármacos en población anciana y su relación con trastornos orgánicos observados.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en personas ancianas ingresadas en una residencia geriátrica. La población de estudio ascendió a 96 usuarios.

Resultados: Un 63,2% de los casos son mujeres. La media de edad se sitúa en los 86,39 años. El 25,5% de la muestra toma algún antipsicótico. Presenta hipercolesterolemia un 32,6% de los casos y diabetes mellitus tipo II un 14,7%. Hay relación estadística entre la toma de antidepressivos y la aparición de estreñimiento.

Conclusiones: La prevalencia de consumo de antipsicóticos es inferior a la de otros estudios consultados. La prevalencia del uso de antidepressivos y benzodiazepinas se sitúa en cifras similares a otros estudios, pero muy superior a las obtenidas en diferentes búsquedas bibliográficas.

Palabras clave: envejecimiento; preparaciones farmacéuticas; demencia; efectos colaterales y reacciones adversas relacionadas con medicamentos

ABSTRACT

Introduction: Ageing is an irreversible process, and begins at birth. Social and health progress have made life expectancy go up exponentially, and therefore syndromes associated with aging is becoming one of the major problems in the 21st Century. Treatment for dementia and other symptoms entails a high use of psychotropic medications, with their different kinds of side-effects.

Objectives: To determine the prevalence of psychotropic drug consumption among the elderly population and its relation to organic disorders which were observed during the study.

Methodology: Cross-sectional study was carried out in elderly people living in Residential Care Facilities. The study population rose to 96 users.

Results: Participants are 63.2% women. The average age is 86.39 years old. 25.5% of the sample is taking some antipsychotic drugs. 32.6% of the cases had Hypercholesterolemia and 14.7% type II diabetes mellitus. There is statistical relationship between taking antidepressants and the emergence of constipation.

Conclusions: The prevalence of consumption of antipsychotic medications is lower than in other studies. The prevalence of use of antidepressants and benzodiazepines is similar to other studies, but higher than those obtained in different literature review.

Keywords: aging; pharmaceutical preparations; dementia; drug-related side effects and adverse reactions

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Los avances en la medicina, la mejora de la calidad de vida, las prestaciones sociales y las ayudas a los mayores han hecho que la esperanza de vida aumente en los países desarrollados de forma exponencial, haciendo que el proceso de envejecimiento y todos los cambios neurofisiológicos que conlleva se conviertan en uno de los principales problemas del siglo XXI.

Actualmente, el porcentaje de adultos mayores de 65 años en España es del 18'1%, y del 5'7% en los mayores de 80 años según el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹. De todos ellos, según la OMS, el 80% padecen enfermedades crónicas y toman algún medicamento por ello¹.

El proceso de envejecimiento puede tener como consecuencia la aparición de lo que se ha llamado anciano frágil. Se denomina así a aquellas personas que, debido a los cambios adaptativos normales de envejecimiento, es decir, a consecuencia del envejecimiento primario, se encuentran en el intervalo entre la autonomía y la dependencia. Esta fragilidad conlleva un elevado riesgo de morbilidad, hospitalización, institucionalización, dependencia y mortalidad. Por otra parte, a las enfermedades o problemas cró-

nicos de salud se les añaden los aspectos psicológicos y sociales. Un ejemplo de ello son las alteraciones emocionales que aparecen como reacción vivencial ante el reconocimiento de la propia fragilidad. Se estima que entre el 10% y el 20% de los mayores de 60 años se consideran ancianos frágiles². Convertirse en un anciano dependiente es un proceso sobre el que inciden determinados factores que disminuyen la capacidad de los ancianos para enfrentarse a sus circunstancias y para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). Se habla entonces de dependencia social y se entiende como aquella que aparece cuando una persona tiene un elevado grado de discapacidad o disfuncionalidad y necesita de la ayuda de terceros para subsistir³.

Todo este proceso de dependencia conlleva una importante repercusión sobre el sistema de salud ya que la población anciana es la mayor consumidora de recursos (medicamentos, servicios de salud, servicios sociales,...) y precisan de una importante inversión económica a nivel estatal. De la misma manera que el envejecimiento transforma sustancialmente la situación de salud individual, también influye sobre la estructura y la dinámica de la familia como célula básica de la sociedad⁴.

Por otro lado, las enfermedades mentales tienen importante prevalencia en ancianos. No son solo los trastornos psicóticos los que precisan atención psiquiátrica sino que también apa-

recen síndromes confusionales, trastornos afectivos con o sin síntomas psicóticos, trastornos del sueño y los síntomas psiquiátricos en las demencias como son la agitación y la agresividad⁵.

Especial mención merece el tratamiento de los trastornos del sueño. A lo largo de la vida, las características del sueño se van modificando. De hecho, las personas mayores tienen, fisiológicamente, un sueño más fragmentado y despertares nocturnos más frecuentes que los adultos de edades más tempranas. Estos trastornos del sueño pueden tener consecuencias en otras esferas como en las AVD, mayor irritabilidad, cansancio, trastornos de la atención y de la memoria, aumentar el riesgo de caídas y de dependencia a psicofármacos y empeorar las relaciones familiares y sociales⁶.

Algunos estudios señalan que el 55% de los ancianos consumen algún medicamento mientras que otros estudios sitúan esta cifra en el 90%⁷. El tratamiento habitual para los síntomas psiquiátricos son los psicofármacos. Estos corresponden a uno de los grupos de fármacos más consumidos por los ancianos. La prevalencia del consumo de psicofármacos oscila entre el 14% según unos estudios⁷ y el 38% según otros⁸.

En los últimos años, se está produciendo un aumento exponencial en la proporción de pacientes consumidores de psicofármacos. Uno de los grupos de fármacos más habituales son los antipsicóticos. Un estudio ha reflejado que un 45% de los pacientes diagnosticados de demencia estaban consumiendo neurolepticos⁹. De hecho, desde que a principios de los años 90 apareciera un nuevo tipo de fármacos antipsicóticos conocidos como "atípicos", se ha constatado que su consumo ha pasado de un 1% en 1993 al 54% en el 2001 y se ha triplicado la dosis diaria de los antipsicóticos administrados¹⁰.

El conjunto de medicamentos utilizados en general, y el uso de psicofármacos en particular, utilizados en el tratamiento de las personas mayores institucionalizadas, es elevado y duplica al utilizado para las personas que residen en su domicilio, lo que aumenta el riesgo de desarrollar efectos adversos¹¹.

En los ancianos se producen modificaciones farmacocinéticas como el enlentecimiento en la absorción, reducción de las células absorbivas, disminución de las proteínas plasmáticas, modificación del volumen de distribución y prolongación de la vida media. Asimismo, también se producen alteraciones farmacodinámicas como menor número de receptores y de su actividad, con incremento de la sensibilidad a las reacciones incompatibles por lo que se aconseja reducir las dosis de psicofármacos respecto a las que se manejan en la edad adulta¹².

Diversos autores señalan que existen efectos beneficiosos de los neurolepticos en el tratamiento de las demencias pero que estos efectos beneficiosos deben contrabalancearse a corto y largo plazo frente a los efectos adversos que son numerosos y que en adelante se describen¹³⁻¹⁵.

En la población geriátrica, los efectos secundarios más peligrosos de los fármacos antipsicóticos son los que afectan al sistema nervioso central como el extrapiramidalismo, parkinsonismo, distonía, acatisia, discinesia tardía, síndrome neuroleptico maligno, sedación excesiva y confusión^{14,15}.

También se deben tener en cuenta los que afectan al sistema cardiovascular como el ortostatismo y los accidentes cerebro-vasculares (ACV) fundamentalmente. No se debe dejar de tener en cuenta otros efectos adversos como los endocrino-metabólicos (diabetes, hiperlipidemias y obesidad) y los anticolinérgicos (íleo paralítico)^{16,17}.

Se describen a continuación los efectos secundarios de los antipsicóticos sobre algunos sistemas y órganos del cuerpo:

Sobre el sistema nervioso central:

- La sedación, que puede conllevar trastornos del sueño como apneas obstructivas, síndrome de piernas inquietas, síndrome crepuscular, agitación y vagabundeo^{16,17}.
- La confusión es habitual en los ancianos de forma asociada a la demencia o independiente y asociada a la sedación¹⁶⁻²⁰.
- El temblor o parkinsonismo es otro efecto secundario habitual de los antipsicóticos, y se engloba dentro de los efectos extrapiramidales^{17,18}. Entre los antipsicóticos más utilizados en el tratamiento de la demencia, se encuentra el Haloperidol, que a su vez es uno de los fármacos que más parkinsonismo produce^{16,19}.
- Por último, y entrelazado con todos estos efectos secundarios, la inestabilidad psicomotriz es otra de las consecuencias iatrogénicas que padecen las personas tratadas con psicofármacos^{20,21}.
- Existe abundante evidencia científica de que el consumo de psicofármacos conlleva un cierto deterioro cognitivo evidenciado en la mayoría de los casos por un enlentecimiento manifiesto^{16,17,19}.

También están presentes los efectos adversos que afectan al sistema endocrino-metabólico y que comprenden fundamentalmente las hiperlipidemias y en concreto la hipercolesterolemia y la aparición de diabetes tipo II, relacionados ambos con el aumento de peso que ocasionan la gran mayoría de psicofármacos¹⁶.

En cuanto a los efectos anticolinérgicos puede aparecer sequedad de boca, visión borrosa y retención urinaria, además de poder presentar estreñimiento, que puede llegar a producir un íleo paralítico con importantes consecuencias a nivel neurológico^{16,18}.

En función de todo lo expuesto, la medida del riesgo asociada a los tratamientos farmacológicos es una cuestión de gran importancia, como lo demuestra la puesta en marcha por parte de la OMS de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que dictamina que la seguridad es el principio fundamental de todos los sistemas sanitarios²¹.

Las guías clínicas y protocolos para el tratamiento de las demencias aconsejan como primera elección el tratamiento no farmacológico^{22,23}. A pesar de todos los riesgos descritos se siguen utilizando de forma muy habitual los psicofármacos en lugar de apostar por intervenciones que incluyan modificaciones ambientales (control de la temperatura, del ruido y de la intensidad de la luz), creación de hábitos de actividades de la vida diaria, mantenimiento del ciclo sueño-vigilia, realización de ejercicio físico y, en definitiva, una mejoría de la comunicación con el paciente²⁴.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años ha habido un crecimiento exponencial del número de psicofármacos consumidos por la población general y, en concreto, en población anciana. Los efectos adversos producidos por los fármacos en general, y los medicamentos psiquiátricos en particular, agravan, en muchos casos, los cuadros orgánicos ya presenten e, incluso, provocan la aparición

de otros diversos. Por otro lado, no existe consenso en cuanto a la eficacia de este tipo de fármacos para el control de los síntomas propios de los cuadros psiquiátricos en el anciano. La investigación sobre este tema, observando la realidad en cuanto a prescripción y efectos adversos en población anciana residente, siempre aporta resultados que pueden servir para la clínica.

OBJETIVOS

General:

Determinar la prevalencia del consumo de psicofármacos en la población, con o sin deterioro cognitivo, en una residencia geriátrica y su posible relación con trastornos orgánicos.

Específicos:

Analizar si existe relación estadística entre el consumo de psicofármacos y la presencia de síndrome metabólico (diabetes y dislipemias), estreñimiento, temblor y úlceras por presión.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en personas ancianas ingresadas en una residencia geriátrica privada. La población de estudio estuvo compuesta por todas aquellas personas ingresadas durante la realización del estudio en la residencia Fundación Elvira Otal de Ejea de los Caballeros, pertenecientes a la provincia de Zaragoza (España).

Dicha población en estudio ascendía a un total de 96 usuarios de los cuales tan sólo una persona revocó su consentimiento a participar en el estudio, obteniendo finalmente la muestra en 95 participantes mayores de 65 años.

Se entregó un documento de consentimiento informado para todas aquellas personas que admitiesen participar en el estudio. Para aquellas personas que no estaban incapacitadas pero de las que se observó que no eran capaces de comprender totalmente la información contenida en el documento, se facilitó

el mismo documento a un familiar de referencia. Para aquellas personas que estuvieran incapacitadas, se procedió a requerir al tutor legal el documento de consentimiento informado.

Los criterios de inclusión y exclusión establecidos fueron los siguientes:

De inclusión:

- Todas las personas ingresadas en la residencia >de 65 años.
- Personas que hayan firmado consentimiento informado.

De exclusión:

- Personas que ingresen posteriormente al comienzo del estudio.
- Personas que fallecieran durante el proceso del estudio.

El estudio se realizó una vez obtenido el permiso de la Dirección de la Fundación Elvira Otal y bajo las normas que regulan el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes al personal de las administraciones públicas y de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos y RD 1720/2007.

La fuente de información utilizada fue una revisión de historias clínicas mediante la consulta física *in situ* de dicha documentación.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0.

Las variables que se incluyeron procedentes de las historias clínicas de los pacientes fueron las siguientes (Tabla I).

- Tratamiento hipolipemiente: De obtención directa, se valora la existencia de hipercolesterolemia catalogado a través de la toma de fármacos específicos. Para su análisis estadístico se catalogó como Sí-No.
- DM 2 en tratamiento: De obtención directa, se valora la existencia de diabetes tipo II catalogado a través de la toma de antidiabéticos orales. Para su análisis estadístico se catalogó como Sí-No.
- Temblor: De obtención directa, se valora la existencia de temblor distal a nivel de miembros superiores a través de la observación ya que no existen métodos de evaluación de este síntoma. Para su análisis estadístico se catalogó como Sí-No.
- Estreñimiento en tratamiento: De obtención directa en la que se valora la existencia de estreñimiento catalogado a

Variable	Definición de las variables	Naturaleza	Relación con el estudio
Sexo	Sexo	Cualitativa dicotómica	V. independiente
Edad	Edad	Cuantitativa continua	V. independiente
Nº Antipsicóticos	Número de antipsicóticos que toma	Cuantitativa politómica	V. independiente
Nº Benzodiazepinas	Número de benzodiazepinas que toma	Cuantitativa politómica	V. independiente
Nº Antidepresivos	Número de antidepresivos que toma	Cuantitativa politómica	V. independiente
Estabilizadores del ánimo	Si toma estabilizadores del ánimo.	Cuantitativa dicotómica	V. independiente
Tratamiento hipolipemiente	Si tiene hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico	Cuantitativa dicotómica	V. dependiente
DM 2 en tratamiento	Si padece diabetes tipo II en tratamiento farmacológico	Cuantitativa dicotómica	V. dependiente
Temblor	Si presenta temblor	Cuantitativa dicotómica	V. dependiente
Estreñimiento en tratamiento	Si sufre de estreñimiento en tratamiento farmacológico	Cuantitativa dicotómica	V. dependiente
Úlceras por presión	Si presenta úlceras por presión	Cuantitativa dicotómica	V. dependiente

Tabla I. Variables del estudio.

través del uso de laxantes. Para su análisis estadístico se catalogó como Sí-No.

- Úlceras por presión: De obtención directa en la que se valora la existencia de úlceras por presión. Para su análisis estadístico se catalogó como Sí-No.
- Sexo: Para poder categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: Hombre / Mujer.
- Edad: De obtención directa, refleja la edad, medida en años, que tenían los pacientes en el momento de la recogida de los datos.
- Número de antipsicóticos: Refleja el número de medicamentos antipsicóticos pautados a cada paciente. Para su análisis estadístico se catalogó en 0-1-2-más de 2.
- Número de benzodiazepinas: Indica el número de benzodiazepinas pautadas a cada paciente. Para su análisis estadístico se catalogó en 0-1-2-más de 2.
- Nº antidepresivos: Expone el número de antidepresivos pautados a cada paciente. Para su análisis estadístico se catalogó en 0-1-2-más de 2.
- Estabilizadores del ánimo: Muestra el número de medicamentos antiepilépticos (estabilizadores del ánimo) pautados a cada paciente. Para su análisis estadístico se catalogó en Sí-No.

Como limitaciones o sesgos del estudio se indican la escasa muestra estudiada y que no se solicitó permiso al CEICA (Comité de Ética de Aragón).

RESULTADOS

Las mujeres predominan en presencia en este estudio siendo un 63,2% de los casos mientras que los hombres representan un 36,8%, con un rango de edad desde los 70 años hasta los 105 años, siendo la media de 86,39 años.

Los porcentajes mayores de edad se presentan en los 92 años con un 10'5% seguido de un 8,4% que tienen 83 y 89 años. Analizada la normalidad de este dato se obtiene que no corresponde a un comportamiento normal dado que la significación de los test que lo estudian es menor de 0,05 (p valor = 0,020 < 0,05).

Respecto a los datos de los grupos de psicofármacos, se observa que un 74,5% de los usuarios no toman ningún antipsicótico, y que sólo toman 1 ó 2 en un 19,1% y en un 6,4%, respectivamente (Tabla II). El valor que se obtiene de la mediana corresponde a 0, mientras que analizada la normalidad se observa que esta variable no corresponde a un comportamiento normal dado que la significación de los test que lo estudian es menor de 0,05 (p valor=0,000<0,05).

En cuanto al número de antidepresivos, se observa que en un 52,1% de los casos no toman ningún fármaco de este grupo, y que sólo toman 1 en un 44,7% de los casos y 2 en un 3,2% (Tabla II). El valor de la mediana es 0 y tampoco corresponde a un comportamiento normal.

Respecto al número de benzodiazepinas, los resultados indican que en un 52,6% de los casos no se toma ningún fármaco de este grupo, y que sólo toman 1 en un 38,9% de los casos y 2 en un 8,4% (Tabla II). Esta variable tampoco corresponde a un comportamiento normal y su mediana es 0.

Por último, es destacable que un 92,6% de los usuarios no toman estabilizadores del ánimo, y sólo en un 7,4% de los casos sí los toman (Tabla II).

Nº Antipsicóticos	Frecuencia	Porcentaje
Válido 0	70	73,7
1	18	18,9
2	6	6,3
Total	94	98,9
Perdidos Sistema	1	1,1
Total	95	100,0
Nº Antidepresivos		
Válido 0	49	51,6
1	42	44,2
2	3	3,2
Total	94	98,9
Perdidos Sistema	1	1,1
Total	95	100,0
Nº benzodiazepinas		
Válido 0	50	52,6
1	37	38,9
2	8	8,4
Total	95	100,0
Nº Estabilizadores del estado de ánimo	Frecuencia	Porcentaje
Válido No	88	92,6
Sí	7	7,4
Total	95	100,0

Tabla II. Consumo de antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas y estabilizadores del ánimo.

Respecto a los efectos secundarios de los psicofármacos, existe una incidencia de hipercolesterolemia de un 32,6% de los casos. En cuanto a la Diabetes Mellitus tipo II, la presentan un 14,7% de los casos. La mayoría de los pacientes no presentan temblores (84,2%) y presentan síntomas de estreñimiento en un 27,4%. De los pacientes estudiados, un 6,3% tienen úlceras por presión.

No existe relación significativa:

- entre el número de antipsicóticos y la hipercolesterolemia [$X^2(2)=2,214$; p _valor=0,331>0,05],
- entre el número de antipsicóticos y la diabetes de tipo II [$X^2(2)=1,132$; p _valor=0,568>0,05],
- entre el número de antipsicóticos y presentar temblor [$X^2(2)=0,391$; p _valor=0,822>0,05].

Existe relación significativa entre el número de antidepresivos y presentar estreñimiento [$X^2(2)=6,093$; p _valor=0,032<0,05] (Tabla III).

Nº Antidepresivos-Estreñimiento	Estreñimiento		Total
	No	Sí	
Nº Antidepresivos 0	41	8	49
1	27	15	42
2	1	2	3
Total	69	25	94

Tabla III. Relación entre consumo de antidepresivos y el estreñimiento.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la toma de antipsicóticos en la muestra estudiada es de un 25'5%. Este dato no se encuentra alejado de los datos obtenidos en otros estudios encontrados como el de Párraga Martínez et al.²⁵ en el que obtuvieron una prevalencia del 37%. Más aproximados a los nuestros son los datos del estudio de Ubis Díez et al.¹⁹ en el que obtuvieron una prevalencia del 30'6%. Algo menores fueron los datos obtenidos por Sicras Mainar et al.¹¹ en el que presentan una prevalencia del 19% de consumo de antipsicóticos en ancianos y, también en la misma línea, Gutiérrez Rodríguez et al.²⁷ en su estudio sobre prevalencia y manejo de la demencia en centros residenciales, obtuvieron unos datos del 34'9%. Resultados superiores obtuvieron Fort et al.⁹ en su estudio sobre alta prevalencia de consumo de neurolepticos en ancianos con demencia en el que destacaron un 45'2% de consumo de antipsicóticos.

En cuanto a la prevalencia del uso de antidepressivos, se obtiene que el 47'9% de los pacientes toman en la actualidad algún fármaco de este grupo. Resultado similar a nuestro estudio se extrae del llevado a cabo por Fort et al.⁹ en el que obtiene un 43'7% de consumo de antidepressivos; y algo más alejado de nuestros datos pero en la misma línea está Gutiérrez Rodríguez et al.²⁷ con un 39'1%.

Respecto a la prevalencia del consumo de benzodiazepinas, nuestros resultados arrojan que un 47'4% de los usuarios consumen este tipo de fármacos. En la misma línea, Pellicer García et al.²⁸ en su estudio sobre consumo de benzodiazepinas en ancianos institucionalizados, obtiene un resultado del 53%. Por su parte, Gutiérrez Rodríguez et al.²⁷ obtienen una prevalencia del 49'3%. En este caso hemos encontrado más literatura que discrepa de nuestros datos que aquella que los respalda. Así, Fernández Adarve¹³ como Fort et al.⁹ obtienen unos resultados del 21'05 y 21'9 respectivamente. En estos dos casos, las diferencias tan significativas pueden deberse al hecho de que, en ambos, la población estudiada está diagnosticada de demencia y, como sabemos, las benzodiazepinas no están indicadas en el tratamiento de la demencia. Muy alejados de nuestros datos y de los anteriores se encuentran los de Sicras Mainar et al.¹¹ que en su estudio sobre psicofármacos inapropiados en residencias geriátricas presentan una prevalencia del 6'7%.

Por último, respecto al grupo de fármacos llamados estabilizadores del estado de ánimo, encontramos una prevalencia del 7'4%, dato que contrasta con el obtenido en el estudio de Fernández Adarve¹³ en el que señala que la prevalencia de consumo de estabilizadores es del 4'3%. No encontramos explicación para estos resultados.

El síndrome metabólico secundario al consumo de antipsicóticos es ampliamente conocido y temido por los profesionales de la salud mental. Dentro de este síndrome se engloba la aparición de hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo II. En este estudio, sin embargo, no existe una relación significativa entre el consumo de antipsicóticos y la aparición de ninguna de las dos patologías. Este dato llamativo puede deberse a las pocas personas que componen la muestra que toma este tipo de fármacos (25'5%), pero se debe señalar que este dato concuerda con el trabajo de Franch Pato²⁹ en el que, en su tesis doctoral sobre factores de riesgo metabólico en pacientes tratados con antipsicóticos, obtuvo que el consumo de antipsicóticos no hizo aumentar los niveles de colesterol ni glucosa en sangre de forma patológica.

En cuanto a la presencia de temblor asociado a la toma de antipsicóticos, también está descrito este efecto secundario como habitual debido a la neuroleptización del individuo en la que se produce un parkinsonismo evidente. Sin embargo, nuevamente en los datos de este estudio este hecho no queda refrendado ya que no existe relación significativa entre el consumo de antipsicóticos y la aparición de temblor. No hemos encontrado en la literatura científica bibliografía que refrende nuestros datos.

Los antidepressivos tienen efectos secundarios diferentes a los antipsicóticos, en cierta medida, menos peligrosos aunque no por ello menos desagradables. Uno de los más descritos es la aparición de estreñimiento. En este estudio aparece que sí hay una relación estadística entre tomar antidepressivos y padecer estreñimiento. Oropesa Pulpo et al.¹⁸ en su estudio sobre reacciones medicamentosas más frecuentes en ancianos, obtiene que el estreñimiento es una de las reacciones adversas más frecuentes producidas por los antidepressivos, entre otros. Asimismo, De la Serna De Pedro²⁰ en su estudio sobre interacciones psicofarmacológicas en psicogeriatría describe que los antidepressivos pueden reducir la motilidad intestinal produciendo con ello estreñimiento e incluso íleo paralítico.

CONCLUSIONES

No aparecen datos que hagan pensar en la relación entre el consumo de antipsicóticos y el síndrome metabólico. Es cierto que la muestra de pacientes que toman este tipo de fármacos no es amplia, con lo que se debería repetir el estudio con una mayor muestra y en un estudio multicéntrico.

Por otra parte, es llamativa la falta de relación estadística entre el consumo de psicofármacos y el padecer temblor distal. Nuevamente se recomienda la repetición de un estudio con mayor población.

Se aconseja una revisión farmacológica de todos aquellos usuarios consumidores de benzodiazepinas para considerar la retirada o sustitución de dicho grupo de fármacos.

Son llamativos los datos referentes a los efectos adversos que pueden producir los psicofármacos, no hallando relevancia estadística en ninguno salvo en la relación entre antidepressivos y estreñimiento.

Uno de los tratamientos de elección para el control de los Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia (SCPD) son los antipsicóticos, algo que está aceptado y que, evidentemente, ha mejorado la calidad de vida de muchos pacientes y familiares. Se lucha desde otros ámbitos científicos por optar por un tratamiento ambiental y cognitivo más que farmacológico.

El hecho de que un 44% de los pacientes estudiados con SCPD estén tratados con antipsicóticos debería ser contrastado con una muestra similar de pacientes en domicilios, pero sirve de reflexión sobre la obligación moral y la responsabilidad de los profesionales sanitarios en general, y los equipos de enfermería (enfermeras y auxiliares), terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas en particular de aplicar tratamientos ambientales que exigen coste profesional para llevarlos a cabo pero que obtienen posiblemente iguales resultados sin efectos adversos.

En definitiva, este estudio sitúa en la línea de hacia dónde deben ir encaminados los cuidados de enfermería y otras intervenciones en geriatría y psicogeriatría.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del estudio declaran que no existe conflicto de intereses en relación al presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS. Envejecimiento poblacional. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Preguntas y respuestas en línea 29 de septiembre de 2006. Disponible en URL: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html> [Fecha de consulta: 10-marzo-2015].
- 2.- Franco MD, Antequera R, Gaspar O, Melo JA, Fernández L, Sánchez J. Ancianos frágiles ¿un nuevo objetivo terapéutico? *Informaciones Psiquiátricas*; 2011. 204(2): 119-127.
- 3.- Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. *RevEspGeriatrGerontol* 2005; 40(1): 58-59.
- 4.- Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. *Desarrollo y perspectivas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
- 5.- Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP and Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65. Suppl 2: 5 – 99.
- 6.- Boix Grasa C, López-Torres Hidalgo J, David García Y, TellezLapeira J, Villena Ferrer A, Párraga Martínez I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria*. 2009; 41(10): 564–569.
- 7.- Gutiérrez MM. Dificultades frecuentes en la administración de fármacos en ancianos con trastorno mental. *Informaciones Psiquiátricas*. 2011. 204(2): 131-146.
- 8.- Gallardo Gallardo P. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedificados mayores de 65 años en el Centro de Salud Rebojería de Zaragoza durante el primer trimestre de 2013. Trabajo de Fin de Máster. Universidad de Zaragoza; 2013.
- 9.- Fort I, Formiga F, Robles MJ, Regalado P, Rodríguez D, Barranco E. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *MedClin (Barc)*. 2010; 134(3): 101–106.
- 10.- Pérez J, Marín N, Vallano A, Castell X, Capella D. *Actas EspPsiqtr* 2004; 32: 259-63.
- 11.- Sicras-Mainara A, Peláez-de-Loño J, Castellá-Rosales A, Rodríguez-Darriba M. Consumo de psicofármacos inapropiados en residencias geriátricas: estudio comparativo entre los años 2001 y 2006. *Farm Hosp*. 2008; 32 (2): 96-101.
- 12.- Kelly DL, Conley RR, Love RC, et al. Metabolic risk second generation antipsychotic treatment: a double-blind randomized 8-weeks trial of risperidone and olanzapine. *Ann ClinPsychiatry*. 2008; 20: 71-80.
- 13.- Fernández Adarve MM. Tratamiento farmacológico de síntomas conductuales y psicológicos disruptivos (SCPD) en pacientes dementes no institucionalizados. Unestudioretrospectivo. *Informacionespsiquiátricas*. 2011; 204 (2): 163-182.
- 14.- Expert Consensus Guideline Series. Using Antipsychotic Agents in Older Patients. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (suppl 2).
- 15.- Bannerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action. A report for Minister of State for Care Services. An independent report commissioned and funded by Department of Health. 2009.
- 16.- De la Serna-De Pedro I. Antipsicóticos en los ancianos. *Psicogeriatría*. 2008; 0: 43-44.
- 17.- Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castán LC, Antón I, Guerrero Portillo S. Prevalencia de la ingesta de fármacos y caídas en una residencia geriátrica del sector II de Zaragoza. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 2014; 7 (2): 6-16.
- 18.- Oropesa Pupo D, González Morales M, Calero González LM. Reacciones medicamentosas adversas frecuentes en el anciano. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2004; 8(2).
- 19.- Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol para la agitación en la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 20.- De la Serna De Pedro I. Interacciones psicofarmacológicas relevantes en psicogeriatría. *InformacionesPsiquiátricas*. 2011; 204(2): 129-136.
- 21.- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2008; Disponible en: www.who.int/patientsafety.
- 22.- Ugalde O. Eds. Berenson S, del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora E. *Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeriátricos*. México: Instituto Nacional de Psicogeriatría Ramón de la Fuente; 2010.
- 23.- Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL, Brodaty H, Grossberg GT, Robert Ph, Lyketsos CG. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*. 2009; 5: 245-55.
- 24.- Martínez Martínez L, Olivera Fernández MR, Piñero Corrales G. Mortalidad en pacientes con demencia tratados con antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina y ziprasidona). *FarmHosp*. 2009; 33(4): 224-228.
- 25.- Párraga Martínez I et al. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit*. 2010; 24(6): 453-459.
- 26.- Ubis Díez E, Olivera Pueyo J. Trastornos del sueño en pacientes con demencia valorados en una consulta de geriatría. *Psicogeriatría*. 2012; 4 (1): 21-29.
- 27.- Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Muela F, Alonso Collada A y Saenz de Santa María Benedet L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Rev EspGeriatrGerontol*. 2009; 44(1): 31-33.
- 28.- Blasco F, Pérez R, Martínez J, Jiménez AI, García MJ. Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en un Servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2008; 25(6):269-274.
- 29.- Franch Pato CM. Factores determinantes del riesgo metabólico en el tratamiento con antipsicóticos atípicos. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid; 2014.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Diferencias en la satisfacción de vida entre ancianos diabéticos y no diabéticos de Jaén

Autores:

María Rodríguez Mármol⁽¹⁾

Rafael Muñoz Cruz⁽¹⁾

*⁽¹⁾Diplomada/o en Enfermería. Enfermera/o
Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel. España.*

*Dirección para correspondencia:
rodriguezmarholm@gmail.com*

Recibido: 13 de mayo de 2017
Aceptado: 28 de agosto de 2017

RESUMEN

La población anciana en nuestra sociedad está creciendo, y junto a ella el número de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (DM). Este hecho justifica este estudio, cuyo objetivo es analizar e identificar las diferencias que existen hacia la satisfacción con la vida entre personas con DM y personas que no tienen esta patología, en la ciudad de Jaén.

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal sobre 180 ancianos de los cuales la mitad estaban diagnosticados de DM, utilizando un cuestionario autoadministrable, validado y compuesto por 11 ítems con 6 opciones de respuesta para cada pregunta, en forma de escala tipo Likert. El alfa de Cronbach del instrumento fue de 0,80.

Se realizó un análisis descriptivo y bivalente donde la media de edad fue de 75,8 años, siendo el 52% hombres. De los 90 diabéticos, el 38,9% eran insulino dependientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los que padecían DM y eran insulino dependientes presentaban menor puntuación en calidad de vida.

La diabetes afecta negativamente a la satisfacción de la vida de los ancianos de la muestra estudiada, especialmente si el tratamiento de la DM se realiza con insulina.

Palabras clave: satisfacción personal; anciano; Diabetes Mellitus tipo 1; Diabetes Mellitus tipo 2; calidad de vida

ABSTRACT

The older population is growing in our society, along with the number of chronic diseases such as diabetes mellitus (DM). This fact justifies this study, whose aim is to analyse and identify differences in life satisfaction among people with and without DM in the town of Jaen.

A descriptive cross-sectional study was carried out on 180 elderly people, half of them were diagnosed with DM. A validated self-administered questionnaire was used. It contained 11 items, which were graded with a six point scale (likert). Cronbach's Alpha coefficient was 0.80.

A descriptive and bivariate statistical analysis was performed. Their average age was 75.8 years old, and 52 percent of the participants were men. In patients with diabetes (90 persons), 38.9% were insulin-dependent diabetic mellitus. Statistically significant differences were found. Those with insulin-dependent diabetes mellitus had lower quality of life scores.

The presence of Diabetes has a negative impact on life satisfaction in older adults specially those on insulin therapy.

Keywords: personal satisfaction; aged; Diabetes Mellitus, type 1; Diabetes Mellitus, type 2; quality of life

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Actualmente, existen algunos datos interesantes sobre la Diabetes Mellitus (DM) que nos dan idea de la magnitud de esta enfermedad:

- En nuestro país (España), aproximadamente el 17,65% de personas entre 65 y 74 años padecen DM, aunque este porcentaje se eleva hasta el 20,38% cuando los datos se refieren a personas de más de 75 años⁽¹⁾.
- El 25,9% de la población mayor de 65 años de Estados Unidos padecen DM⁽²⁾.

A pesar de que el envejecimiento no es una enfermedad, es una etapa en la que existen diferencias en la salud con respecto a las personas jóvenes, y estas diferencias se acentúan a lo largo de los años influyendo negativamente en la satisfacción de vida (3). Esta satisfacción está relacionada con la autopercepción de salud⁽⁴⁾, ya que el envejecimiento de las personas a nivel emocional y social puede dar lugar a enfermedades como la diabetes tipo II⁽⁵⁾ y a otras enfermedades crónicas que su padecimiento, sirven como indicador de la calidad de vida de los ancianos⁽⁶⁾.

La DM es un problema de salud pública por ser una de las enfermedades prevalentes entre los ancianos y que ha supuesto un aumento de la mortalidad en este grupo de edad^(7,8) y un factor de riesgo para enfermedades coronarias y cardiovasculares⁽⁹⁾. En España, es la mayor causa de insuficiencia renal crónica terminal en edades entre 45 y 74 años⁽¹⁰⁾. Debido a los controles

del nivel de glucosa en sangre y la necesidad de pautas correctoras, así como el conocimiento de una dieta adecuada y una actividad física adaptada a las necesidades de la persona, la DM influye notoriamente en la calidad de vida de las personas que la padecen, deteriorándola por el carácter degenerativo de la enfermedad^(11,12,13). Está relacionada con una mayor exposición a factores de riesgo como dieta inadecuada, obesidad o sedentarismo y con una menor esperanza de vida⁽¹⁴⁾; sin embargo, la esperanza de vida no se traduce en una mejor calidad de vida^(15,16).

El colectivo de ancianos demanda cada vez con más fuerza recursos sanitarios y sociales⁽¹⁷⁾, ya que existen diversos aspectos como la morbilidad, la discapacidad, la familia, el apoyo social, el nivel de instrucción o la autonomía que influyen en la satisfacción y calidad de vida de este tipo de personas^(18,19,20,21,22).

Enfermería tiene un papel fundamental en la educación sanitaria en lo que adherencia al tratamiento se refiere^(23,24), en el manejo de bombas de infusión continua de insulina⁽²⁵⁾... etc. En definitiva, se puede decir que mediante una buena formación sobre la enfermedad disminuyen las complicaciones y, en consecuencia, la afectación a su calidad de vida^(26,27).

JUSTIFICACIÓN

Existen diferentes motivos por los que los autores han decidido llevar a cabo este estudio. El primero de ellos es el elevado porcentaje de personas que padecen DM en nuestro país y la escasa

literatura encontrada con la satisfacción que estos tienen con la vida en una edad avanzada.

Por otro lado, influye en su realización, la inquietud de los autores en lo que a pacientes diabéticos se refiere. Este hecho viene dado por el alto número de pacientes de edad avanzada que ingresan en los servicios de Atención Especializada con diversas patologías pero que, como patología de base, se encuentra la DM.

Por último, resulta bastante interesante desde el punto de vista científico y de la disciplina Enfermera analizar las diferencias que pueden existir entre una persona diagnosticada y no diagnosticada de DM en lo que a satisfacción con la vida se refiere, para saber de qué manera influye en su calidad de vida el estar sometido al control y tratamiento de dicha patología, el hecho de tener una medicación diaria, el control estricto de la glucemia o la preocupación por tener una dieta adecuada a la DM.

OBJETIVO

Analizar e identificar las diferencias que existen hacia la satisfacción con la vida entre personas con DM y personas que no tienen esta patología, en la ciudad de Jaén.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en 180 personas mayores de 70 años de edad de la ciudad de Jaén. Del total de la muestra, la mitad padecían DM y la otra mitad no. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico de conveniencia, debido a la disponibilidad de recursos de los autores del trabajo.

Los datos fueron recogidos en cuatro Centros de Salud de Jaén, como fueron C.S. Federico del Castillo, C.S. Virgen de la Capilla, C.S. Belén y C.S. El Valle, durante los meses de noviembre de 2015 a febrero de 2016, mediante un cuestionario que mide la satisfacción hacia la vida en la tercera edad (Anexo I). Consta de 11 ítems donde las opciones de respuesta es una escala Likert de 1 a 6, siendo 1 "totalmente de acuerdo" y 6 "totalmente en desacuerdo". En los ítems 2, 4, 5 y 6 la escala de respuesta se invierte, es decir el 1 corresponde a "totalmente en desacuerdo" y el 6 a "totalmente de acuerdo". El puntaje total se calcula sumando la puntuación de cada ítem y oscila entre 11 y 66, siendo el punto medio 39. A menor puntaje mayor satisfacción con la vida. Este cuestionario presenta una consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 (3).

Además del cuestionario se recogieron variables sociodemográficas como la edad, sexo, si tenían o no DM y a su vez si eran insulino dependientes o tomaban antidiabéticos orales (ADO). La cumplimentación del cuestionario fue de carácter voluntario y anónimo, previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 22, realizándose cálculos descriptivos a través de media, desviación estándar (DE) y moda para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se usaron porcentajes y frecuencias.

En los análisis donde la variable independiente era cualitativa y la dependiente era cuantitativa se llevó a cabo

con el estadístico t-Student, y en los casos donde este no podía utilizarse, ya que no cumplía los requisitos de normalidad y homocedasticidad (igualdad entre las varianzas de los grupos que se comparan), se llevó a cabo a través de la U de Mann-Withney.

En todos los casos se ha considerado que existen diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de significación es menor a 0,05.

En aquellos casos donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas se calculó la fuerza de asociación a través de la D de Cohen y su intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

La muestra fue de 180 sujetos de los cuales 50% (90) tenían DM y 50% (90) no la tenía. La media de edad de la muestra total fue de 75,79 ±5,037 años. Del total de sujetos estudiados, el 52,2% (94) fueron hombres, cuya media de edad fue de 76,31±5,129, y el 47,8% (86) fueron mujeres cuya media de edad fue de 75,22±4,902. Del total de sujetos con DM, el 56,6% (51) eran hombres, de los cuales el 51,4% (18) eran insulino dependientes y el 60% (33) tomaban ADO, mientras que del 43,3% (39), que eran mujeres con DM, el 48,7% (17) eran insulino dependientes.

En el análisis descriptivo del cuestionario, considerando la muestra total, se obtuvieron las medias de puntuación de cada ítem:

	Media ± DE	Moda
1. A medida que envejezco las cosas parecen mejor de lo que pensé.	2,97±1,314	3
2. Ser adulto mayor es la etapa más triste de mi vida.*	3,99±1,179	4
3. Me siento tan feliz como cuando era joven.	3,20±1,309	3
4. Disfrutaría más mi vida si no fuera tan aburrida.*	3,61±1,221	4
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.*	3,58±1,315	4
6. Las cosas que hago ahora son aburridas o monótonas.*	3,25±1,263	3
7. Las cosas que hago actualmente son tan interesantes como siempre.	3,59±1,250	4
8. Mi vida como adulto mayor es genial.	3,71±1,361	4
9. Todo es simplemente extraordinario en esta etapa de mi vida.	3,06±1,231	3
10. Cuando miro hacia el pasado me siento bien satisfecho/a.	2,72±0,940	3
11. Me gusta todo lo que hago en esta etapa de mi vida.	3,16±1,201	3
Puntuación media total del cuestionario	36,84±6,03	32

* La escala de respuesta está invertida.

Tabla 1. Análisis descriptivo del cuestionario con la muestra total.

La puntuación media del cuestionario total en función de las variables sociodemográficas estudiadas, se puede observar en el Gráfico 1.

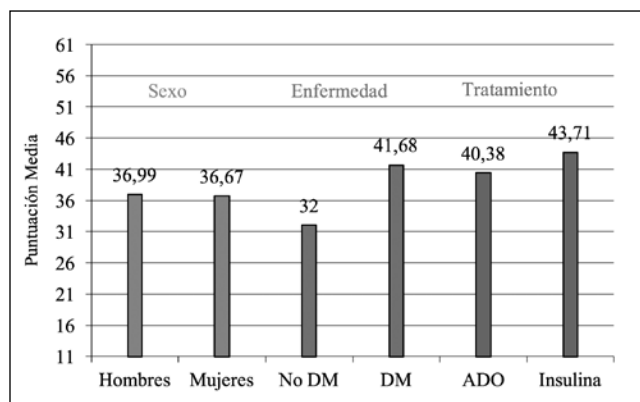


Gráfico 1. Puntuación media del total del cuestionario en función del sexo, DM y tratamiento antidiabético.

Al realizar el análisis bivalente, se compararon los grupos en función de la variable "DM", y se obtuvieron las diferencias significativas para los ítems expuestos en la siguiente tabla:

En función de la variable "DM"			
	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
1. A medida que envejezco las cosas parecen mejor de lo que pensé.	0,000	-0,71	[-1,01; -0,41]
2. Ser adulto mayor es la etapa más triste de mi vida.	0,004	0,43	[0,14-0,73]
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.	0,000	-1,16	[-1,48; -0,84]
8. Mi vida como adulto mayor es genial.	0,000	-1,23	[-1,56; -0,91]
Total	0,000*	-2,70	[-3,10; -2,29]

*Estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 2. Diferencias estadísticamente significativas en función de la variable "DM" a través de la T de Student.

Las diferencias estadísticamente significativas que se obtuvieron, mostraron que:

- aquellos que padecían DM estaban más en desacuerdo con las afirmaciones de "A medida que envejezco las cosas parecen mejor de lo que pensé", "Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora", y "Mi vida como adulto mayor es genial";
- más de acuerdo con la afirmación "Ser adulto mayor es la etapa más triste de mi vida" que aquellos que no padecían DM;
- en cuanto al puntaje total, aquellos que padecían DM presentaban menos satisfacción con la vida que los que no la padecían.

Dentro de los que padecen DM, al comparar en función del tratamiento que utilizan, antidiabéticos orales frente a insulino-terapia, se obtuvieron las diferencias significativas para los ítems expuestos en la Tabla 3.

En función del tratamiento antidiabético			
	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
3. Me siento tan feliz como cuando era joven.	0,009*	-0,58	[-1,01; -0,15]
6. Las cosas que hago ahora son aburridas o monótonas.	0,038*	-0,46	[-0,89; -0,04]
11. Me gusta todo lo que hago en esta etapa de mi vida.	0,000	-0,88	[-1,32; -0,44]
Total	0,000*	-0,83	[-1,26; -0,39]

*Estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Diferencias estadísticamente significativas en función del tratamiento antidiabético a través de la T de Student.

Aquellas personas que mantenían un tratamiento con antidiabéticos orales, se mostraron más de acuerdo con afirmaciones como "Me siento tan feliz como cuando era joven" y "Me gusta todo lo que hago en esta etapa de mi vida", estando más en desacuerdo con la afirmación "Las cosas que hago ahora son aburridas o monótonas" que aquellos que eran insulino-dependientes. En cuanto al puntaje total, los que utilizaban antidiabéticos orales presentaban más satisfacción con la vida que los que usaban insulina.

Del análisis en función del sexo de los participantes, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

En relación a la satisfacción con la vida, podemos afirmar que la muestra estudiada refleja satisfacción en su conjunto; teniendo en cuenta que el punto medio de la encuesta es 39 y los resultados indican 32 puntos.

Los hombres con DM, e insulino-dependientes son los que presentan una media de puntuación total más elevada frente a las mujeres, a los no diabéticos y a los que se tratan con ADO. Estos peores niveles de satisfacción pueden estar relacionados con el dolor y neuropatía diabética que Alves y cols. describen en su estudio, que no se compara con el nivel de satisfacción pero que sí se define como un factor influyente en la calidad de vida de la persona⁽⁶⁾.

El análisis bivalente mostró que las variables referidas a ser diabético o no y al tratamiento con insulina mostraron diferencias significativas respecto a la satisfacción con la vida de los participantes. Respecto al hecho de ser diabético o no, fueron los que sí padecían la enfermedad los que estaban más en desacuerdo con que "a medida que envejecen las cosas parecen mejores de lo que pensaban" y con que "la vida de anciano es genial", pero están más de acuerdo en que "Mi vida podría ser

más feliz de lo que es ahora". Estos resultados parecen estar relacionados con los obtenidos por Bugallo, Gandoy y Gómez en un centro social⁽¹⁷⁾ en el que el hecho de "tener buena salud" es el más importante a la hora de presentar buena calidad de vida. Una de las causas podría ser, por ejemplo, la disfunción y el interés sexual que de los Ríos y cols. encuentran en su muestra⁽¹²⁾.

Por contra, los ancianos que padecían diabetes estaban más de acuerdo para la afirmación referida a que la ancianidad es la etapa más triste de sus vidas. En el mismo sentido, también hay que recalcar los resultados obtenidos por Inga y Vara⁽¹⁹⁾ donde los ancianos tienen más días de tristeza, melancolía o preocupación, especialmente aquellos que tienen estudios superiores.

Respecto al tratamiento con insulina, fueron los diabéticos insulino dependientes los que se encontraban más de acuerdo con el ítem referido a que las cosas que hacen ahora son aburridas y monótonas, pero se encontraban más en desacuerdo que los que tomaban ADO para afirmaciones referidas a que "se sienten tan feliz como cuando eran jóvenes" y que "les gusta todo lo que hacen en esta etapa de sus vidas". Estos resultados son comparables a los obtenidos por Beléndez y cols en su estudio transversal⁽¹³⁾, donde se observó que más de la mitad de los pacientes en tratamiento con insulina presentaban altos niveles de estrés, hecho que puede afectar negativamente a su calidad y satisfacción con la vida. Una posible solución a este problema sería, tal y como afirman García y González⁽²⁵⁾, la utilización de bombas de infusión de insulina, las cuales van a permitir a los participantes un mejor control glucémico con menos inyecciones cada día.

En general, los que no padecían diabetes estaban más satisfechos con su vida que los diabéticos, y dentro de estos últimos, aquellos que tomaban ADO estaban más satisfechos con su vida que los insulino dependientes. De este modo se puede concluir diciendo que, en la muestra estudiada y a diferencia de lo que afirma el estudio de Botero y Pico⁽¹⁵⁾ donde el sexo femenino se asocia a una mayor calidad de vida y el de Peláez, Acosta y Carrizo⁽⁴⁾ donde el sexo femenino se asocia a una mejor auto percepción de la salud, pero no influye en la satisfacción con la vida. No se encontraron estudios que comparen la satisfacción con la vida en función del sexo de los participantes, pero llama la atención, por ejemplo, que en el estudio de Botero y Pico⁽¹⁵⁾ son la mujeres las que se asocian a una mejor calidad de vida, pero que en el estudio de Melguizo-Herrera⁽²²⁾ fueron los hombres los que presentaban mejores índices de percepción global de calidad de vida, que como se ha dicho, no son lo mismo que la satisfacción con la vida, pero que son resultados que pueden estar relacionados.

Además, el hecho de ser diabético y de tener un tratamiento con insulina disminuye este nivel de satisfacción. Como afirma el estudio llevado a cabo en el año 2015 por Meza y Ruiz⁽²⁶⁾ el rol de Enfermería es fundamental a la hora de elaborar una buena estrategia educativa, de manera que disminuyan las posibles complicaciones que esta patología puede producir, incrementando la satisfacción con la vida de este grupo de pacientes; en el mismo sentido y al igual que concluye el estudio de Padrón y cols.⁽¹⁴⁾, también es necesaria la actuación de los profesionales de Atención Primaria en lo que se refiere a acciones de promoción de la salud y prevención de complicaciones sobre los ancianos con diabetes mellitus.

Al tratarse de un estudio descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico, no se puede medir temporalidad ni se puede considerar una muestra no extrapolable. Sin embar-

go, puede servir como punto de partida para futuras investigaciones en las que se disponga de unos recursos que permitan obtener conclusiones proyectables a iguales poblaciones y que favorezcan la implantación y el fomento de acciones saludables para la población con DM.

A nivel de Enfermería, es necesario fomentar el nivel de satisfacción con la vida de este tipo de pacientes. Para ello, la prevención es la mejor forma de evitar la DM y, consecuentemente sus complicaciones. Si la enfermedad aparece, una adecuada educación para la salud incrementará la puntuación en lo que a satisfacción de vida se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coduras A, del Llano J, Caicoya M. La diabetes tipo 2 en España: estudio crítico de la situación [monografía en Internet]. Fundación Gaspar Casal. Madrid: Fundación Gaspar Casal para la investigación y el desarrollo de la salud; 2012 [consultado 1/9/2015] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDiabetes_Tipo2.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352802781776&ssbinary=true
2. La diabetes en España. Fundación para la Diabetes. [consultado 1/9/2015]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/prensa/297/la-diabetes-en-espana>
3. Kantún-Marín MA, Moral J, Gómez-Meza MV, Salazar-González BC. Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. *Aquichan*. 2013;13(2):148-158.
4. Peláez E, Acosta LD, Delia Carrizo ED. Factores asociados a la auto percepción de salud en adultos mayores. *Rev Cub Salud Pública*. 2015;41(4).
5. Méndez V, Becerril V, Morales M, Pérez VM. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. *Ciencia y Enferm*. 2010;16(3):103-109.
6. Alves EC, Souza LP, Santos W, Oliveira M, Yoshitome A, Gamba M. Condiciones de salud y funcionalidad de ancianos con Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria. *Enferm Global*. 2014;13(34):1-18.
7. dos Santos DM, Maciel R, Aparecida F. Qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus. *Ciênc. cuid. Saúde*. 2011;10(2):290-297.
8. Vázquez MGE, González Ibarra CP, Banda OL, Vázquez MG, Rangel NE. Control metabólico de los adultos mayores con padecimientos de diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Av Enferm*. 2011;29(1):22-29.
9. García LA, Beatón YB, Couso C. Morbilidad oculta del síndrome metabólico en ancianos con diabetes mellitus de tipo 2. *Medisan*. 2013;17(12):9044-9050.
10. Bandera ML, Carreño MJ. Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud, función y satisfacción sexual en el comienzo de la hemodiálisis. *Rev Paraninfo Digital*. 2014;8(20).
11. Gutiérrez N, Cristóbal E, Miguel D. Efectividad del autocontrol de la glucemia en sangre para la mejora de la educación en diabéticos tipo 2 no insulino dependientes. *Nure Inv*. 2014;11(69).
12. de los Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS*. 2004;42(2):109-116.
13. Beléndez M, Lorente I, Maderuelo M. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. *Gac Sanit*. 2015;29(4):300-303.

14. Padrón O, Crespo DA, Breijo H, Gil BV, Sandrino M. Características epidemiológicas y clínicas de los ancianos con diabetes mellitus. *Rev Cienc Med Pinar del Río*. 2013;17(4):2-10.

15. Botero BE, Pico ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Promoción Salud*. 2007;12:11-24.

16. García G, García B, Nava V, Moreno M, Morales A, Ramos JA. Calidad de vida de adultos mayores de un contexto rural desde la mirada del SF-36. *Enferm comunitaria*. 2013;9(2).

17. Bugallo C, Gandoy M, Gómez C. La calidad de vida de los sujetos usuarios de un centro social de personas mayores. *Gerokomos*. 2014;25(3):103-106.

18. Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, París MS, Martínez-López I, Forjaz MJ. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89(1):51-60.

19. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*. 2006;5(3):475-486.

20. Alfonso L, Soto D, Santos NA. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev Cienc Md Pinar del Río*. 2016;20(1):1293-1299.

21. Ramírez ES, Hernández B, Morales KP, Gabriela D, Cisneros AL, García B. Calidad de vida en Adultos Mayores. *Rev Paraninfo Digital*. 2015;9(22).

22. Melguizo-Herrera E, Ayala-Medrano S, Grau-Coneo M, Merchán-Duitama A, Montes-Hernández T, Payares-Martínez C, et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*. 2014;14(4):537-548.

23. Zenteno-López MA, García-Madrid G, Marín-Cahgoya MA, Flores-Merlo M, García-Solano B. Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2. *Rev Paraninfo Digital*. 2015;9(22).

24. Escandón-Nagel N, Azócar B, Pérez C, Matus V. Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Rev Psicoterapia*. 2015;26(101):125-138.

25. García B, González R. Revisión crítica de la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 1 en tratamiento con bombas de infusión continua. *Rev Paraninfo Digital*. 2013;7(19).

26. Meza ME, Ruiz T. Intervención educativa en Adultos mayores para prevenir complicaciones en Diabetes mellitus tipo II en Primer Nivel de Atención. *Rev Paraninfo Digital*. 2015;9(22).

27. de Oliveira AK, de Oliveira AP, Campos MC, Pereira RS, Carvalho AC, de Melo T. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2013;14(2).

ANEXO I

Cuestionario Satisfacción con la vida en la tercera edad.

Marque con una cruz la casilla que considere más adecuada para su satisfacción con la vida, siendo el 1 "Totalmente de acuerdo" y el 6 "Totalmente en desacuerdo". En los enunciados 2,4, 5 y 6, marcados con un asterisco, el significado de la respuesta se invierte, es decir, el 1 significa "Totalmente en desacuerdo" y el 6 "Totalmente de acuerdo".

	1	2	3	4	5	6
1. A medida que envejezco las cosas parecen mejor de lo que pensé.						
2. Ser adulto mayor es la etapa más triste de mi vida.*						
3. Me siento tan feliz como cuando era joven.						
4. Disfrutaría más mi vida si no fuera tan aburrida.*						
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.*						
6. Las cosas que hago ahora son aburridas o monótonas.*						
7. Las cosas que hago actualmente son tan interesantes como siempre.						
8. Mi vida como adulto mayor es genial.						
9. Todo es simplemente extraordinario en esta etapa de mi vida.						
10. Cuando miro hacia el pasado me siento bien satisfecho/a.						
11. Me gusta todo lo que hago en esta etapa de mi vida.						



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

¿Por qué acuden los niños a urgencias?

Autores:

Sara Agustín Oliva⁽¹⁾

Andrea Agustín Oliva⁽²⁾

⁽¹⁾Diplomada en Enfermería, Máster de Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales en el Crecimiento y Desarrollo. Universidad de Zaragoza. Dirección Provincial del IASS. Huesca.

⁽²⁾M.I.R. Obstetricia y Ginecología. H.U.M.S. Zaragoza. Máster en Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales en el Crecimiento y Desarrollo. Universidad de Zaragoza.

*Dirección para correspondencia:
saraagustihu@hotmail.com*

Recibido: 20 de enero de 2017

Aceptado: 25 de septiembre de 2017

RESUMEN

Durante los últimos años se ha observado una transformación de la asistencia sanitaria caracterizado por un aumento de las urgencias pediátricas.

El objetivo es estudiar los motivos de consulta de los niños atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital de Barbastro durante los meses de Octubre a Diciembre del 2014.

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 1.118 niños/as. Analizando el perfil epidemiológico de la muestra en base al motivo de consulta, edad pediátrica, centro sanitario de referencia y factores asociados.

Los menores de 2 años acudieron con mayor asiduidad. Los motivos más frecuentes fueron lesiones y traumas (26,6%), respiratorios (22,6%), gastrointestinales (22%) y fiebre (10,9%). Acudieron en un 52% de lunes a jueves, especialmente en turno de tarde en un 50,2%. Un 51% acudieron previamente al Centro de Salud.

En las etapas infantiles son las patologías infecciosas las predominantes mientras que en los más mayores son los traumatismos. El aumento de visitas en horario de tarde se corresponde con el fin de la jornada laboral y al ritmo circadiano de algunas patologías. La promoción de la salud y prevención de las enfermedades ayudará evitar la saturación del servicio.

Palabras clave: motivos de consulta, urgencias, pediatría

ABSTRACT

Over the past few years, change in health care has been observed which was characterized by an increase in the number of visits to the pediatric emergency department.

The main aim of this study is to determine the reasons for visits in pediatric emergency department at Barbastro hospital from October to December 2014.

Descriptive cross-sectional study was carried out on total of 1118 children. The epidemiological profile of this sample was analyzed in terms of reasons for consultation, pediatric age, reference centers and associated factors.

Children under age two visit more frequently to the emergency department. The most common reasons were injuries and traumas (26.6%), respiratory illness (22.6%), functional gastrointestinal disorders (22%) and fever (10.9%). On one hand, 52 percent attended ED on Monday through Thursday, particularly in afternoon and evening shifts (50.2%). On the other hand, 51 percent of them previously made contact with primary health care.

Infections are the main diseases in children meanwhile traumas are more likely to affect older adults. The increase in the number of visits in the afternoon / evening is related to the end of the working day and some of the circadian rhythm disorders. Health promotion and disease prevention will help to avoid crowded service.

Keywords: ambulatory care, emergency, pediatrics

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias han aumentado en la última década por diversos factores tales como, la necesidad de recibir una atención rápida a un problema de salud o la cantidad de información que se recibe a través de los medios de comunicación relacionada con la salud, que no se sabe interpretar de manera correcta y por otros diversos motivos; esto tiene como consecuencia una inadecuada utilización del sistema sanitario^{1,2}.

En la atención de las urgencias pediátricas, los motivos de consulta también han aumentado y se han modificado, éste hecho se puede explicar por los cambios en el modo y el estilo de vida de la sociedad con un modelo sanitario centrado en el Hospital como el centro de atención a cualquier motivo de consulta sin haber acudido previamente a los centros apropiados como son los centros de Atención Primaria (AP) con servicio de atención pediátrica o a los servicios de Atención Continuada (AC)³.

Es preciso que la ciudadanía conozca los servicios de los que dispone nuestro sistema sanitario para su atención y hacer un buen uso de ellos. De este modo, la correcta utilización de la Atención Primaria, ayudaría a corregir la saturación que se ha establecido en los últimos años en los servicios de urgencias hospitalarias⁴.

Conocer las inquietudes de los demandantes, sus motivos para acudir al servicio de urgencias y la gravedad del motivo,

son necesarios para poder dar una respuesta eficaz al problema y poder actuar sobre los problemas principales que inquietan en la sociedad, organizar los servicios según necesidades y elaborar estrategias a nivel de salud pública para desmasificar el servicio de urgencias (SU) y poder hacer un seguimiento de las patologías instauradas en la sociedad⁵.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de la sociedad en la atención de la salud, se han implantado diferentes estrategias, en los servicios de urgencias hospitalarias, para poder distribuir y priorizar las demandas recibidas como son: las guías de información, intervenciones de promoción y prevención de la enfermedad en el ámbito de AP, así como en los propios servicios de urgencias mediante la aplicación del "Triaje" que, a través del programa informático ayuda a establecer la gravedad de la consulta. Es una herramienta con un pequeño índice de error que permite identificar problemas de salud en un breve espacio de tiempo y reducir las demoras innecesarias de manera segura y eficaz. El Triaje consta de 5 niveles de gravedad^{6,7,8}.

- Nivel 1: Código rojo, urgencia vital. El acceso es inmediato.
- Nivel 2: Código naranja, emergencia. Demora de asistencia de 15 minutos
- Nivel 3: Código amarillo, urgencia. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel 4: Código verde, semiurgente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel 5: Código azul, no urgencia. Demora de hasta 240 minutos.

Muchos de los motivos de consulta en urgencias pediátricas no cumplen criterios para ser considerados como urgencias o emergencia y en ocasiones solo sirven para tranquilizar a los padres más que para hacer un diagnóstico e instaurar un tratamiento⁹. La mayor parte, acuden a urgencias por propia iniciativa sin haber sido atendidos por el médico o el pediatra de su Centro de Salud (CS) de referencia; éste es uno de los motivos por lo que no es posible realizar un seguimiento de la patología consultada y conocer si responde o no al tratamiento pautado, es decir conocer la evolución.

En la sociedad actual, los servicios de urgencias son una entrada de fácil acceso al sistema sanitario donde se da una respuesta de manera rápida y eficaz a las demandas de salud, dando una cobertura total gracias a los diversos servicios de los que cuenta el Hospital, además de la disponibilidad de ser visitado por el especialista. El acceso a estos recursos impulsa a usar de manera incorrecta los servicios sanitarios del sistema de salud, primando el acceso a los recursos sin tener en cuenta las necesidades reales de la situación¹⁰.

Una de las mayores inquietudes para los padres reside en la visita por parte del pediatra durante la demanda de salud, la falta de ésta especialidad en AC en horario de tarde y de noche contribuye a acudir al servicio de urgencias del Hospital. La presencia de dicha especialidad en los servicios de urgencias conllevaría a una mejora a nivel de distribución de las demandas como a nivel de satisfacción¹¹.

JUSTIFICACIÓN

Como se ha expuesto, el mantenimiento de la salud es un tema de gran importancia que conlleva preocupaciones en la población y en especial cuando se trata de la salud infantil a nivel de las familias. Además del estilo de vida actual que requiere respuestas inmediatas y la necesidad permanente del mantenimiento de la salud.

Por estas razones se justifica este trabajo con el fin de conocer los motivos más frecuentes atendidos en el servicio de urgencias y el contexto en que se realizan; así como conocer las inquietudes y preocupaciones de las familias y poder dar una respuesta adecuada a sus necesidades.

OBJETIVOS

General:

- Conocer la epidemiología de los motivos de consulta de los pacientes en edad pediátrica en el servicio de urgencias.

Específicos:

- Explorar los diferentes motivos de la demanda urgente según edad y sexo.
- Analizar el número de demandas según la hora del día y el día de la semana.
- Conocer el número de pacientes que habían sido atendidos AP, por el mismo motivo de demanda.
- Conocer el número de casos atendidos por Pediatría en el SU.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en una muestra de 1.118 personas de edades comprendidas entre los 0 años hasta los 14 años de edad, atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital de Barbastro desde el 1 de Octubre del 2014 hasta el 31 de Diciembre del 2014.

La información fue obtenida del listado general administrativo del Servicio de Urgencias, accediendo a las Historias Clínicas de los pacientes seleccionados y a los datos proporcionados por el programa informático PCH del SU.

Las variables del estudio fueron:

Motivo de la demanda, sexo, edad, demanda en AP, día de la semana, hora de consulta, asistencia pediátrica.

Los datos se procesaron informáticamente en el programa Microsoft Excel, aplicación distribuida por Microsoft Office y se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. El análisis estadístico consistió en el cálculo de las frecuencias relativas y la asociación entre variables con las tasas de contingencia mediante la prueba de Chi- Cuadrado.

Se realizó bajo la aprobación de la Gerencia del Sector Sanitario de Barbastro y bajo las normas que regulan el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes al personal de las administraciones públicas^{12,13}.

RESULTADOS

Tras el análisis, la clasificación en cuanto al sexo fue de 594 niños y 524 niñas, con una edad media de 5,52 años.

La edad se analizó según la edad cronológica y según las etapas en las edades pediátricas.

Según la edad cronológica, se dividió en meses y años; se observa un aumento de las demandas en urgencias en edades menores de 1 mes con un 2%. Seguidamente le siguen las demandas en lactantes de 1 año de edad, con un máximo de 15% y finalmente se encuentran los niños de 13 años con un 6%.

Según las etapas de la edad pediátrica, se observa que la demanda varía, siendo los lactantes el grupo que más visitas realizó, seguido de los escolares y los de edad preescolar (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de la muestra por etapas de edad pediátrica.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Neonatos (0- 28 días)	34	3
Lactantes (1 mes-2 años)	332	29,7
Preescolares (2-5 años)	311	27,8
Escolares (6-11 años)	323	28,9
Adolescentes (12-18 años)	118	10,6

Se realizó una clasificación de los motivos más comunes evaluados según el Triage y se clasificaron por síntoma según órganos corporales. Los motivos que ocasionan mayor demanda son las lesiones y traumas con 26,6%, problemas respiratorios con 22,6%, problemas gastrointestinales con 22% y fiebre con 10,9% (Gráfico 1).

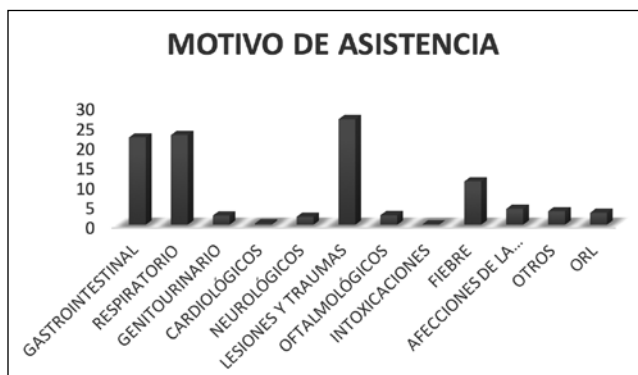


Gráfico 1: Distribución de la muestra por motivos de asistencia (en porcentajes).

Los motivos más frecuentes se clasifican en (Tabla 2):

- Los neonatos, son los respiratorios y los denominados "otros".
- En los lactantes, continúan siendo los motivos respiratorios las más habituales, seguido de los problemas gastrointestinales, la fiebre y las lesiones traumáticas.
- En los preescolares, los motivos respiratorios continúan situándose en cabeza, dejando por detrás a los motivos gastrointestinales, lesiones y fiebre con valores muy semejantes.
- En la edad escolar, se observa como la patología traumática se sitúa en primer lugar con un 48,9%, seguida de los problemas gastrointestinales y los respiratorios.
- En la etapa adolescente, los resultados son muy semejantes a la escolar, siendo la patología traumática la que más destaca con un 57,6%.

Tabla 2: Relación entre la edad pediátrica y los motivos de asistencia (en porcentajes).

	Neonato	Lactante	Preescolar	Escolar	Adolescente
Gastrointestinal	17,6	25	21,8	20,1	20,1
Respiratorio	24,6	34,6	29,2	10,2	4,2
Genitourinario	0	0,9	3,8	2,4	2,5
Cardiaco	0	0	0	0,3	2,5
Neurológico	0	1,8	1,2	3	2,5
Lesiones	0	6,6	16	48,9	57,6
Oftálmico	14,7	0,9	2,5	3	0,8
Intoxicaciones	0	0,3	0	0	0
Fiebre	11,7	18,3	14,7	2,4	2,5
Dermatológicos	0,2	4,2	2,8	4,9	4,2
Otros	24,6	4,8	1,9	2,1	0,8
ORL	0	2,4	5,4	2,1	1,6
Total	100	100	100	100	100

La frecuencia de la asistencia no establece grandes diferencias siendo de lunes a jueves un 52% y de viernes a domingo un 48%. Se produce especialmente en horario de tarde de 15h-22h con un 50,2%, seguido de las mañanas de 8h-15h con 33,9% y por último la noche de 22h-8h con 15,7%.

Atendiendo a la franja horaria, es el turno de tarde de 15h-22h el que presenta una relación estadísticamente significativa con una $p=0,001$, donde son los niños en edad escolar los que acuden con mayor frecuencia durante la semana, de lunes a jueves con un 117,2%, seguido de los lactantes con un 89,3% y los preescolares con 87,2%.

En el turno de mañanas, son los escolares con un 76,5% los que acuden durante la semana, seguido de los lactantes y los preescolares que durante el fin de semana acuden con un 76,8% y un 64,6% respectivamente. En el turno de noche son los lactantes con un 39,3% entre semana, los que más demandan (Gráfico 2).

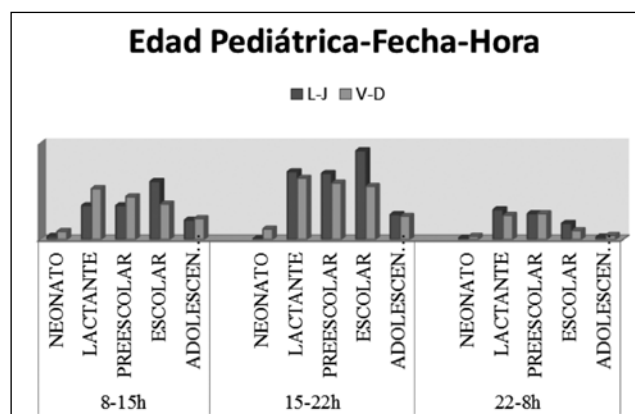


Gráfico 2: Relación entre edad pediátrica, fecha y hora.

Se analizó las visitas que se realizaron por el mismo proceso patológico a AP y posteriormente acudieron a urgencias intrahospitalario, un 51% de la muestra, había acudido previamente a AP.



Gráfico 3: Análisis de las visitas efectuadas en AP.

Las visitas ocasionadas a AP fueron en su mayoría por patología respiratoria y posteriormente acudieron al SU para ser valorados por el Pediatra en 87 casos, por el contrario, existen 38 casos que no acudieron al centro de AP, sino que fueron directamente al SU del Hospital.

Se analizó la visita pediátrica en el SU por un Pediatra, en un 26,7%, la visita fue realizada sólo por el Pediatra, en cambio en un 13,5% de los casos, el paciente fue valorado en primer lugar por un médico del SU y en segundo lugar por el pediatra.

Dentro de las visitas que no fueron atendidas por los pediatras se encuentran la patología traumática, 143 casos sí que acudieron al AP y 125 que no. Las patologías respiratorias

¿Por qué acuden los niños a urgencias?

y digestivas, presentan mayor demanda, 93 casos de patología respiratoria no acudieron al AP y 57 sí, en la patología digestiva; 70 casos no acudieron y 48 sí acudieron.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Son los niños varones los que acuden con más asiduidad al SU, la mayor parte de las visitas son a causa de lesiones traumáticas y accidentales, y en especial los de edad escolar y adolescente^{14,15}.

La edad es influyente debido a la complejidad en la asistencia, cuanto más pequeño más difícil la valoración. Flores explica que los menores de 24 meses tienen el mayor porcentaje de visitas anuales^{5,7,14} y Oterino afirma que el incremento del SU por los menores de 2 años^{15,16,17}, se puede explicar por la incertidumbre de los padres sobre el bienestar del niño y una inespecificidad de los signos.

Los principales motivos de consulta, a nivel general, son las lesiones y traumas con un 26,6%, seguido de los respiratorios, gastrointestinales y fiebre, coincidiendo con la bibliografía

La fiebre es uno de los principales motivos de asistencia, predominando en las primeras etapas de la infancia, y se puede considerar como una enfermedad por sí misma, según Gómez¹⁸. Para tratarla es necesario hacer una evaluación continua y conocer proceso en su totalidad, ya que si se tolera sin irritabilidad ni letargo se debe dejar que actúe como medio de defensa^{19,20,25}.

Arce Casas A. et al y el de Pérez Tirado L.^{21,24}, afirman en sus estudios que se acuden al SUH siendo el motivo de consulta leve o con signos y síntomas poco evolucionados, coincidiendo con nuestro estudio.

La disponibilidad de los servicios de AP, hace que un gran número de demandas sean visitadas por el médico de AP antes de acudir al SU, en este estudio no se encontraron diferencias significativas.

El estudio coincide con algunos publicados^{22,26}, la elevada utilización de los servicios de urgencias hace sospechar que se está haciendo un uso semejante al de AP, poniendo en riesgo la calidad asistencial, así como falta de continuidad de cuidados y de tratamiento y producir una sobrecarga del servicio de urgencias y de los servicios colaboradores de la asistencia.

Existe una predisposición a que la visita médica sea realizada por un Pediatra y la no presencia de éstos en AP en horario de tardes y noches y fines de semana, favorece las visitas en el Hospital, éste echo coincide con el estudio realizado M. Guadia Cami et al^{10,14}.

En un 60% de las demandas, no fue visto por el pediatra debido a que el motivo de consulta principal era la patología traumática, no siendo necesaria la visita del Pediatra. Una gran parte de la patología respiratoria y digestiva tiende a no acudir previamente a AP.

Es probable que la presencia de un pediatra en urgencias mejore la calidad, favoreciendo una disminución en las repeticiones de las consultas, pruebas innecesarias además de una mayor satisfacción por parte de los padres que quieren que sus hijos sean valorados por el pediatra, especialmente a los niños de corta edad o en los derivados de AP^{11,23,24}.

Diversos estudios han considerado la consulta telefónica como una ayuda para desmasificar el SU planteando medidas de educación sanitaria con la resolución del problema, orientando

a las familias si la demanda contiene síntomas susceptibles de ser valorado de manera inmediata o puede ser atendido por su médico de AP^{9,27}.

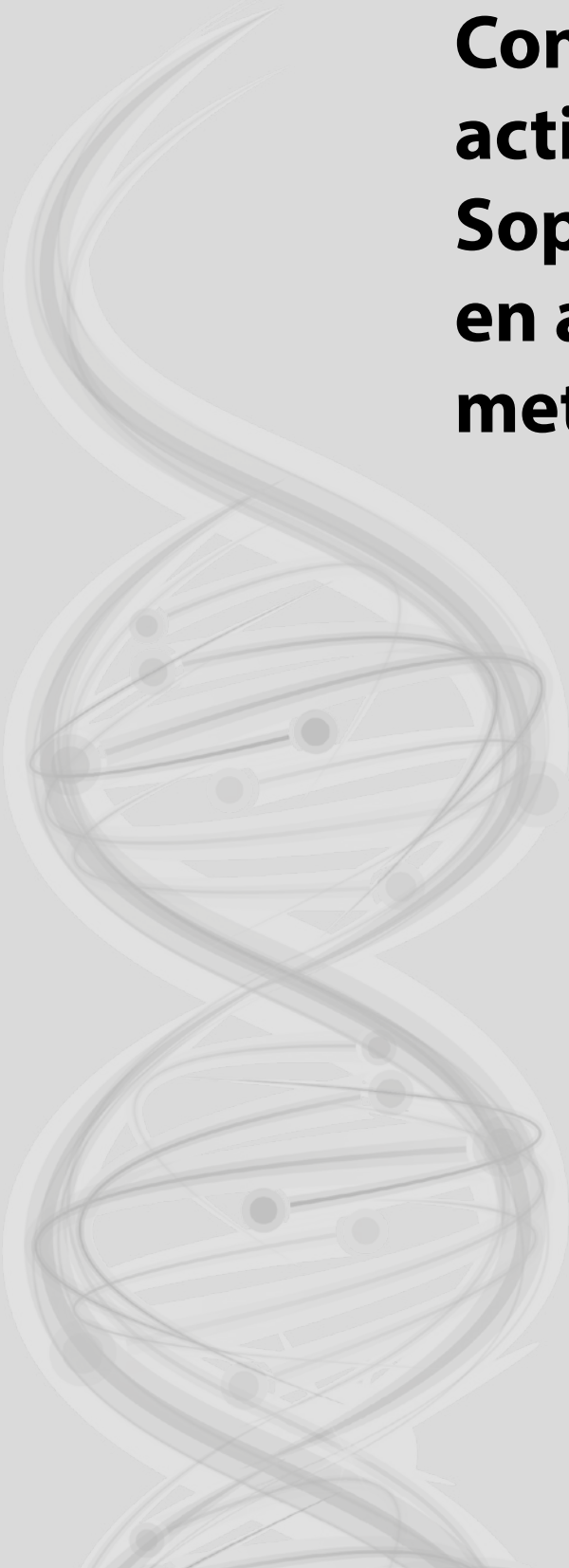
Se debe hacer uso de los servicios sanitarios según los escalones de nuestro sistema de salud para poder utilizar de manera adecuada los servicios de los que disponemos, apostando por una asistencia de calidad.

El estudio presentó limitaciones al realizarse en un solo Hospital, limitando la generalización de los resultados y no se valoró el lugar de procedencia de las demandas. Este Hospital se encuentra en zona rural y como consecuencia se debe tener en cuenta la distancia media-alta desde los municipios más alejados hasta el propio Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peiró S, Libroero J, Ridaio M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema nacional de Salud. *Gac. Sanit.* 2010;24(1):6-12.
2. Ramos Fernández JM, Montiano Jorge JI, Hernández Marco R, García García JJ. Situación de la pediatría hospitalaria en España: informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). *An Pediatr.* 2014;81(5):326.e1-326.e8.
3. Loscertales Abril M, Alonso Salas M, Cano Franco J, Charlo Molina T. Mesa Debate: "Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria". *Vox Paediatrica.* 2004. 12,2 (7-14).
4. Naya Cendón Ch, Rodríguez de la Iglesia MA, Blanco Rodríguez E. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario. Motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. *Cad Aten Primaria.* 2010. 17; 15-18.
5. Lara B, Aguilera P, Garrido M, Hirsch T, Swadron S, Saldías F. Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital universitario. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(2):174-182.
6. Cano del Pozo MI, Rabanaque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jiménez MJ, Abad Díez JM, Celorrio Pascual JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias.* 2008; 20:179-186.
7. Flores C. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias.* 2011; 23:59-64.
8. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. Enferm.* 2013. Vol.5-Nº1;42-49.
9. García de Ribera MC, Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque MR, Barrio Alonso MP, Muñoz Moreno MF, Posadas Alonso J et al. Estudio Piloto de consulta telefónica pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12:413-24.
10. Guardia Camí M, Costa Orvay JA, Pizá Oliveras A, García García JJ, Pou Fernández J, Luaces Cubells C. Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. *Emergencias.* 2003;15:351-356.
11. Blasco González L, González de Dios J, Calvo Rigual F, Grupo de Hospitales Comarcales de la comunidad valenciana. Análisis de las urgencias de pediatría en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana. *Acta Pediatr Esp.* 2011; 69(1):1726.
12. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
13. Real Decreto 994/1994, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automáticos que contengan datos de carácter personal. BOE núm. 151, de 25 de junio de 1999.

14. Muñoz García JL, Fandiño Orgeira JM, Diaz Peromingo JA. Demanda Asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Aten Primaria*. 2008;40 (6);297-301.
15. Iribar Dieguez JK, Cancho Candela R, Herrero Velázquez S, Gómez Prieto A, Gómez Fernández L, Andrés de Llano JM. *Bol Pediatr*. 2004; 44; 20-25.
16. Segura Matute S, García García JJ, Corrales Magín E, Lasuen del Olmo N, Palacín Camacho E, Juncosa Morros T et al. Influencia de la prueba de detección rápida del virus de la gripe en el manejo del niño febril en urgencias pediátricas. *Emergencias*. 2005; 17, 115-120.
17. Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. *An Pediatr*. 2003;58 (1):23-8.
18. Gómez C, Flórez I, Morales M, Bermudez C, Aguilar J, López L. Correlación entre la fiebre y la frecuencia respiratoria en menores de 5 años. *Rev Chil Pediatr*. 2013; 84 (4);409-416.
19. Muth M, Statler J, Gentile DL, Hagle ME. Frequency of fever in pediatric patients presenting to the emergency department with non-illness related conditions. *J Emerg Nurs*. 2013 Jul;39(4);389-92.
20. Dvorkin R, Bair J, Patel H, Glantz S, Yens DP, Rosalia A Jr, Margulies J. Is fever treated more promptly than pain in the pediatric emergency department? 2014 Mar; 46(3):327-34.
21. Arce Casas A, Luaces Cubells C, García García JJ, Pou Fernández J. ¿Paciente o impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Emergencias*. 2002; 14:69-73.
22. Rodríguez García MC. Análisis de la evolución de la demanda asistencial en el servicio de urgencias del complejo asistencial universitario de León (Tesis Doctoral). León. Universidad de León. 2012.
23. Mintegi S. Investigación en Urgencias Pediátricas. La red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Emergencias*. 2012, 24:238-240.
24. Pérez- Tirado L, Hernández- Blanco M, Nogales-Cortés MD, Sánchez-Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Rev Calid Asist*. 2010; 25(2):58-63.
25. Lisa Catón V, Sáenz Moreno I, Martínez Mengual L, Riaño Méndez B, López Martínez C. Pautas de actuación diagnóstico- terapéuticas en urgencias pediátricas en Atención Primaria. *FMC- Form Méd Cont en AtencPrim*. 2009.
26. Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2013 Sep-Oct;13(5);421-9.
27. Marconi GP, Chang T, Pham PK, Grajower DN, Nager AL. Traditional nurse triage vs physician telepresence in a pediatric ED. *Am J Emerg Med*. 2014 Apr, 32(4):325-9.



Conocimientos y actitudes sobre Soporte Vital Básico en adolescentes: dos metodologías docentes

Autores:

Miriam Rodrigo García⁽¹⁾

Werner García Real⁽²⁾

Silvia Castillo Castillo⁽³⁾

⁽¹⁾ Enfermera de Radiología en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

⁽²⁾ Enfermero de Neonatología en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

⁽³⁾ Enfermera de Quirófano en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

*Dirección para correspondencia:
miriamrg91@hotmail.es*

Recibido: 21 de marzo de 2017
Aceptado: 15 de septiembre de 2017

RESUMEN

La enseñanza a población general sobre maniobras de Soporte Vital Básico (SVB) ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar la realización de reanimación cardiopulmonar por testigos. Desde la Fundación de Enfermería de Cantabria y desde el año 2013, se imparten talleres de soporte vital básico en institutos de enseñanza superior en la CCAA. de Cantabria.

Dado que en 2015 se actualizaron las recomendaciones internacionales relativas a la reanimación cardiopulmonar, el objetivo es comprobar si existen diferencias entre los conocimientos y las actitudes adquiridos por los estudiantes tras la impartición de los talleres con dos metodologías docentes diferentes: Estrategia clásica vs Estrategia piloto.

Estudio cuasiexperimental en una población de 700 alumnos de diferentes institutos. Las metodologías diseñadas fueron: 1. Estrategia clásica: una hora teórica con presentación de diapositivas y dos horas prácticas de S.V.B; y 2. Estrategia piloto: una hora de teoría con presentación de diapositivas y videos explicativos con las maniobras de SVB y dos horas prácticas resolviendo casos clínicos que fomenten el liderazgo seguidos de un debate tipo debriefing.

La adquisición de habilidades fue similar entre ambos grupos a estudio. Así mismo, en el terreno de las actitudes, lo resultados fueron equivalentes. Se puede concluir que ambas estrategias docentes son igual de efectivas para la trasmisión de conocimientos y de actitudes en los alumnos.

Palabras clave: enseñanza, estrategias, soporte vital básico, reanimación cardiopulmonar

ABSTRACT

Teaching Basic Life Support (BLS) to general public is proved to be an useful tool for improving bystanders Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) performance. Since 2013, Cantabrian Nurses Foundation provides Basic Life Support training courses in some Cantabria's high school institutions.

Updated Resuscitation guidelines were published in 2015. The aim of this study is to find out whether there are differences in relation to knowledge and attitudes among students who have been exposed to CPR workshops using two different methodologies.

Quasi-experimental study was carried out. The population included 700 students from different high schools. Two methods were applied. One consist on one-hour theoretical training with computerized slide and two-hours practical training in BLS. The other methodology was one-hour theoretical training with computerized slide and videos based on basic life support techniques and two-hours of hands on-learning on clinical solving problems which foster leadership and, ultimately, close with debriefing session.

Skill acquisition was similar in both studied groups. In addition, in the field of attitudes the results where also equivalent. Thus, we can conclude that both strategies are equally effective for knowledge transmission and attitudes to students.

Keywords: teaching, strategy, basic life support, cardiopulmonary resuscitation

INTRODUCCIÓN

Existen evidencias de que la formación en Soporte Vital Básico (SVB) es efectiva para incrementar la disposición a la acción en los ciudadanos ante una situación de urgencia vital real⁽¹⁾. Uno de los pasos más importantes para aumentar la tasa de resucitación por testigos y mejorar la supervivencia es formar a todos los niños en edad escolar en técnicas de reanimación cardiopulmonar⁽²⁾. Esto puede conseguirse fácilmente enseñándoles durante dos horas al año⁽¹⁾. Se estima que a la edad de 12 años, los escolares tienen una actitud positiva para aprender resucitación⁽¹⁾. Además, a esta edad ya tienen las cualidades físicas necesarias para realizar una reanimación de manera correcta.

Del resumen ejecutivo del European Resuscitation Council (ERC)⁽¹⁾, en el apartado de formación, se extrae que no existe consenso sobre el método más efectivo para formar a personal lego en SVB. Así, se sugieren nuevas modalidades de formación⁽¹⁾, entre ellas, cabe destacar el uso de medios digitales, on-line y la enseñanza autodirigida. Respecto a la formación en Soporte Vital Avanzado (SVA) se hace hincapié en la importancia de la simulación clínica. A este respecto afirman: "si la práctica de escenario simulado se sigue de revisión autocrítica se pro-

duce un aprendizaje que no ocurre en la práctica de escenario simulado sin revisión autocrítica⁽¹⁾.

Desde el año 2012, la Fundación de Enfermería de Cantabria (FECAN) imparte un taller de instrucción en SVB dirigido a estudiantes de Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) de Cantabria a demanda de los propios centros escolares. Dirigido a estudiantes de entre 14 y 18 años, se basa en los objetivos y la metodología del ERC del año 2010, consistiendo en talleres de 3 horas de duración que incluyen contenidos teórico-prácticos. Apoyándonos en las recomendaciones del ERC 2015⁽¹⁾ se decidió actualizar y evaluar la metodología de dicho taller.

Entre las sugerencias del ERC⁽¹⁾ se quiere destacar aquellas referentes a la enseñanza incluyendo soportes didácticos audiovisuales, la realización de revisiones autocríticas en el escenario simulado y, por último, la integración del componente de liderazgo como parte fundamental para la mejora de las habilidades prácticas y actitudinales de nuestro taller.

Al no haber encontrado evidencia en la bibliografía revisada que indique mejores resultados de una metodología docente concreta sobre otra, este estudio se plantea como meta conocer si existen diferencias entre una estrategia educativa que podríamos llamar clásica (basada en las recomendaciones del ERC del

año 2010) y otra piloto que, inspirada en las recomendaciones del resumen ejecutivo del ERC 2015, utiliza medios audiovisuales, role-playing y revisión autocrítica post-práctica.

Así mismo, durante el proceso de revisión bibliográfica se identificó un déficit de referencias relacionadas con la evaluación del aspecto actitudinal en el aprendizaje del alumnado. Esta cuestión a evaluar ya fue planteada en nuestro país en el año 2005 en el programa PROCES⁽²⁾. Su programa ratifica el éxito de la enseñanza de la RCP en las escuelas, si bien, destaca como una de las principales limitaciones en su proyecto la no exploración del aspecto actitudinal en futuros casos reales. En 2015, el grupo de Hasaní evaluó la escala de actitudes mediante la aplicación de cuatro diferentes métodos de enseñanza-aprendizaje⁽³⁾. En Alemania (2016), el grupo formado por Breckwoldt⁽⁴⁾ explora la cuestión actitudinal en el alumnado desde un análisis de tres aspectos clave en la enseñanza: conocimientos, habilidades y actitudes siendo esta última la que refleja mayores déficits en la transmisión de una actitud positiva por parte del profesorado hacia los alumnos.

Por esta razón se ha deseado investigar si existen diferencias significativas con respecto a las actitudes de los alumnos ante futuros casos reales.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Comparar los conocimientos y actitudes adquiridos por dos grupos diferentes de estudiantes tras las sesiones formativas en SVB, utilizando dos estrategias docentes distintas.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar las diferencias de conocimientos teóricos adquiridos por los estudiantes respecto a la secuencia de acción en las principales maniobras de SVB.
2. Evaluar las diferencias de conocimientos teóricos adquiridos por los estudiantes respecto a la elección de las maniobras de SVB a utilizar en cada caso.
3. Evaluar las diferencias de actitudes adquiridas por los estudiantes en la aplicación de maniobras de SVB midiendo el nivel general de autoeficacia percibida.

METODOLOGÍA

Para comparar los conocimientos y actitudes adquiridos por los dos grupos de estudiantes se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental en el que se utilizó una encuesta auto-administrada, voluntaria y anónima que fue entregada a una muestra significativa de alumnos para su cumplimentación tras la realización del taller (ANEXO II).

Cada una de las preguntas del cuestionario se corresponde con un objetivo específico planteado al inicio de este estudio.

Las nueve primeras preguntas evalúan los conocimientos teóricos. Son de tipo test con cuatro posibles respuestas y solo una correcta.

Las cinco restantes evalúan las actitudes a través de una escala tipo Likert basada en la escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer⁽⁸⁾. Se basa en dicha escala porque uno de los componentes principales en la relación entre conocimiento

y acción es el concepto de autoeficacia creado por Albert Bandura⁽⁹⁾. Este concepto es decisivo ya que las personas estarán más motivadas para la acción si perciben que sus acciones pueden ser eficaces. Para ello se utilizó en la aplicación de una versión breve del cuestionario general de autoeficacia.

Previo a la realización del curso se solicitó autorización por escrito (ANEXO I) a la dirección de cada centro escolar.

Se realizó el cálculo del tamaño muestral a partir de los alumnos a los que se impartió el taller el curso anterior. Por tanto, asumiendo un nivel de confianza del 95,5% y un error del 5%, el tamaño muestral total fue de 255 alumnos, de los cuales 142 recibieron la educación clásica y 113 la nueva estrategia.

Los alumnos pertenecen a cuatro centros educativos cántabros; tres Institutos de Educación Secundaria (I.E.S.) y un centro escolar que previamente habían solicitado para sus estudiantes el proyecto de docencia a la FECAN. Las edades están comprendidas entre 14 y 18 años, correspondiente a los cursos 3º y 4º de ESO.

El estudio se realizó durante los meses de marzo a junio de 2016. El ratio alumnos-docente fue entre 15 y 20.

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión definidos a continuación:

- *Criterios de inclusión:* ser alumno de 3º o 4º de ESO; participar en las dos partes del taller: teórica y práctica; voluntariedad de participar; contestar a ambos apartados de la encuesta al completo: actitudinal y competencial.
- *Criterios de exclusión:* no ser alumno de 3º o 4º de ESO, los alumnos que no participaron en el taller en su totalidad, es decir, aquellos que no asistieron a la parte teórica o los que faltaron a la práctica; aquellos sin voluntariedad de participar: no contestando a alguno de los apartados al completo: actitudinal y competencial.

Por dichos criterios se excluyeron a un total de 4 participantes: una encuesta en la que el alumno no contestó a ambos apartados de la encuesta y a 3 alumnos por no haber recibido la formación teórica.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa de software libre R, versión 2.11.1, empleando la extensión R commander.

Las metodologías docentes comparadas fueron la empleada con las recomendaciones del año 2010 (en adelante Estrategia clásica) utilizadas hasta la fecha, con el nuevo método docente (en adelante Estrategia piloto), diseñado siguiendo las recomendaciones del año 2015.

En la siguiente tabla se muestran las similitudes y diferencias entre ambas metodologías.

	Estrategia clásica	Estrategia piloto
Formación teórica	Duración: 1 hora Presentación en forma de diapositivas y exposición oral. Contenidos: PCR tanto en víctimas adultas como pediátricas; obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE), utilización de la PLS (posición lateral de seguridad).	Duración: 1 hora Presentación en forma de diapositivas y visualización de vídeos Contenidos: PCR tanto en víctimas adultas como pediátricas; obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE), utilización de la PLS (posición lateral de seguridad).

	Estrategia clásica	Estrategia piloto
Formación práctica	2 horas Grupo de 20 personas/ docente Metodología: realización de cada maniobra en un maniquí.	2 horas Grupo de 20 personas divido en subgrupos de 3 personas Metodología: 9 casos clínicos ad hoc seguidos de debriefing.

Tabla 1. Comparativa Estrategia clásica Vs. Estrategia piloto. Elaboración propia

En el grupo de la estrategia piloto, siguiendo con la recomendación del ERC⁽¹⁾ referida a la elección de la figura de liderazgo se repartió a cada alumno un papel con una de las siguientes figuras a representar: víctima, líder, rescatador 1, rescatador 2, de modo que cada alumno tuviera su labor en el grupo. Con el fin de hacer más realista la situación, se decidió que la evolución de las víctimas correspondería con las actuaciones correctas de sus rescatadores; empeorando su situación clínica si el docente estimaba que no se estaba actuando de manera correcta.

El tiempo establecido fue de 10 minutos para desarrollar cada caso y un debate de 5 minutos, tipo debriefing para evaluar la actuación de los participantes del caso con sus compañeros y el docente.

En ambas metodologías y para los contenidos prácticos se utilizaron simuladores de lactante Baby Anne de Laerdal® y de adulto MiniAnne de Laerdal®.

La inclusión de los vídeos se basó en las recomendaciones del ERC⁽¹⁾ y en el artículo de Drummond et al⁽⁵⁾ en el que, tal como se apunta, los estudiantes refieren una mayor satisfacción y utilidad futura en comparación con la metodología clásica de instrucción de RCP.

Se decidió utilizar casos clínicos más acordes con intervenciones reales en base al artículo de Breckwoldt⁽⁴⁾ en el que se expone que existe un problema de transferencia entre los conocimientos adquiridos en el aula y su implementación en la vida real. La calidad de la enseñanza revela déficits importantes en la transferencia de actitudes positivas respecto a la RCP a los alumnos una de las posibles causas a este hecho, según el equipo alemán es la escasez de escenarios reales aplicados en la docencia.

El motivo de la inclusión del componente de liderazgo en este estudio parte de un hecho importante: el llamado efecto espectador. Dicho fenómeno se da en grupos ante situaciones de emergencia⁽⁶⁾. Si bien la inclusión de una figura de líder no se contempla como necesaria cuando se instruye en SVB puesto que se pretende enseñar de la forma más sencilla un conjunto de maniobras, el trabajo de Darley y Latane⁽⁶⁾ sugirió si el hecho de trabajar componentes de liderazgo en los talleres aumentaría la actuación de los presentes en casos reales.

Por otro lado, un aspecto muy importante en la planificación del proyecto fue el tiempo dedicado a unificar las estrategias metodológicas y habituar a los docentes del estudio a enseñar a través de una metodología diferente, más participativa de aquella utilizada en años anteriores. Tal como sugieren en su artículo Lydia Baldwin et al⁽⁷⁾, la familiaridad con el método de instrucción es importante en la percepción de dificultad para los docentes. Para ello realizamos una reunión previa con los docentes habituales y se pusieron en común las dudas e inquietudes

referentes al nuevo proyecto. De esta forma asegurábamos la homogeneidad y evitábamos este potencial sesgo.

En el apartado teórico: para comprobar si la estrategia utilizada tiene alguna influencia o relación en la respuesta dada por los alumnos en el apartado teórico se utilizó el teste de proporciones para dos muestras, con un nivel de significatividad $\alpha=0,05$. Las hipótesis de trabajo han sido:

H0: el porcentaje de los alumnos que contestan correctamente a la encuesta es igual entre los que reciben la estrategia clásica y la nueva.

H1: el porcentaje de los alumnos que contestan correctamente a la encuesta es diferente entre los que reciben la estrategia clásica y la nueva.

En el apartado actitudinal: en cuanto a las variables actitudinales, puesto que poseen cinco categorías diferentes, se utilizó el test de Chi-cuadrado. Para ello se formularon dos hipótesis de trabajo, como en el apartado anterior:

H0: las respuestas de los alumnos son independientes a la estrategia educativa recibida.

H1: las respuestas de los alumnos no son independientes a la estrategia educativa recibida.

RESULTADOS

Se ha trabajado con una base de datos de 255 alumnos, de los cuales 142 recibieron la educación clásica y 113 la nueva estrategia. Las edades están comprendidas entre 14 y 18 años, de los cursos 3º y 4º de ESO. No se recogieron datos sobre el sexo de los alumnos por ser irrelevantes para el objetivo del estudio.

Para comprobar si la estrategia utilizada tiene alguna influencia o relación en la respuesta dada por los alumnos en el apartado teórico se utilizó el teste de proporciones para dos muestras, con un nivel de significatividad $\alpha=0,05$.

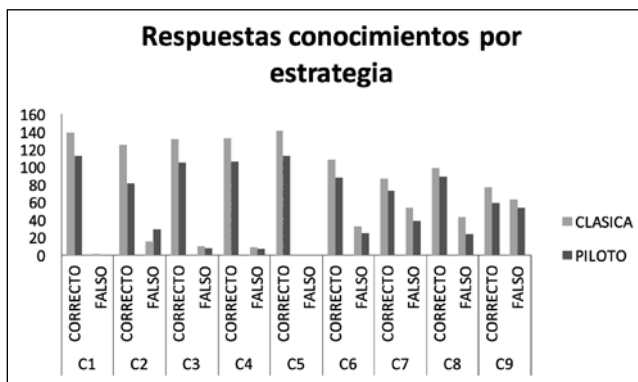
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los alumnos de la estrategia clásica y las de los alumnos de la estrategia piloto a las preguntas del apartado de conocimientos. Como excepción encontramos la segunda pregunta del apartado. En este caso un mayor porcentaje de alumnos respondieron correctamente entre los que recibieron el taller clásico respecto a los que recibieron la estrategia piloto, con un p-valor = 0.001.

La siguiente gráfica muestra en términos absolutos las respuestas correctas y erróneas de los alumnos para cada pregunta. Las columnas azules indican las respuestas de aquellos que recibieron la estrategia clásica y las rojas las de los que recibieron la estrategia piloto.

Para comprobar si la estrategia utilizada tiene alguna influencia o relación en la respuesta dada por los alumnos en el apartado de actitudes se utilizó el teste de Chi-cuadrado, con un $\alpha=0,05$.

En este caso tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto, se debe asumir que los alumnos, tras la realización del taller, tienen las mismas actitudes, independientemente de la metodología utilizada.

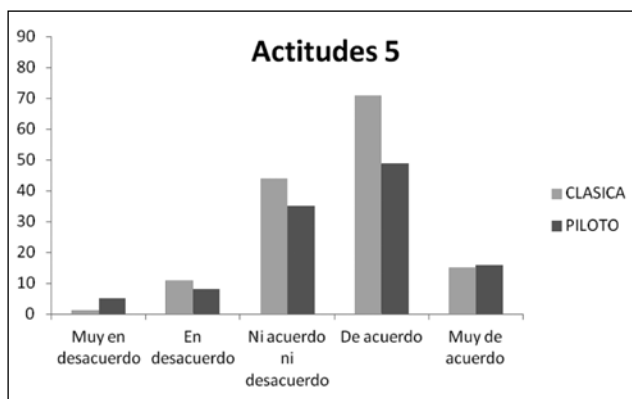
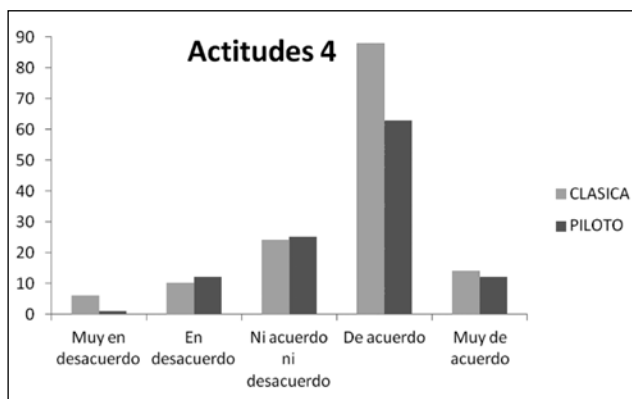
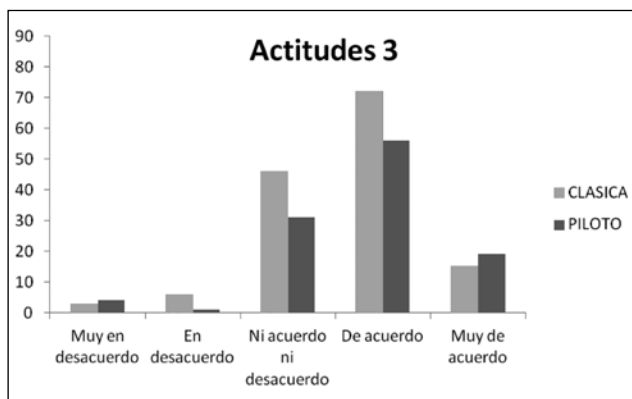
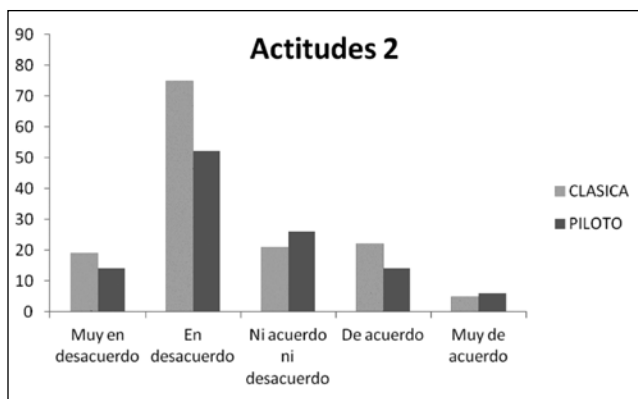
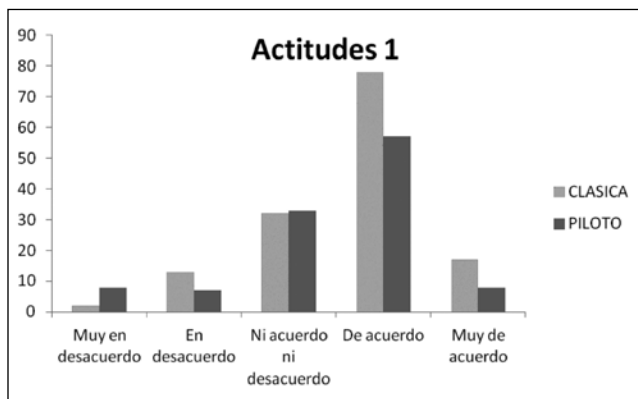
En los cinco gráficos siguientes se muestran las respuestas de los alumnos, en términos absolutos, para cada una de las preguntas del apartado de actitudes. En azul las respuestas de los alumnos que recibieron la estrategia clásica y en rojo aquellos que recibieron la estrategia piloto. Como se puede apreciar, la



C1: Primera pregunta del cuestionario de conocimientos, C2: Segunda pregunta y así sucesivamente.

Tabla 2. Conocimientos de los estudiantes según estrategia utilizada. Elaboración propia

tendencia es similar en ambos grupos, lo que apoya los datos estadísticos obtenidos.



DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos, se puede indicar que no existen diferencias significativas entre los conocimientos teóricos adquiridos por parte del alumnado según el método docente utilizado.

Este resultado se corresponde con los hallazgos encontrados por otros grupos de investigación como el de Baldwin⁽⁶⁾ ya que no se encuentran diferencias significativas en los resultados del test teórico entre la Técnica de Sandwich y aquella guiada por conversación.

La llamada Técnica de Sándwich es la utilizada desde el punto de vista crítico del docente en la que señala respuestas erróneas del alumno intercalando aquellas correctas durante el aprendizaje. En aquella guiada por la conversación, por otra parte, el profesor redirige de manera constructiva los temas surgidos durante el aprendizaje, desde el punto de vista del alum-

nado. De esto podemos inferir que ambas metodologías son, al menos, igual de efectivas a la hora de transmitir conocimientos a los alumnos.

Si bien es cierto que en el estudio de Drummond⁽⁵⁾ la metodología innovadora conlleva mejores resultados, también se da el caso de que es considerablemente más cara. Esto no es así en nuestro caso, en el que ambas estrategias educativas son equivalentes tanto en coste como en tiempo de docencia. Una de las posibles limitaciones de nuestro estudio podría ser el tamaño muestral por lo que sería susceptible ampliar el número de alumnos en siguientes investigaciones.

Del mismo modo, tampoco se han encontrado diferencias significativas en las respuestas de los alumnos al apartado actitudinal. Este resultado se encuentra en consonancia con los hallazgos de otros grupos de investigación como el de Hasani⁽³⁾. De esto se puede inferir que ambas metodologías son, al menos, igual de efectivas a la hora de inculcar actitudes en los alumnos. En futuras investigaciones sería interesante profundizar más en la adquisición de actitudes y conocimientos mediante una evaluación de los resultados pre y post intervención.

Si bien incluimos el componente de liderazgo en nuestra metodología docente para este estudio, creemos conveniente realizar futuras investigaciones para evaluar su influencia a largo plazo en el aprendizaje de los alumnos.

Asimismo, aunque en este estudio no ha sido posible evaluarlo, sería positivo diseñar una investigación en la que se profundizase en la evaluación de la transferencia de conocimientos. El concepto de transferencia parte de una taxonomía por objetivos educativos creada por Bloom en el año 1956⁽¹⁰⁾. En ella se distinguen seis niveles de tipo cognitivo para la comprensión de un nuevo concepto: conocer, comprender, aplicar, analizar y crear. Nuestro método a pesar de no haber demostrado una mejora entre las dos metodologías, aplica estrategias que favorecen niveles más altos de transferencia del conocimiento, pasando de una simple memorización y comprensión a un mayor grado de aplicación y análisis de una situación real de emergencia.

AGRADECIMIENTOS

Por último, quisiéramos agradecer su colaboración a los centros educativos participantes: IES Nueve Valles, IES Valentín Turienzo, IES Muriedas y el Colegio Sagrada Familia. Y al grupo de docentes del Colegio de Enfermería de Cantabria de este taller.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monsieurs K. EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Resuscitation [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 13]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
2. Miró O, Jiménez-Fábrega X, Díaz N, Coll-Vinent B, Bragulat E, Jiménez S, et al. [Basic cardiopulmonary resuscitation program for high school students (PROCES). Results from the pilot program]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2005 Jan 15 [cited 2017 Apr 13];124(1):4–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15683620>
3. Hasani H, Bahrami M, Malekpour A, Dehghani M, Allahyary E, Amiri M, et al. Evaluation of Teaching Methods in Mass CPR Training

- in Different Groups of the Society, an Observational Study. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2015 May [cited 2017 Apr 13];94(21):e859. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005792-201505050-00017>
4. Breckwoldt J, Lingemann C, Wagner P. [Resuscitation training for lay persons in first aid courses: Transfer of knowledge, skills and attitude]. Anaesthetist [Internet]. 2016 Jan 11 [cited 2017 Apr 13];65(1):22–6, 28–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00101-015-0113-8>
5. Drummond D, Arnaud C, Thouvenin G, Guedj R, Grimpel E, Duguet A, et al. An innovative pedagogic course combining video and simulation to teach medical students about pediatric cardiopulmonary arrest: a prospective controlled study. Eur J Pediatr [Internet]. 2016 Jun 5 [cited 2017 Apr 13];175(6):767–74. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00431-016-2702-1>
6. Responsibility DOF. Bystander Intervention in Emergencies: 1968;8(4):377–83.
7. Baldwin LJJ, Jones CM, Hulme J, Owen A. Use of the learning conversation improves instructor confidence in life support training: An open randomised controlled cross-over trial comparing teaching feedback mechanisms. Resuscitation [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Apr 13];96:199–207. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957215003822>
8. Sanjuán Suárez P, Pérez García AM, Bermúdez Moreno J. Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. Psicothema. 2000;12:509–13.
9. Bandura Traducción A, Ricardo Bascuñán PC. Revisión anual de Psicología, 2001 p1 LA TEORÍA COGNITIVA SOCIAL: Una Perspectiva Agencial. 2001;
10. Bloom, Benjamin S. (Ed.) (1956) Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York; Toronto: Longmans, Green.

ANEXOS

ANEXO I. Carta de solicitud de autorización al centro educativo

Santander, 16 de marzo de 2016.

Muy Sres. nuestros:

Somos los docentes de la FECAN encargados de impartir el taller: RCP básica que ha solicitado su Instituto. Nos ponemos en contacto con usted con el fin de conseguir un mejor rendimiento en dicho taller y adecuando nuestros objetivos y contenidos a las recomendaciones del ERC (Consejo de Resucitación Europeo) hemos diseñado 2 estrategias educativas.

La primera estrategia consiste en dividir el taller en dos partes. La primera hora de contenido teórico (charla guiada por una presentación con diapositivas) y la segunda parte, dos horas, de contenido práctico, con la realización de casos clínicos.

Esta estrategia es la que hemos estado realizando con muy buenos resultados desde que se diseñó este taller.

En la segunda estrategia también dividimos el taller en dos partes. La parte teórica consistirá en la proyección de unos vídeos formativos. En la parte práctica se realizarán casos clínicos y debriefing.

Esta estrategia es novedosa principalmente por el debriefing. Creemos que realizar un análisis de su actuación va a ayudar a los participantes a reflexionar y a mejorar el aprendizaje.

Con el fin de conocer cuál de los dos métodos es mejor vamos a hacer una encuesta de conocimientos post-taller.

Además, también queremos analizar si el taller ha alcanzado otro de sus objetivos: que se sientan más confiados en prestar Primeros Auxilios después del taller, por lo que utilizaremos una encuesta de actitud pre y post- taller.

En las dos encuestas se garantiza el total anonimato de los participantes y de los centros escolares.

Queremos reiterar que los objetivos y los contenidos del taller son los mismos en las dos estrategias, lo que único que modificamos es el método educativo.

Quedamos a su total disposición. Si tienen cualquier duda les rogamos que se pongan en contacto con la Secretaría del Colegio de Enfermería de Cantabria.

Un cordial saludo.

ANEXO II. EVALUACIÓN CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES TALLER RCP BÁSICA.

CENTRO: EDAD: CURSO: SEXO: Hombre Mujer

1. El número al que hay que llamar, y que es común en toda la U.E., en caso de una situación de Emergencia es el...

- a. 211
- b. 091
- c. 061
- d. 112

2. En caso de parada cardiorrespiratoria, ¿cuál de estas respuestas refleja mejor tu opinión sobre la actuación por parte de los testigos?

- a. Su actuación puede aumentar la supervivencia de la víctima.
- b. No deben hacer nada, para eso están los Servicios de Emergencias.
- c. Si no tienen conocimientos de Primeros Auxilios no pueden hacer nada.
- d. Los testigos siempre van a perjudicar a la víctima.

3. Imagina que te encuentras a una persona inconsciente tendida en el suelo y que no respira. ¿Qué harías después de pedir ayuda?

- a. Posición lateral de seguridad.
- b. Subir las piernas de la víctima hacia arriba.
- c. Realizar la maniobra de RCP.
- d. Realizar la maniobra de Heimlich

4. Imagina que encuentras a una persona inconsciente pero que respira. ¿Qué harías?

- a. Posición lateral de seguridad.
- b. Subir las piernas hacia arriba.
- c. Realizar la maniobra de RCP (Reanimación cardiopulmonar).
- d. Ofrecerle agua.

5. ¿Cuál es la secuencia correcta en la maniobra de RCP?

- a. 15 compresiones - 2 ventilaciones.
- b. 45 compresiones - 5 ventilaciones.
- c. 30 compresiones - 2 ventilaciones.
- d. 5 compresiones - 5 ventilaciones.

6. ¿Cuál es la frecuencia de compresiones correcta durante una reanimación cardiopulmonar?

- a. Entre 60 y 100 compresiones/minuto.
- b. Entre 100 y 120 compresiones/ minuto.
- c. Entre 150 y 200 compresiones/ minuto.
- d. Entre 50 y 100 compresiones/ minuto.

7. Imagina que tienes que hacer la maniobra de RCP (compresiones y ventilaciones) pero esa persona tiene vómito en la boca y tú eres muy escrupuloso. ¿Qué harías en esa situación?

- a. Esperar a que venga alguien que sepa actuar.
- b. Ponerla en posición lateral de seguridad.
- c. Hacer solo las compresiones.
- d. Hacer solo las ventilaciones.

8. Imagina que ves a una persona tosiendo porque se atraganta. ¿Qué harías?

- a. Dar golpes interescapulares.
- b. Animarla a toser.
- c. Dar agua para que "pase" el objeto/alimento con el que se está atragantando.
- d. Nada.

9. ¿Existe alguna diferencia entre la secuencia de actuación en una maniobra de RCP básica de un niño o la de un adulto?

- a. En el niño la secuencia es 15 compresiones – 2 ventilaciones.
- b. En la RCP básica por testigos no sanitarios no hay diferencias.
- c. Hay que empezar con las ventilaciones.
- d. Nunca hay que dar ventilaciones a los niños.

Para finalizar, por favor, rellene esta tabla señalando su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Si estuviera en una situación de urgencia podría mantenerme tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias.					
Si se planteara una situación de urgencia tengo poco que aportar para mejorar la situación.					
Gracias a mis conocimientos de RCP y mis recursos personales podría asistir una PCR.					
Si estuviera en una situación de riesgo vital se me ocurrirían varias alternativas para actuar.					
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente una urgencia inesperada.					



Calidad de vida de los pacientes valorados para trasplante de pulmón

Autores:

Tamara Silió García⁽¹⁾

Carmen Ortego Maté⁽²⁾

Paloma Salvadores Fuentes⁽³⁾

*⁽¹⁾Diplomada Universitaria de Enfermería.
Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos
del Hospital Universitario Marqués de
Valdecilla. Cantabria. España.*

*⁽²⁾Profesora Titular de Universidad. Escuela
Universitaria de Enfermería "Casa de Salud
Valdecilla". Universidad de Cantabria.
Cantabria. España*

*⁽³⁾Catedrática de Escuela Universitaria.
Departamento de Medicina y Cirugía,
Psicología, Medicina Preventiva y Salud
Pública e Inmunología, Microbiología Médica,
Enfermería y Estomatología Universidad Rey
Juan Carlos. Madrid. España.*

*Dirección para correspondencia:
tamaraheras3@hotmail.com*

Recibido: 3 de marzo de 2017

Aceptado: 19 de septiembre de 2017

Este trabajo es el resultado del Proyecto de Investigación premiado por el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria en 2015.

RESUMEN

La escasa investigación sobre la calidad de vida en la etapa pretrasplante y la importancia que tiene esta medida en la evolución del trasplantado motivaron la realización de este estudio descriptivo, observacional y transversal destinado a medir la calidad de vida en los pacientes valorados para ingresar en la lista de espera de trasplante pulmonar mediante el cuestionario EuroQol-5D.

Se empleó en 81 pacientes que participaron en el estudio, con una edad media de 54 años, de los cuales 64,20% eran hombres y 25,93% residían en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El diagnóstico más habitual para ser candidato a lista de espera para trasplante pulmonar fue fibrosis pulmonar idiopática (42,50%). En el EuroQol-5D los peores resultados se obtuvieron en la dimensión de movilidad donde un 29,63% de los pacientes manifestaron problemas moderados o graves. La puntuación media en la escala visual analógica (EVA) fue de 51,24 (dt=19,95) y en el índice de severidad (IS) 33,02 (dt=19,05). El tipo de enfermedad, disponer de oxigenoterapia domiciliaria y la saturación de O₂ fueron las variables que más influencia ejercieron sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

En estos pacientes los problemas de movilidad fueron los que mayor repercusión tuvieron sobre su percepción de CVRS.

Palabras clave: trasplante de pulmón, pacientes, calidad de vida

ABSTRACT

There is not so much investigation about the quality of life in the pretransplant period. Therefore, the importance of quality of life measures in the evolution of the transplantation motivated us to perform this study.

A descriptive, cross-sectional study was carried out to measure the quality of life among assessing patients for placing on the lung transplant list according to the EuroQol-5D questionnaire.

81 patients were included in this study that were on average 54 years old, 64.20% of them were men and 25.93 percent of participants lived in the Autonomous Community of Castilla y León.

Idiopathic Pulmonary Fibrosis was the most common diagnosis to be a candidate for waiting list for lung transplantation (42.50%). The worst results obtained with the EuroQol-5D questionnaire were on the mobility dimension, where 29.63 percent of the patients showed moderate or severe problems.

The average score on the visual analogue scale (VAS) was 51.24 (dt = 19.95) and the severity index was 33.02 (dt = 19.05).

The kind of illness, having domiciliary oxygen therapy available and the oxygen saturation were the variables that had the most influence in health-related quality of life (HRQoL).

Problems in the mobility dimension, which were reported by these patients, had the greatest impact on perceived health-related quality of life (HRQoL).

Keywords: lung transplant, patients, quality of life

INTRODUCCIÓN - ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El trasplante pulmonar (TP) es una intervención compleja, con un conjunto de riesgos que no solo pueden estar presentes durante la intervención, sino también en el postoperatorio. En España sólo se lleva a cabo en 7 centros hospitalarios. El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) es uno de ellos⁽¹⁻³⁾.

Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica y la Organización Nacional de Trasplantes el tiempo aproximado de espera para un trasplante de pulmón en nuestro país es de casi seis meses. Este tiempo varía ya que los criterios para priorizar ante un trasplante son variados. El orden de llegada a la lista de espera es uno de ellos, pero también la gravedad de cada caso, el tamaño del órgano y la compatibilidad del grupo sanguíneo del donante y del receptor, son otros criterios a tener en cuenta^(1,4).

En el periodo de tiempo de valoración para ingresar en la lista de espera y el tiempo de permanencia en ella, algunas situaciones se van acrecentando en estos pacientes, tales son: la restricción de movimientos y desplazamientos, el grado de vitalidad, de fortaleza, el insomnio, angustia y depresión; todas, condicionan la vida de los enfermos y repercuten en su percepción de calidad de vida.

Los escasos estudios publicados sobre los cambios que experimenta la calidad de vida durante este proceso en su mayoría muestran que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es muy dependiente del momento en el que se encuentra el paciente así como del tipo de trasplante. En un estudio realizado por Anyanwu y cols⁽⁵⁾, en el que se midió la CVRS a 87 pacientes en lista de espera y a 255 trasplantados uni o bipulmonares mediante la escala EuroQol, encontraron diferencias significativas entre los tres grupos, mostrando peor CVRS los pacientes en lista de espera seguidos de los trasplantados unipulmonares y los bipulmonares.

Gross y cols⁽⁶⁾ hallan que, en comparación con los pacientes ya trasplantados, los enfermos pulmonares en lista de espera manifiestan una calidad de vida más limitada, describiéndose a sí mismos más felices y satisfechos en el post-trasplante, entre otras cosas, por experimentar menos alteraciones respiratorias, físicas, del sueño, sentirse más independientes y más activos.

La CVRS asimismo parece estar relacionada con el estado psicológico y puede experimentar grandes cambios ante la existencia de trastornos psiquiátricos. En este sentido, el uso de las normas de evaluación psicológica en candidatos a trasplante de pulmón se empezó a aconsejar a partir de los resultados obtenidos en un estudio realizado en Florida en el que participaron 201 pacientes en espera de trasplante pulmonar⁽⁷⁾, el 48% de los

pacientes tuvieron síntomas de depresión leve y moderada. A pesar de que los resultados en la calidad de vida se relacionaron con la gravedad de la enfermedad y la tolerancia al ejercicio, la mayor parte de los aspectos psicosociales medidos no mostraron una relación significativa.

Parekh y cols⁽⁸⁾ al analizar 100 pacientes en lista de espera de trasplante pulmonar encontraron que el 25% tenía algún trastorno psicológico que influía directamente en la CVRS. Cohen y cols⁽⁹⁾ en un estudio llevado a cabo en el Toronto General Hospital, hallaron que altos niveles de ansiedad en el preoperatorio de trasplante pulmonar, afectaban negativamente en la CVRS del postoperatorio. Se demostró que el estado mental de los pacientes en la etapa pretrasplante era un predictor de la calidad de vida después del trasplante ya que muchos de los pacientes que mostraban ansiedad tenían insomnio y experimentaban en la etapa post-trasplante bajos niveles de calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

La creencia general de los profesionales sanitarios que tratan directamente con los pacientes que son valorados para ingresar en la lista de espera de trasplante pulmonar, es que la calidad de vida de estos enfermos va disminuyendo con el paso del tiempo, motivada por el empeoramiento de la condición física y condicionada por otra serie de variables. No obstante, debido a la escasa investigación publicada sobre este tema, especialmente en nuestro país, unido al hecho que el HUMV es uno de los 7 hospitales donde se realiza el trasplante de pulmón se creyó necesario llevar a cabo un estudio prospectivo destinado a evaluar la evolución de la calidad de vida de estos pacientes así como determinar las variables asociadas a la misma con el fin de aportar resultados que permitan mejorar los cuidados prestados.

OBJETIVOS

- Describir el perfil de los pacientes valorados para ingresar en lista de espera de trasplante pulmonar.
- Identificar las variables sociodemográficas y de hábitos de salud de los pacientes valorados para ingresar en lista de espera.
- Medir la CVRS que experimenta un paciente valorado para ingresar en lista de espera de trasplante pulmonar.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y transversal⁽¹⁰⁾ sobre la CVRS de 81 pacientes.

Los participantes son las personas valoradas para ingresar en lista de espera en el periodo comprendido entre el 10 de abril de 2015 y el 11 de mayo de 2016.

Se incluyeron los pacientes que aceptaron colaborar en el estudio si cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1/ ser paciente en estudio de inclusión en lista de espera de TP, 2/ ser mayor de 18 años, 3/ saber leer y escribir, 4/ no haber sido trasplantados con anterioridad y 5/ sin deterioro físico o psíquico que imposibilitara su ingreso en el estudio.

A través de la entrevista clínica y de los datos recogidos en

la historia clínica de cada paciente se registraron: 6 variables sociodemográficas y 6 clínicas. A continuación se describen las variables recogidas:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica (hombre o mujer).
- Edad: variable cuantitativa discreta (edad paciente en años en primer contacto categorizada en 4 grupos (< 50 años, 50-58, 59-61 y > 61 años)).
- Lugar de residencia: variable cualitativa nominal (provincia de la que el paciente había sido derivado al HUMV).
- Estudios: variable cualitativa ordinal (nivel de estudios primarios, secundarios o terciarios).
- Ingresos mensuales: variable cualitativa ordinal con 5 categorías: menos de 500 euros, entre 500 y 1000 euros, entre 1000 y 1500 euros, entre 1500 y 2000 euros y superiores a 2000 euros.
- Situación laboral: variable cualitativa nominal (jubilado, en paro, en activo autónomo o en activo no autónomo).
- Consumo de tabaco: variable cualitativa dicotómica (sí/no).
- Consumo de alcohol: variable cualitativa dicotómica (sí/no).
- Talla: variable cuantitativa, expresada en metros (m).
- Peso: variable cuantitativa, expresado en kilogramos (Kg).
- IMC: variable cuantitativa definido como la relación entre el peso corporal y la altura elevada al cuadrado (kg/m²).
- Diagnóstico: variable cualitativa nominal definido como la enfermedad pulmonar responsable de que el paciente sea valorado para el trasplante.
- Oxigenoterapia domiciliaria continua: variable cualitativa dicotómica (sí/no).
- Saturación de O₂ (%): Al inicio y al final del test de la marcha de 6 minutos.

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el cuestionario EuroQoL-5D 5L, un instrumento genérico multidimensional de medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que puede ser empleado tanto en pacientes como en población general⁽¹¹⁾. En 1992 este cuestionario fue adaptado para uso en español.

El cuestionario consta de dos partes. La primera es una descripción del estado de salud a partir de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada uno de estas dimensiones permite seleccionar entre cinco niveles (no tengo problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y no puedo) que van codificados de 1 a 5 respectivamente.

Con el resultado se puede estimar el IS, también conocido como Sum Score, el cual se obtiene sumando los dígitos correspondientes a los niveles de las 5 dimensiones en cada estado de salud. El IS puede oscilar entre 0-100, donde 0 significa la total ausencia de problema de salud y 100 el mayor grado de severidad.

La segunda parte del cuestionario es la EVA de 20 centímetros en la que el paciente debe marcar su estado de salud entre unos valores que oscilan entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable)^(19, 20, 21).

El cuestionario fue autoadministrado. El tiempo aproximado para completar las dos partes fue alrededor de 5 minutos.

Para el análisis estadístico se emplearon los paquetes estadísticos IBM SPSS Statistics²² y la hoja de cálculo Excel 2013. Se adoptó un contraste bilateral y un nivel de confianza del 95%.

Para el análisis descriptivo las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación típica. Las variables cualitativas se resumieron mediante tablas de frecuencias aportando en ellas tanto los valores de las frecuencias absolutas como relativas, estas últimas expresadas en porcentajes.

Como el objetivo del estudio fue valorar la percepción de la calidad de vida en los pacientes en estudio para ingresar en lista de espera de trasplante pulmonar, la percepción de CVRS, medida mediante la escala EuroQoL-5D, constituyó la variable dependiente.

Las puntuaciones obtenidas en las 5 dimensiones del cuestionario EuroQoL-5D se analizaron como variables cualitativas ordinales, mientras que las puntuaciones procedentes de la escala visual analógica (EVA) y el Índice de Severidad (IS) fueron tratadas como variables cuantitativas discretas.

Se empleó la prueba de chi-cuadrado y para contrastar la hipótesis nula de igualdad de las distribuciones propuesta en el proyecto, la prueba de U-Mann Whitney, cuando se compararon dos grupos, y la prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes cuando se compararon más de dos grupos⁽¹²⁾.

El pequeño tamaño muestral, la no selección aleatoria de la muestra, el tipo de diseño, el no ser un estudio multicéntrico y el evaluar la variable dependiente con un método indirecto como las escalas, son las principales limitaciones de este estudio.

Durante el tiempo que los pacientes permanecían en espera de la consulta con su médico de trasplante pulmonar, se les indicó que pasaran a la consulta de enfermería donde fueron informados de los aspectos más significativos del estudio. Una vez obtenido el consentimiento informado, se les proporcionó una "Hoja Informativa" con la información más relevante del estudio junto a los datos de contacto del investigador principal para resolver posibles dudas sobre la investigación. A continuación, se comenzó con la recogida de datos que se incluyeron en la hoja de registro.

Los datos fueron anonimizados y tratados de un modo confidencial con arreglo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre. Asimismo, se mantuvo la confidencialidad de la información con arreglo a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Para asegurar la confidencialidad de los datos, toda la información obtenida de la escala se recogió y archivó dentro de una base de datos. La base de datos del estudio sólo contuvo datos codificados, cada paciente fue identificado por un código para que no pudiera ser identificado. El archivo que relacionaba los códigos con los pacientes estuvo debidamente protegido y custodiado por el investigador principal.

Este estudio se realizó previa autorización del Comité Ético de Investigación y Comité Ético de Investigación con Medicamentos de Cantabria, de la autorización del HUMV y del consentimiento del responsable del Servicio de Trasplante Pulmonar como obliga la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica⁽¹³⁾, garantizando en todo momento el cumplimiento de los principios generales de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, recogidos en la Declaración de Helsinki, aprobada por la Asamblea Médica Mundial (AMM) en 1964⁽¹⁴⁾.

No existe ningún conflicto de intereses entre los participantes e investigadores del estudio.

RESULTADOS

El perfil de los pacientes seleccionados (n=81) fue: personas con una edad media de 54 años (dt=11,26 rango 19-67 años), el 74,07% \geq 50 años, 48,10% poseían estudios primarios, 34,62% percibían ingresos mensuales entre 1000-1500 euros, 79,41% estaban jubilados y 25,93% residían en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

El Índice de Masa Corporal medio de los pacientes de este estudio fue de 25,3 kg/m². De todos los candidatos, el 44,3% presentaban sobrepeso y un 41,7% normopeso.

En cuanto al diagnóstico, en esta investigación la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) (42,5%) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (33,8%) fueron las principales patologías que portaron los candidatos a trasplante, seguidas de la Fibrosis Quística (FQ) (12,5%) y la Hipertensión Pulmonar primaria (HTPp) (3,8%).

En el EuroQoL-5D los peores resultados se obtuvieron en la dimensión de movilidad donde un 29,63% de los pacientes manifestaron problemas moderados y un 29,63% manifestaron problemas graves. La opción "no puedo" tan solo fue seleccionada por 4 pacientes en la dimensión de actividades cotidianas. En esta dimensión, el 38,27% indicó problemas moderados y el 20,99% problemas graves. En la dimensión de ansiedad/depresión un 41,98% de los participantes manifestaron no tener problemas y un 29,63 tenerlos leves. En cuidado personal tan solo el 7,41% presentaron problemas graves y en dolor/malestar fueron el 13,58%.

La dimensión de movilidad fue la que permitió detectar mayor número de resultados significativos. Así, la edad (k=9,26 p=0,026), el tipo de enfermedad (K=13,51 p=0,009), el disponer o no de oxigenoterapia a domicilio (U=565,50 p=0,026) y la saturación de O₂ tanto inicial (K=9,80 p=0,007) como final (K=12,57 p=0,006) afectaron significativamente a las puntuaciones de esta dimensión.

En cuanto a las puntuaciones en el IS y la EVA, las mujeres presentaron una percepción de calidad de vida relacionada con la salud ligeramente inferior que la obtenida por los hombres, aunque estas diferencias no resultaron significativas. Respecto al sexo, son los hombres los que predominan en este estudio con un 64,2%. Al comparar las puntuaciones en CVRS de hombres vs. mujeres no se obtienen diferencias significativas. La saturación de O₂ inicial afectó de forma significativa tanto a la puntuación en EVA (K=7,35 p=0,025) como al IS (K=6,83 p=0,33). El tipo de enfermedad produjo diferencias significativamente en IS (K=14,87 p=0,005) y contar o no con oxigenoterapia a domicilio generó resultados significativos en EVA (U=586,00 p=0,049).

Comparando las puntuaciones obtenidas en el EuroQoL-5D según el tipo de enfermedad, los pacientes con fibrosis quística fueron los que registraron mejores puntuaciones, tanto en las cinco dimensiones del EuroQoL-5D como en IS y EVA. La edad pudo ser la responsable de estos resultados, pues mientras que en la Fibrosis quística la media de edad fue de 32,6 años (dt=11,24) en el resto de las enfermedades la media de edad fue superior, así en la Fibrosis pulmonar idiopática la media de edad fue de 57,74 años (dt=6,90), en el EPOC media de edad=58,37 (dt=6,60), HTP media de edad=51,66 (dt=7,37) y en otras patologías media de edad=48,33 (dt=8,98). En este sentido, al contrastar la hipótesis nula de igualdad de las distribuciones de la variable edad, en función del tipo de enfermedad, se alcanzaron resultados significativos (Kruskal-Wallis=30,66 p=0,000).

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

En cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas, las puntuaciones en CVRS no se vieron afectadas ni por el sexo, el nivel de estudios, los ingresos mensuales, la situación laboral, el lugar de procedencia o los hábitos de salud.

Las variables que más repercusión ejercieron sobre la CVRS fueron el tipo de enfermedad, el disponer de oxigenoterapia a domicilio y la saturación de O₂.

La edad media de los pacientes que participaron en este estudio coincide con los resultados obtenidos de otros estudios como el de Gómez⁽¹⁵⁾, y el de Burton y Hosenpu⁽¹⁶⁾ que contemplan aspectos semejantes, así como con los valores ofrecidos por la International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). No obstante, otros estudios como el de Speich⁽¹⁷⁾ en Suiza y el de Perrot en Canadá, revelan una edad media (45-46 años) por debajo de la mostrada en este trabajo.

El Índice de Masa Corporal de los pacientes de este estudio en comparación con otros, muestran que el porcentaje de personas obesas son semejantes, pero el porcentaje de personas con bajo-peso de este estudio es menor a otros publicados⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

En el presente estudio los pacientes valorados para ingresar en la lista de espera de trasplante pulmonar obtuvieron puntuaciones en CVRS inferiores a las detectadas en la población general y en los trasplantados pulmonares. En el EuroQol-5D los peores resultados se consiguieron en la dimensión de "Movilidad".

Los pacientes con fibrosis quística fueron los que manifestaron una mejor CVRS. La edad pudo ser responsable de estos mejores resultados ya que los pacientes con fibrosis quística eran significativamente más jóvenes que los de las otras patologías. Existen varios estudios publicados que también apoyan la relación entre la enfermedad responsable del trasplante y el nivel de CVRS.

De la misma forma, existen varias investigaciones que ponen de manifiesto que los pacientes trasplantados de pulmón disponen de mejor grado de calidad de vida que los candidatos al trasplante, manteniendo ésta hasta la aparición del rechazo crónico^(24,25).

A modo de conclusiones se extraen las siguientes:

La calidad de vida de los pacientes valorados para ingresar en lista de espera de trasplante pulmonar es inferior a la de la población general.

No existen diferencias significativas al comparar la calidad de vida con otras variables como el sexo, el nivel de estudios o la situación laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Trabajo de la SEPAR. Trasplante pulmonar. Archivos de Bronconeumología 2001;09-01;37(08):307-315; 315.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica 2013. 238 personas, entre ellos 7 niños, recibieron pulmones nuevos en 2012. 2013; Available at: <http://separ2013trasplantepulmonar.com/238-personas-entre-ellos-7-ninos-recipientes-pulmones-nuevos-en-2012/#more-393>. Accessed 14 Febrero, 2014.
- Román A, Ussetti P, Solé A, Zurbano F, Borro JM, Vaquero JM. Normativa para la selección de pacientes candidatos a trasplante pulmonar. Arch Bronconeumol 2011;47(6):303-9.
- Organización Nacional de Trasplantes [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y de Asuntos Sociales; 2012 [fecha de acceso 14 de Febrero de 2014]. Trasplante Pulmonar 2012: Memoria donación y Trasplante Pulmonar, España 2012 [109 p.]. Disponible en: <http://www.ont.es/mailings/Dossier%20pulmonar%202012.pdf>.
- Anyanwu AC, McGuire A, Rogers CA, Murday AJ. Assessment of quality of life in lung transplantation using a simple generic tool. Thorax 2001; 56(3):218-222.
- Gross CR, Savik K, Bolam RM, Hertz MI. Long-term health status and quality of life outcomes of lung transplant recipients. Chest 1995;108:1587-1593.
- Rodrigue JR, Kanasky WF, Marhefka SL, Perri MG, Baz M. A psychometric normative database for pre-lung transplantation evaluations. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings December 2001;8:Issue 4, pp 229-36.
- Parekh PI, Blumenthal JA, Babyak MA, Merrill K, Carney RM, Davis RD et al. Psychiatric disorder and quality of life in patients awaiting lung transplantation. Chest 2003; 124(5):1682-1688.
- Cohen L, Littlefield C, Kelly P, Maurer J, Abbey S. Predictor of quality of life and adjustment after lung transplantation. Chest 1998;113(3):633-44.
- Argimon JM, Jimenez J. Clasificación de los tipos de estudio. En Metodos de investigación clínica y epidemiológica. Capítulo 4. 4 edición ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
- Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. 2ª edición ed. Barcelona: Lilly; 1999.
- Pardo A. RM, San Martín R. Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Madrid: Síntesis; 2009.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. BOE nº 159 de 4 de julio de 2007. :28826-28848.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Rev Neurol Arg 2001;26:75-77.
- Gomez F, Planas A, Ussetti J, col. Factores pronósticos de morbi-mortalidad en el post operatorio inmediato del trasplante pulmonar. Arch Bronconeumol 2003;39(8):353-360.
- Hosenpud J, Bennett L, Keck B, Edward E, Novick R. Effect of diagnosis on survival benefit of lung transplantation for end-stage lung disease. Lancet 1998;351:24-27.
- Speich R, Nicod L, Aubert J, Spiliopoulos A, Wellinger J, Weder W, et al. Ten years of lung transplantation in Switzerland: Results of the Swiss Lung Transplant Registry. Swiss Med Wkly 2004;134:18-23.
- Madill J, Gutierrez C, Grossman J, y col. Nutritional assessment of the lung transplant patient: body mass index as a predictor of 90-day mortality following transplantation. J Heart and Lung Transplant 2001;20(3):288-296.
- Kanasky W, Anton S, Rodrigue J. Impact of body weight on long-term survival after lung transplantation. Chest 2002;121(2):401-406.
- Calanas A, Cervero C, Muñoz E, Lama R, Font P, Molina M, et al. Prevalence of malnutrition among candidates for lung transplantation. Nutr Hosp 2002;17:197-203.
- Charman S, Sharples L, Wallwork J, et al. Assessment of survival benefit after lung transplantation by patient diagnosis. J Heart Lung Transplant 2002;21:226-232.
- Smeristchnig B, Jaksch P, Kocher A, Seebacher G, Aigner C, Mazhar S. Quality of life lung transplantation: A cross-sectional study. J Heart Lung Transplant 2005;24:474-480.
- Rodrigue JR, Baz A, Kanasky WF, MacNaughton KL. Does lung transplantation improve health-related quality of life? The University of Florida experience. J Heart Lung Transplant, 2005;24:755-763.

24. Singer J.P., Chen J, Blanc PD, Leard LE, Kukreja J, Chen H. A thematic analysis of quality of life in lung transplant: The existing evidence and implications for future directions. *Am J Transplant* 2013;13:839-850.

25. Kugler C, Gottlieb J, Warnecke G, Schwarz A, Weissenborn K, Barg-Hock H. Health-related quality of life after solid organ transplantation: A prospective multiorgan cohort study. *Transplantation* 2013;96:316-323.



I JORNADA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA EN SALUD MENTAL

**“Si luchas puedes vencer,
si no luchas estás vencido.
Anónimo.”**

Santander, 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2017
Colegio de Enfermería de Cantabria y el Gran Casino de Santander



Estudio de las complicaciones derivadas de la donación de sangre extraída en unidades móviles. Prueba piloto en Aragón

Autores:

Tania Sánchez Guio⁽¹⁾

David Delgado Sevilla⁽¹⁾

Bistra Delcheva⁽²⁾

⁽¹⁾Graduada/o en Enfermería. Enfermera en Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. España.

⁽²⁾Diplomada de Enfermería. Enfermera en Unidades Móviles del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón. Zaragoza. España.

*Dirección para correspondencia:
tansan_89@hotmail.com*

Recibido: 1 de abril de 2017
Aceptado: 28 de agosto de 2017

RESUMEN

La sangre es uno de los principales líquidos de nuestro organismo, que, a día de hoy, sigue siendo imposible de sintetizar, siendo la donación de sangre el único método para la transferencia de una persona a otra. A lo largo de 2014, el Banco de Sangre y Tejidos de Aragón gestionó más de 45000 donaciones, de las cuales, 32000 fueron extraídas gracias a la labor de las unidades móviles de donación.

El propósito de éste estudio es analizar las Complicaciones Relacionadas con la Donación CDR acontecidas durante las sesiones de donación en las diferentes jornadas de donaciones y Describir el perfil de donante que sufre complicaciones según edad y sexo, y la frecuencia con se producen las CRD y si existen diferencias entre donantes nuevos y habituales en función del número total de CRD acontecidas.

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las complicaciones acontecidas durante el proceso de hemodonación y/o recuperación. Se diseñó un registro electrónico tipo "Typeform" para su registro y evaluación.

De las 1997 donaciones registradas, 52 sufrieron complicaciones, siendo con mayor frecuencia las venopunciones fallidas y presíncope tras la donación.

El proceso de donación de sangre es completamente seguro, ya que, la tasa de complicaciones es prácticamente nula.

Palabras clave: sangre, bancos de sangre, donantes de sangre, seguridad del paciente, atención de enfermería

ABSTRACT

Blood is one of the principal body fluids in our organism for which there are currently no substitutes for blood. Thus, blood donation is the only method in which blood is taken from a donor, tested, processed and stored until needed by another person. During the year 2014, Blood and Tissue Bank of Aragon managed more than 45,000 donations, 32,000 of them were accomplished thanks bloodmobile.

The aim of this study is to analyze the complications related to blood donation during blood sessions in different blood donor days and describe the donor profile, who suffers complications according to age and sex,. Moreover, the frequency complications and whether there are differences between new and regular donors in accordance with the total number of donation complications.

A descriptive cross-sectional study about complications that took place during the blood donation session was carried out. An online event registration form called "Typeform" was designed for its event registration forms and its assessment.

There were 1997 donations registered, whose 52 donations showed complications. A failed venipuncture and syncope were the most often complications of blood donations.

Blood donation process is totally safe and has a complication rate of almost zero.

Keywords: blood, blood banks, blood donors, patient safety, nursing care

INTRODUCCIÓN

La sangre es un tejido de consistencia líquida que circula a través de un circuito formado por arterias y venas, y que representa aproximadamente un 7% del peso corporal total¹. A pesar de los avances científicos, la sangre sigue siendo un producto caduco, por lo que, se hace patente la necesidad continua de donantes y un reemplazamiento periódico de unidades de sangre^{2,3}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la transfusión sanguínea como "la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un sujeto a otro"⁴.

A lo largo del año 2015, y según la Federación Española de Donantes de Sangre, se realizaron un total de 1.705.297 donaciones de sangre, suponiendo un aumento del 0,76% con respecto al año 2014. Con respecto a la Comunidad Autónoma de Aragón, en el año 2015 se recolectaron un total de 43.352 donaciones de sangre, un 4,6% menos en el mismo periodo del año anterior. Aragón, según el ranking de Índice de donantes, se encuentra en la posición 15⁵.

En la citada comunidad, las donaciones de sangre se pueden realizar tanto en el Banco de Sangre y Tejidos de Aragón (BSTA), en diferentes puntos fijos de donación situados en los principales hospitales, así como, en diferentes localidades geográficas gracias a la actividad de diferentes unidades móviles. Las unidades

móviles del BSTA gestionaron, en el año 2014, un total de 32.383 donaciones, lo que supone un 71,9% del total de donaciones⁶.

La publicación del Real Decreto 1088/2005 de 16 de septiembre por el que se constituyen las condiciones técnicas y circunstancias mínimas de la hemodonación, supuso una actualización importante en el procedimiento para la selección de donantes de sangre en España^{7,8}. Este decreto define la unidad de extracción de sangre para donación como "unidad asistencial vinculada a un centro de transfusión, en la que, bajo la responsabilidad de un médico, se efectúan extracciones de sangre por personal de enfermería debidamente entrenado, en un vehículo o en salas públicas o privadas adaptadas al efecto"⁷.

No toda persona que acude a un punto de donación de sangre es apta para el procedimiento. La norma jurídica citada anteriormente establece los requisitos mínimos que los donantes deben cumplir para poder donar sangre, entre los que se encuentran: gozar de buena salud, edad entre 18 y 65 años, peso mayor a 50 kg, tensión arterial sistólica menor a 180 mm de Hg, tensión arterial diastólica mayor a 100 mm de Hg, frecuencia cardíaca entre 50 y 110 latidos por minuto, hemoglobina capilar mayor a 13,5 g/dl en varones y 12,5 g/dl en mujeres. Cabe destacar la importancia de que la donación se considera un acto voluntario y altruista, por lo que, el donante no va a recibir ninguna remuneración por ello^{7,9-12}.

El consumo de los diferentes componentes sanguíneos puede ser inmediato, o bien para el tratamiento de enfermedades oncológicas o hematológicas crónicas. Según los últimos datos conocidos del año 2014, el consumo de sangre se distribuyó en diferentes áreas sanitarias, siendo el 24% a oncología, el 23% a intervenciones quirúrgicas, un 16% a crónicos y varios, un 15% a enfermedades de la sangre, un 12% a trasplantes de órganos y el 10% restante a obstetricia y paritorios⁵.

El único método para la extracción de sangre es a través de la venopunción, que constituye uno de los parámetros con mayor importancia en la fidelización del donante de sangre. Este momento crítico es el desencadenante de miedo y ansiedad en una parte mayoritaria de los donantes, sobre todo, en el caso de nuevos donantes que se enfrentan a su primera extracción^{13,14}, debido a que provoca dolor y una sensación desagradable.

Resulta necesario conocer las principales características generales y psicológicas de los donantes habituales y de los nuevos donantes. Juárez et al, establecieron tres estados afectivos durante el proceso de donación de sangre¹⁵:

- Estado A: es un estado de aversión cuyas manifestaciones principales radican en nerviosismo y ansiedad. Es frecuente observarlo en la fase previa al momento de donación.
- Estado B: es un estado positivo manifestado por una sensación de bienestar personal, e incluso, euforia. Se observa tras el proceso de donación.
- Estado C: estado característico de donantes que donan por segunda vez, y cuyo estado A se debilitó y se refuerza el estado B, pero de una forma más progresiva.

La donación de sangre es un procedimiento seguro, aunque en determinadas ocasiones, pueden ocurrir Complicaciones Relacionadas con la Donación (CRD)^{16, 17}, definidas por la *International Society of Blood Transfusion* y la *European Haemovigilance Network* como reacciones o incidentes adversos relacionados en el tiempo con la donación de sangre^{18,19}. Estos eventos adversos, según la literatura revisada, ocurren con una tasa situada entre el 2 y el 5% en los donantes^{16,17}. Las CRD que se presentan con mayor frecuencia son: síncope vagales, reacciones locales (hematomas, punciones arteriales o nerviosas) y reacciones alérgicas¹⁵.

Las reacciones vagales presentan una sintomatología inespecífica, caracterizada por la presencia de: palidez, astenia, ansiedad, sudoración, náuseas, vómitos, hipotensión, bradicardia y posible alteración del patrón respiratorio. Su aparición es brusca y aparece principalmente cuando la donación ha finalizado¹⁵. Si esta situación no se resuelve, puede desencadenarse el síncope vasovagal, caracterizado por una pérdida brusca y transitoria de la consciencia.

En las reacciones locales están englobadas aquellas situaciones que se circunscriben al área donde se ha realizado la punción. Entre ellas se destacan la presencia de hematomas y punciones arteriales o nerviosas. Se caracterizan por generar dolor, parestesias y pérdida de la fuerza¹⁵.

La aparición de CRD está influenciada por diversos factores entre los que se encuentran: la experiencia del profesional, el ambiente del lugar de la extracción, la elección del sitio de punción, así como, el miedo, la ansiedad, la falta de conocimientos, e incluso, el estrés en los donantes, ya sean, nuevos o recurrentes^{14,15}.

JUSTIFICACIÓN

Se consideró la necesidad de realizar el estudio debido a que existen escasas publicaciones a nivel nacional acerca del proceso de donación de sangre, el registro del tipo de donante y número de donaciones, como las complicaciones adversas presentadas durante el acto de donar. Asimismo, y aunque la normativa legal vigente lo exige, aún no se registran las intervenciones enfermeras, cuyas acciones influyen directamente en la presencia o no de complicaciones.

Teniendo en cuenta que, existe una limitación de los recursos para atender una urgencia en las unidades móviles ya que son escasas. Debido a esto, es importante la investigación en ésta área, ya que mejorando la educación sanitaria por parte de los profesionales de enfermería a los donantes a través de las instrucciones necesarias para llevar a cabo el proceso de donación demuestra que el acto de donar bajo unas condiciones óptimas previene la aparición de CRD.

OBJETIVOS

Analizar las CRD acontecidas durante las sesiones de donación en las diferentes jornadas de donaciones.

Describir el perfil de donante que sufre complicaciones según edad y sexo, y la frecuencia con se producen las CRD y si existen diferencias entre donantes nuevos y habituales en función del número total de CRD acontecidas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal de las CRD acontecidas durante las colectas de donación de sangre durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2015 realizadas por las unidades móviles del BSTA.

Las recomendaciones sobre el proceso de donación de sangre, indican que, el número máximo de donaciones al año son 3 para mujeres y 4 para varones²⁰. Debido al plan de gestión de la institución que tramita las colectas, se acude a cada punto de donación tres veces al año.

Se realizó una aleatorización de los tres periodos anuales, siendo el periodo seleccionado para la recolección el comprendido entre los meses de mayo y agosto del año 2015, ya que se corresponde con el cuatrimestre de donación en los mismos destinos.

Para la recogida de datos, se diseñó una aplicación "type-form", a través de la cual, se registraba el tipo de CRD acontecida. Dada la importante rotación de personal de enfermería de las unidades, los registros que, catalogados como válidos, fueron los obtenidos por profesionales de enfermería con al menos un año de experiencia a jornada completa.

Las variables que se estudiaron fueron:

- Edad: variable cuantitativa continua, expresada en años.
- Sexo: variable cualitativa nominal, expresada en hombre o mujer.
- Peso: variable cuantitativa continua, expresada en kilos.
- Tipo de donante: variable cualitativa nominal, expresada en donante nuevo o no.

- Reacción adversa a la donación: variable cualitativa nominal. Expresadas en:
 - Venopunción fallida: intento fallido de canalización de vena cefálica y/o basilica.
 - Mareo: se presenta cuando al cerebro no le está llegando suficiente sangre, producido por una disminución en la presión arterial, deshidratación, sangrado, o levantarse rápido tras estar tumbado o sentado. Se diferencia entre si se produce durante la donación, o posterior a ella.
 - Dolor: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma
 - Colapso vascular: incapacidad de realizar la extracción de sangre por vasoconstricción en el lugar de la punción.
 - Hemorragia: salida de sangre fuera del espacio vascular a través de traumatismo en este caso.
 - Punción arterial: canalización arterial por dificultades anatómicas.

También se registró el número total donaciones en cada una de las colectas realizadas para analizar si el porcentaje total de las mismas es significativo.

Los datos obtenidos se analizaron a través del software SPSS v21.0.

Para este trabajo se han extraído frecuencias absolutas y porcentajes de las diferentes variables.

RESULTADOS

Se realizaron 159 jornadas de donación programadas por el BSTA. En estas jornadas se recogieron un total de 6727 donaciones de sangre, de las cuales, 1997 fueron recogidas por los profesionales de enfermería acreditados para el estudio, y, por tanto, fueron consideradas válidas.

Del total de jornadas de donación realizadas, 107 jornadas transcurrieron sin ningún tipo de CRD, que suponen un 67,3% del total. El 32,7%, correspondientes a las 52 jornadas restantes realizadas, presentaron al menos una incidencia.

De las 1997 donaciones realizadas y válidas, se detectaron un total de 52 CRD, lo que supone que la frecuencia de CRD fue de 2,60 %.

El número total de CRD acontecidas durante la realización del estudio, se desglosan en la tabla 1:

Tabla 1: Frecuencia y porcentaje de reacciones adversas durante la donación

Reacción adversa durante la donación	N (N=52)	%
Venopunción fallida	20	38,5
Mareo durante la recuperación	20	38,5
Mareo durante la donación	6	11,6
Dolor	2	3,8
Colapso	2	3,8
Hemorragias	1	1,9
Punción arterial	1	1,9
Total	52	100

El rango de edad de las personas que sufrieron alguna CRD durante la jornada de donación se sitúa entre los 18 y 64 años, siendo la edad media de $38,7 \pm 13,7$ años, mediana de 39,5 años y moda situada en 54 años.

Respecto al sexo de los donantes que sufrieron una CRD, los donantes varones que sufrieron algún incidente durante la donación de sangre fueron 26, al igual que las mujeres, es decir, un 50% de las CRD se corresponden a varones, y el otro 50% restante a mujeres.

Los donantes que acudieron por primera vez a donar sangre y que sufrieron CRD fueron un total de 9 donantes, mientras que 43 donantes habituales sufrieron CRD. En la tabla 2, se relacionan las diferentes frecuencias de CRD acontecidas según este perfil de donante:

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de reacción adversa durante la donación según tipo de donante.

Reacción adversa durante la donación	Donantes nuevos		Donantes habituales	
	n	%	n	%
Venopunción fallida	4	44,5	16	37,3
Mareo durante la recuperación	3	33,3	17	39,6
Mareo durante la donación	1	11,1	5	11,6
Dolor	0	0	2	4,6
Colapso	1	11,1	1	2,3
Hemorragias	0	0	1	2,3
Punción arterial	0	0	1	2,3
Total	9	100	43	100

CONCLUSIONES

Los acontecimientos adversos en los procesos de donación de sangre no son un fenómeno habitual, pero pueden ser un factor psicológico negativo para la fidelización del donante, o incluso, para la captación de nuevos y posibles donantes.

Según los resultados del estudio, se considera que la donación es un procedimiento seguro llevado a cabo por profesionales de enfermería. El dato de 2,6% de CRD es comparable a trabajos científicos como los realizados por Múñera¹⁴, Rojas¹⁵, Popovsky¹⁷, situando la tasa de CRD entre el 1 y 5% de las donaciones.

Las CRD más frecuentes son los mareos y venopunciones fallidas a la hora de la canalización vascular para la extracción. Un trabajo realizado por Silva et cols²¹, manifiesta que las CRD con mayor presencia son las reacciones vasovagales y los hematomas tras donación, que engloban más del 85% de las CRD. Sin embargo, este dato no es comparable con el estudio llevado a cabo, ya que no existe seguimiento visual y/o telefónico por parte de la entidad gestora para valorar la aparición de hematomas en los donantes tras realizar la donación.

El perfil del donante que sufre una CRD es una persona de mediana edad, y que realiza más de una donación al año, considerándose como donante habitual, sufriendo como complicaciones más frecuentes el mareo y el hematoma por punción fallida. El trabajo realizado por Cruz et cols²² describe un perfil orientado hacia el sexo femenino con una edad media de 27

años y un peso medio de 62 kg, así como, trabajos realizados por Trouern¹⁶, Tomasulo²³ y Ogata²⁴ también ponen de manifiesto una mayor susceptibilidad del sexo femenino a las reacciones vasovagales. Se debería aumentar de forma considerable la muestra para poder obtener un perfil más claro de los donantes con una mayor susceptibilidad de sufrir alguna CRD.

Líneas futuras de investigación en este campo deben ir destinadas a obtener grandes muestras de donantes para establecer los criterios de susceptibilidad ante CRD, y, por tanto, aumentar la seguridad del proceso de donación y del propio donante.

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado D, Gaudes A, Sinues M, Gracia E, Pellicer B, Juárez R. Cuidados enfermeros en la donación de sangre. *Hygia*. 2016;91:60-8.
- Romero MJ, Arnedillo MS, Muñoz I, de Casas B, Casal M, Chávez MJ. Conocimientos, actitudes y motivaciones sobre la donación altruista de sangre. Búsqueda de nuevas estrategias para la captación y fidelización de donantes. *Rev Paraninfo digital*. 2011;11:1-11.
- Madrid.org [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2017 [citado 14 enero 2017]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1259499533482&language=es&pagename=PortalSalud%2FPágina%2FP TSA_HomeDonacion&vest=1259499533482/
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: World Health Organization; 2014 [citado 14 enero 2017]. Transfusión de sangre; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/topics/blood_transfusion/es/
- Donantesdesangre.net [Internet]. Madrid: Federación Española de Donantes de Sangre; 2017 [citado el 16 enero de 2017]. Disponible en: <http://www.donantesdesangre.net/menu.htm>
- Bancosangrearagon.org [Internet]. Zaragoza: Banco de Sangre y Tejidos de Aragón; 2015 [citado el 8 febrero de 2017]. Disponible en: http://www.bancosangrearagon.org/quienes_somos.php
- Real Decreto 1088/2005 de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación. BOE núm 225 de 20/09/2005.
- Blanquer A, Larrea L, Calabuig M, Roig R. Controversias en los criterios de selección de donantes de sangre. *Gac Med Mex*. 2007;143(2):65-8.
- Madoz P, Arrieta R, autores. Promoción de la donación de la sangre II. Criterios básicos para la selección de donantes de sangre y componentes [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado el 6 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/publicaciones/docs/criteriosBasicosTomoll_2006_030907.pdf
- Cruz H, Moreno J, Calderón C, Madero J. Aspectos socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre descritos por promotores de la donación de un Banco de sangre de la Ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev Méd de Risaralda*. 2013;19(1):10-3.
- Cruz H, Moreno J, Martínez S, Calderón C. Visión de los programas de promoción de la donación de sangre voluntaria y altruista: "una política conceptual integral". *Rev Colombiana de Enfermería*. 2012;7(7):146-50.
- Ramiro J, coordinador. Estándares de trabajo para servicios de sangre [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012 [citado el 9 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19531&Itemid=270
- Zapata, MA. Atención al Donante de Sangre. *Hygia*. 2004;58:55-8.
- Múnera M, Ramírez B, Zapata C, Marín D. Reacciones adversas inmediatas a la donación: frecuencia y caracterización. *Biomédica*. 2001;21:224-7.
- Rojas L, Luna L, Suaste ML, Cruz L, Mejía AM. Reacciones adversas a la donación. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2007;15(2):42-6.
- Trouern JJ, Cable RG, Badon SJ, Newman BH, Popovsky MA. A case controlled multicenter study of vaso-vagai reactions in blood donors: influence of sex, age, donation status, weight, blood pressure, and pulse. *Transfusion*. 1999;39:316-20.
- Popovsky MA, Whitaker B, Arnold NL. Severe outcomes of allogenic and autologous blood donation frequency and characterization. *Transfusion*. 1995;35:734-7.
- De Kort, W, director. Manual de Gestión de Donantes. Proyecto DOMAINE [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad Política Social e Igualdad; 2011 [citado el 4 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/publicaciones/docs/Manual_Gestion_Donantes.pdf
- Subdirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Hemovigilancia 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad Política Social e Igualdad. Informe Hemovigilancia 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado el 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2015.pdf>
- Banco de Sangre y Tejidos de Aragón [Internet]. Zaragoza: Banco de Sangre y Tejidos de Aragón; 2015 [citado el 12 de febrero de 2017]. Proceso de donación; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.bancosangrearagon.org/donacion-de-sangre-como-se-hace/>
- Tomasulo PA, Anderson AJ, Paluso MB, Gutschenritter MA, Aster RH. A study of criteria for blood donor deferral. *Transfusion*. 1980;5:511-8.
- Ogata H, Linuma N, Nagashima K, Akabane T. Vasovagal reactions in blood donors. *Transfusion*. 1980;6:679-83.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Madre en una residencia de mayores. Sentimientos y emociones de un hijo

Autores:

M^a del Rosario Peña Martín⁽¹⁾

M^a Teresa Boo Bustillo⁽¹⁾

*⁽¹⁾ Diplomada en Enfermería. Residencia
Ecoplar Maliaño (Cantabria). España.*

*Dirección para correspondencia:
sari.p.m@telefonica.net*

Recibido: 25 de diciembre de 2016
Aceptado: 28 de julio de 2017

RESUMEN

En el siglo XXI, los mayores de la sociedad actual viven sus últimos días en centros residenciales habilitados para tal fin. Las razones podrían derivarse del deterioro físico/cognitivo, temas familiares, voluntad de la propia persona o consensuadamente entre la familia y el anciano.

El proceso puede llegar a afectar a los miembros de las familias con sentimientos y emociones de culpa o insatisfacción por la sensación de abandono de la persona querida. Estos sentimientos pueden estar sustentados por la idea histórica/cultural del hecho de ingresar a un ser querido en un centro residencial implica abandono.

La investigación cualitativa permite mostrar los particulares sentimientos y emociones de las personas para así comprender mejor a este colectivo y poder desarrollar habilidades y estrategias para ayudar a superar este sentimiento.

Los resultados de esta investigación, ponen en valor una dinámica familiar, sentimientos personales, afectos y relaciones interpersonales. Las instituciones residenciales, así como, los trabajadores de las mismas, deberían tener en cuenta estas emociones para tener una buena relación terapéutica del binomio familiar-residente.

Palabras clave: emociones, anciano, relaciones familiares, hospitales geriátricos, investigación cualitativa

ABSTRACT

In 21st century, the elderly in present-day society live their last days in residential care homes which are enabled to that end. The reasons could arise from physical and cognitive impairment, family reasons, the person's own determination or a consensus between family and the elder.

The process may affect family members. There are plenty of factors (sensation of fault or abandonment of a loved one, ...) that go into feeling guilty or dissatisfied. These feelings may be supported by either historical or cultural idea that placing a relative in a residential facility means you are abandoning him/her.

Qualitative research allows insights into how people's feelings and emotions are in order to gain a comprehensive understanding of this group and to be able to develop skills and strategies used to overcome this feeling.

The results of this research show the great value of a family dynamic, personal feelings, affections and interpersonal relationships. Residential institutions, as well as their workers, should take these emotions into account in order to have a good therapeutic relationship between resident and family.

Keywords: emotions, aged, family relations, geriatric hospitals, qualitative research

INTRODUCCIÓN

Las residencias para personas mayores, actúan como lugar sustituto del hogar para las personas de la tercera edad que ingresan en ellas. Actualmente disponen de varios servicios como: atención sociosanitaria, psicológica, fisioterapéutica, terapia ocupacional, podología, cuidados estéticos, peluquería, entre otros. Todo ello ayuda a que las personas reciban unos servicios que facilite su vida diaria con el objetivo de cubrir la totalidad de sus necesidades de una forma semejante a lo que precisan en su entorno domiciliario y social. Estas actividades implican a un abanico de profesionales.⁽¹⁾

Las familias continúan teniendo un papel fundamental una vez el anciano ha ingresado; por ello, es importante que le visiten con frecuencia, que atiendan a los requerimientos de la institución y que éste, acuda con su familiar a las visitas médicas programadas o de otro tipo fuera de la residencia. A la llegada de una nueva persona a la residencia, los profesionales enfatizan en arroparle para que tenga el menor número de carencias físicas y emocionales, haciendo que, el periodo de adaptación a su `nuevo hogar` sea lo más rápido y liviano posible. En este periodo inicial, en ocasiones se olvida a las familias que, sin duda, sus sentimientos y emociones se ven afectados ante este hecho importante.⁽²⁾

Por otro lado, la investigación cualitativa, remonta sus orígenes en la cultura grecolatina donde ya se comienza a observar aspectos de esta metodología en obras de Heródoto y Aristóteles. Posteriormente, en los siglos XVII, XVIII y XIX, aparecen corrientes positivistas y se comienza a valorar los objetivos medi-

bles y cuantificables de esta investigación; se desarrolla además la teoría de la probabilidad en la estadística así como las bases de la investigación científica⁽³⁾.

La investigación cualitativa, es una investigación de las ciencias humanas, sociales y psicológicas, de carácter subjetivo, donde a través de los mensajes y de la observación de las personas y grupos describe y analiza las culturas, las experiencias de vida, y les otorga significado con el fin de descubrir y explicar sus creencias y patrones de comportamientos, utilizando distintos métodos como la fenomenología, la etnografía y el método biográfico, entre otros.^(4,5)

Esta investigación, ofrece la posibilidad de conocer, a través del relato biográfico, los sentimientos, las emociones y los valores que impulsan las actuaciones de las personas en las diversas situaciones y contextos de sus propias vidas⁽⁶⁾.

Por otro lado, se entiende por emoción, las expresiones psicológicas, biológicas y de estado mental que están asociadas al temperamento, personalidad y motivación de cada persona; siendo más intensas que los sentimientos, pero de menor duración que estos. Sin embargo, los sentimientos, son el punto de vista subjetivo y particular del sujeto, es un estado expresivo de ánimo, que se produce gracias a la impresión de un acto o situación, por estas razones la investigación cualitativa es adecuada para exponer algunos temas encubiertos y que subyacen en las relaciones familiares/anciano/residencias geriátricas, que se entiende pendientes de descubrir y que los profesionales implicados deben conocer para tener presente y dar respuesta⁽⁷⁾.

JUSTIFICACIÓN

Por todas las razones expuestas, se consideró realizar esta investigación de índole cualitativa, por entender que:

- No se conocen las razones del ingreso de un anciano en una residencia geriátrica y que pueden ser diversas; del mismo modo, se olvidan los sentimientos y las emociones de la familia más cercana y sus interrelaciones; además los profesionales ignoran las particularidades de cada anciano ingresado y que revierte en las relaciones y en la salud del propio residente.

OBJETIVO

Mostrar el pensar, sentir y vivir de un hijo en el proceso del ingreso de su madre en una residencia de personas mayores.

METODOLOGÍA

Esta investigación de ámbito cualitativo, utiliza el relato biográfico como método de estudio y la técnica de la entrevista semiestructurada, usando preguntas abiertas para obtener la información que posteriormente será analizada, durante las sesiones se dejó fluir el relato del informante.

Con el fin de cumplir con la Ley de Protección de datos de Carácter Personal, se firmó el consentimiento informado por parte de la persona objeto del estudio, quien aceptó la investigación con el consiguiente método utilizado a conveniencia suya. Los nombres que aparecen a lo largo del texto son ficticios, preservando así el anonimato de los protagonistas implicados.

La entrevista se realizó en dos sesiones de 90 minutos de duración, fue grabada, y se realizó en la residencia donde se encuentra institucionalizada su madre. Haciendo uso de la triangulación tras su elaboración, fue mostrada al informante con el fin que hiciera las correcciones que considerara oportunas, siendo finalmente aceptada por su parte.

RESULTADOS

Seguidamente se relata la entrevista en profundidad

“Me llamo Ángel, tengo 39 años, trabajo como administrativo, estoy soltero y vivo acompañado de dos gatos recién adoptados, me gusta viajar”.

LA FAMILIA

“Pertenezco a una familia pequeña y humilde, formada por mis padres y tres hermanos más, de los cuatro hermanos, soy el más pequeño. De nuestra educación se encargaban mis dos padres y eran estrictos”.

“De los mejores momentos que recuerdo de mi niñez es, todos reunidos en casa de mis abuelos en Nochebuena y Nochevieja.”

“Mi padre era ferroviario ahora está jubilado, mi madre era ama de casa, aficionada a la pintura. Ella, Laura, ha sido algo antisocial, la ha gustado mucho su espacio, ha sido generosa y la gente la quería. Fue muy dependiente de sus padres (mis abue-

los) y la `niña mimada` de su padre. Mi abuelo era secretario judicial y la tenía en palmitas. Solo tenía un hermano”.

“Mi madre vivía en un barrio algo marginal, pero no la gustaba, quería irse a vivir a otro lugar, siempre se lo pidió a mi padre. Para ella suponía estar alejada de todas las tiendas y comercios del centro de la ciudad, nunca utilizó un coche y para ella era como vivir en `una isla`. Por esta razón rompió la relación con mi padre y aunque vivían juntos en la misma casa, estaban totalmente separados. Esto formó dos grupos con los hijos, unos se posicionaron con mi padre y otros dos nos fuimos al lado de mi madre, aunque los cuatro hermanos nos llevamos bien entre nosotros”.

“Mi padre durante muchos años vivió en su `zona de confort` con su coche y estaba apegado su trabajo... a su vivienda”.

“Pasaron los años y aunque mi madre le pedía un cambio de vivienda más al centro de la ciudad y después de jubilarse, él siempre le daba largas y se negaba”. “Hablaban entre ellos, pero fueron poco a poco haciendo vidas separadas... viendo la televisión en habitaciones separadas...”

“Lo de su separación emocional es algo que solamente ellos saben, el paso de los años quizás desgasta mucho a las parejas, quién sabe..., todos estos años mi madre siempre se aferró a sus padres y su hermano y a mí, en especial”.

“El carácter de mi padre siempre fue muy frío, calculador y conservador, aparte de muy religioso. Si yo le llamaba, él me contestaba pero se me fueron quitando las ganas de relacionarme con él, con mi padre si me veía en ocasiones pero veces contadas”.

“Los cuatro hijos nos independizamos y mi madre se quedó sola con mi padre bajo la misma casa y con una relación que no existía”.

PROCESO DE LA ENFERMEDAD

“Hace unos años, no recuerdo cuantos pero sí muchos, mi madre sufre un atropello circulatorio. Venía yo de Madrid y vi ambulancias y gente pero me fui a casa. Estando en casa recibimos la llamada del hospital dándonos la noticia. Estuvo muy mala en la UVI, la pusieron un hierro en la cabeza, la enseñaron a leer y escribir, fue a rehabilitación y recuperó un 80%, volvió a ser la misma pero con limitaciones mentales que apenas no percibíamos”.

“Las limitaciones que tuvo mi madre después del atropello fueron, tener que volver a leer y a escribir en un centro de rehabilitación. Al meterle un hierro muy fino y delgado en el cerebro para activar no sé qué..., nos dijeron que perdería capacidades, cuando se fue recuperando estábamos tan conmocionados que con el paso del tiempo apenas apreciamos esa pérdida cognitiva que nos dijeron, con el tiempo se la comenzaron a olvidar las cosas”.

“Pasaron muchos años donde ella estuvo muy bien, falleció mi abuelo, después mi abuela y mi tío y a pesar de que mi madre vivía con mi padre como no había relación entre ellos, mi madre se quedó muy sola”.

“Cuando se recuperó, volvió a pedir un cambio de domicilio para estar más cerca de supermercados y comercios, ni ella, ni nosotros pudimos conseguir ese cambio, así es y ha sido siempre mi padre”.

“Hace tres años me llama mi madre por teléfono y me dice que era el cumpleaños de los sobrinos, fue a la fiesta y sufrió una caída, se golpeó la cabeza y se rompió un brazo, cuando fuimos

a la zona de escayolas, nos dijo una chica de las que estaban allí, que había notado algo raro en ella, que suele pasar cuando se activa algo de la mente, habla muy deprisa y nos aconsejó ir al neurólogo”.

“Ella comenzó a escribir papelitos y los dejaba por todos los sitios de la casa, era para acordarse de las cosas, la casa estaba llena de papelitos, en una de estas cogí vacaciones y la lleve unos días de vacaciones a Mallorca a ver a mi hermano donde la hicieron un TAC y se la diagnosticó de principio de Alzheimer”.

“La alarma salta cuando me llama mi madre por teléfono un día y me dice que tiene hambre, cuando voy me encuentro que el frigorífico estaba vacío, mi padre no la estaba comprando comida, con la excusa de que lo tira”. “Mis hermanos tampoco comprendían la postura de mi padre, pero mi padre siempre ha sido autoritario e intransigente”.

MI MADRE Y YO

“Antes de la enfermedad, mi madre, era conmigo muy generosa me daba todo lo que podía material y afectivo, y mi padre se fue alejando de mí por esta razón y no me llamaba. Mi madre ahora al estar tan deteriorada no puede manifestar lo emocional”.

“Cuando fallecieron mis abuelos mi madre se volcó conmigo, yo ya estaba independizado, nos llamábamos todos los días y a veces tenía hasta 100 llamadas de ella mientras yo trabajaba”.

“Tras el accidente yo la apunté al centro de día que lo pagaba yo, y me convertí en el cuidador de mi madre, mi padre no ha sabido ejercer de cuidador, la cuidaba yo cuando no estaba trabajando a pesar de vivir cada uno en su casa”.

“Con el tema de la falta de comida, salta la gravedad del asunto y me convierto en el marido y el hijo, tengo que salir del trabajo y comprar comida, llenar el frigorífico, cocinar, ropa, etc., pensábamos que mi padre la estaba alimentando y no era así, este tema es muy serio, mi madre perdió la noción espacio tiempo, mi padre decía que no compraba comida porque ella lo tira”.

“Sentía frustración y sentía mucha pena, ya que no hay cura, no hay una pastilla que esto lo cure”.

“Yo me enteré cuando ya era demasiado tarde del ingreso en la residencia cuando recibí la famosa llamada de mi madre ‘por favor venme a buscar, estoy en la residencia y no me dejan salir’, es la llamada más dura que he recibido yo, es muy duro”.

“Me quede en shock, hay una parte de mí que quería ir a buscarla, pero yo vivo solo y no la puedo tener en casa, si voy a trabajar se queda sola en casa, mi mente hace una especie de mecanismo si en casa no puede estar, veo que está mejor en la residencia”.

“Mi madre era consciente de donde estaba cuando ingresó, mi madre no quería ir a una residencia ni loca, al principio era consciente y ahora no se sabe”.

“Los primeros días cuando venía a verla tenía un nudo garganta cogiendo el ascensor y yendo a la planta y era muy duro por ella, pensaba que no estaba feliz, no me he sentido culpable porque hice mucho por ella. He llorado muchas veces”.

“Yo trabajo por la mañana o por la tarde y todas las tardes que tengo libre vengo a verla, quiero ir a un centro de voluntariado, porque si te apuntas y dices el nombre de tu madre vienen a verla, para que vengan alguna tarde de las que yo no puedo venir”.

“No pedí ayuda, me lo comí con patatas, esto me afecta a mi autoestima, ahora he cogido peso debido a que he somatizado

todo esto, emocionalmente creo que puedo estar mejor, no fui al psicólogo, ni lo hablé con nadie, si quedo con un amigo no le puedo contar penas, los amigos están para tomar cervezas sino te quedas solo, como dije antes, te lo comes con patatas”.

“Para mí el momento más duro fue ver el frigorífico vacío sin comida, un día fui a casa con mis hermanos y mi madre se estaba calentando tres huevos con un hornillo, en un cuenco de cereales, fue horrible”.

INGRESO EN LA RESIDENCIA

“Por mi trabajo conozco residencias y esta, en la que está mi madre, es muy buena, es de las mejores de Cantabria y por eso vino aquí, el lugar lo elegí yo para que viniese, inicialmente, a su centro de día”.

“Todos pensábamos que había que llevarla a una residencia más adelante, como la relación con mi padre ya no era fluida me comunicaba con él a través de mi hermano, mi padre decía que el centro de día era poco”.

“Es una de las partes más duras”. “Mi padre se hizo cargo económicamente”.

“Puesto que la convivencia entre mis padres era bastante mala en el último de los momentos y mi padre la trataba bastante mal y con muy poco tacto, gritaban y discutían y aunque se lo decíamos a nuestro padre que tuviera paciencia con ella, no lo entendía y la trataba mal igualmente, hasta que mi padre decidió ingresarla en la residencia a la fuerza, tras una discusión de la cual desconozco el motivo”.

“Ayudándose de mi hermano (afin a él) éste, se vio entre la espada y la pared y no le quedó otra opción que ayudarle con el ingreso en la residencia. Con una mentira de que mi padre estaba ingresado, le dijeron a mi madre que tenía que ir a la residencia, diciendo a todos que su marido estaba hospitalizado”. “la llevaron consiente de todo y en contra de su voluntad”.

“Mi padre y mi hermano hicieron su maleta posteriormente, yo no quise participar”.

“Indicaron en la residencia que si ella preguntaba, que la dijeran que tenía que quedarse por que su marido estaba ingresado en el hospital”.

“Ahora veo que la ha venido muy bien estar aquí, ha desarrollado una sonrisa y un sentido del humor que primero no tenía, se quitó al marido de encima, creo que ella pensó, aquí me dan de comer, aquí me duchan, me quieren... Yo descansa y no descansa, creo que mi madre está bien cuidada, prefiero que este aquí y no en casa muerta de asco, está mejor aquí cuidada que en casa sin cuidar”.

MI ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

“Mi madre ahora está desconectada, cuando voy a verla me observa, pero creo que no me conoce, para mí esto es duro, Siento que me quedo sin madre poco a poco y que hay que apegarse con lo que hay, lo ideal es tener un grupo de amigos definido y yo los tengo sueltos. He llorado muchas veces, pero si lo colocas en una balanza y es mejor que este aquí”.

“Echo en falta una llamada de teléfono de ella”.

“Tengo que sacar la mejor versión de mí mismo, sé que a mi madre la gustaría que yo estuviera bien, un cambio de trabajo me podría venir bien, mi hermano me dice que vaya, pero tengo aquí a mi madre y no voy a dejarla sola, no puedo tener ningún tipo de conversación con ella, pero percibo felicidad se sigue riendo”.

"He aprendido a vivir con esta situación, se me hace duro verla con el color de pelo blanco, en cambio, las arrugas no me impresionan, lo llevo con resignación, aprendo a vivir con ello".

"El día que ella fallezca, creo que será de la manera más natural, lo importante no es cuando fallece, sino ahora, cuando fallece una persona no hay que llevarse las manos a la cabeza, no temo ese momento, nunca me he puesto a pensar en la mía, a pesar de mi trabajo, creo que depende del destino, ha fallecido un familiar de una compañera y la voy a regalar un libro (El camino de las lágrimas)".

"Cuando yo sea anciano creo que lo ideal sea venir a una residencia como esta, pero no me lo he planteado mucho, con los años, me doy cuenta que lo importantes es ser buena gente, tratar bien a lo demás, ayudar, tener calidad humana".

"Estos temas te entristecen cuando le toca a los tuyos, ya que somos poca familia, veo el final de la vida como algo natural, no he hablado con mis hermanos de este tema".

"La relación con mis hermanos es buena, pero cada uno hace su vida y no son mucho de llamar. Con todo lo que ha pasado con el tema de mi madre yo me he encerrado un poco en mí mismo intentando filtrar todo lo sucedido. Entre los 4 hay una relación cordial".

"Ahora creo que el ingreso fue una decisión acertada, aunque ella no hubiera querido ni loca ir a una residencia, mi madre no ha vuelto nunca a su casa desde que ingreso".

"Siento que me quedo sin madre poco a poco y que hay que apechugar con lo que hay, cuando me conocía, era su ojito derecho, soy el pequeño pero ahora no se por donde la voy a coger, para mí la relación es la misma que cuando me conocía, pero ahora para ella es difícil saberlo".

"Esto me ha marcado, pero hubiera sido peor si fallece el día del accidente ya que me quedaría con que la atropelló una señora borracha, en cambio esto es una despedida lenta".

"Los sentimientos que me producen esta historia vivida son, de gratitud siempre por lo que ha hecho mi madre por mí y tristeza por la situación en la que está mi madre, pero es ley de vida y mi madre ha vivido muchos años, en cuanto a las emociones todo esto me ha producido nerviosismo en una época relacionado con la comida de mi madre, su bienestar y por la situación vivida, ha habido muchos nervios. No quiero sentimientos ni emociones negativas que luego se quedan dentro y atrae más a lo negativo".

"Estas cosas, hay que hacerlas de una manera delicada y no a cuchillo, yo quería hablar con la psicóloga para prepararla para el ingreso y hacerlo poco a poco".

"Siempre se dijo que no se puede pedir peras a un manzano ni limones a un naranjo" "Aprendes a vivir con ello".

MI PADRE, ACTUALMENTE.

"Ahora, mi padre siempre busca una excusa para quejarse, yo no tengo sentimientos hacia él, no me llama por teléfono, si algún día se deteriora y tengo que ayudar a mis hermanos, les ayudaré, mi padre vive solo en la actualidad y bien de salud, está negativo desde que ingresó a mi madre en la residencia".

"Está negativo y busca una excusa para quejarse continuamente, creo que es una forma de llamar la atención para que le hagamos más caso y no nos volquemos con mi madre".

"Mi padre siempre fue una persona agresiva verbalmente y físicamente cuando nosotros éramos pequeños (supongo que lo aprendió de su padre), pero con mi madre yo creo que nunca

hubo maltrato físico, quizás algún agarrón o tirón del brazo pero yo no lo he visto ni he notado nada. Si en algún momento yo hubiera visto algún indicio de maltrato físico de mi padre a mi madre, yo hubiera tomado cartas en el asunto para solucionarlo y tomar medidas contra él".

"Sobre el maltrato psicológico pues la indiferencia y la locura de saber que tu mujer se está quedando cada vez más `justuca` cognitivamente y tener en tu piso el frigorífico vacío de comida. Eso sí, mi padre iba a misa iba todos los domingos".

"En una ocasión, compré a mi madre una planta de Navidad, para que la tuviera en el salón mientras veía la televisión y mientras mi madre se ponía muy contenta porque la hacía ilusión, mi padre me reprochaba el comprarla diciendo que iba a salir por la ventana la planta, en fin...".

"Mi padre viene con mi hermano y actualmente va a visitar a mi madre a la residencia los domingos".

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se extraen los siguientes:

- La difícil y complicada dinámica familiar, puede llegar a repercutir en la salud de las personas.
- El comportamiento y la actitud de carácter machista y dominador por parte del varón (esposo) respecto a la mujer (esposa) con la que convive y su repercusión en la salud emocional (incluso física) de la mujer.
- En este estudio subyace una deficitaria información sanitaria sobre el proceso de la enfermedad en los centros sanitarios; ello revierte en desconocimiento y, por lo tanto en la dificultad para la toma de decisiones en la familia.
- Se resalta las relaciones afectivas de la madre con su hijo, incluso exageradas (hasta 100 llamadas telefónicas al día) buscando respuestas a la necesidad de otros afectos como el de su esposo.
- Las relaciones afectivas del hijo con su madre y las atenciones de este, incluso contradictorias, y con cuestionamientos de doble sentido, debido quizá a la falta de información y de consulta a profesionales.
- La importancia que se otorga, desde el ámbito familiar, a los alimentos; aunque probablemente la falta de cuidados generales comienza con la ruptura de relaciones entre el matrimonio.
- La falta de planificación de la familia respecto a la etapa del final de la vida de sus miembros, dando lugar a la toma de decisiones precipitadas y sin análisis de su previsión futura.
- El hecho de manipular la vida de las personas tomando decisiones sin contar con la aceptación de la persona, con mentiras, que implicó en este caso a cuidadores y profesionales del propio centro, incluso en contra de su voluntad manifestada en vida.
- El informante, busca una necesidad básica de tranquilidad espiritual, tras la frustración y las penas vividas, encontrándola en el hecho de tener resuelto lo básico de los cuidados para la vida de su madre.
- El hijo, echa de menos la falta de la madre en el estado anterior, con las llamadas de teléfono, aunque parece adaptarse al nuevo estado, y, acepta su final. La sensación de perder a su madre poco a poco, es como una lenta des-

pedida entre madre e hijo. Se destaca la entrega del hijo hasta última hora, esperando el desenlace final para trasladarse a otra ciudad, cambiar de trabajo y prosperar. Sus sentimientos y emociones quedan plasmados en gratitud y tristeza que refleja con nerviosismo,

- En este relato biográfico resulta llamativo, la dificultad para solicitar ayuda a profesionales en situaciones difíciles y que cada persona resuelve a su entender sin considerar las potenciales consecuencias personales y otras.
- Se destaca el comportamiento y las actitudes del padre ante la soledad y falta de la esposa a quien es probablemente eche en falta a pesar de la mala dinámica entre ambos.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación pone de manifiesto la complejidad de una historia familiar con el fin de hacerse conscientes del laberinto de cada una de las vidas de las personas residentes y que, en muchas ocasiones no se conocen e influyen en la salud, en la atención y los cuidados prestados.

Este caso, y para tranquilidad de los profesionales se caracterizó por la rápida adaptación de la mujer al centro residencial.

Las familias y sus miembros deben tener una atención acorde con la consideración de responsables de cada residente. El descubrimiento de las particulares complejidades revertirá en su comprensión por los profesionales y en el bienestar de los pacientes, facilitando el desarrollo de un cuidado integral, formando parte de uno cuidados holísticos.

La enfermería que presta cuidados en centros sociosanitarios, deberían conocer las variadas particularidades de las familias, en aras a una mejor comprensión, con la humanización de los cuidados y no realizando juicios previos, para extenderlos también a las familias de los residentes.

Los centros sociosanitarios, deberían conocer las situaciones diversas que subyacen en las familias y aplicar protocolos diseñados al efecto de manera individual e íntima.

Para las investigadoras, el estudio del caso, ha supuesto cierta culpabilidad por no desarrollar empatías hacia las familias que, a veces, toman decisiones para sus seres queridos con premura y sin planificación previa, hacia un ambiente extraño y desconocido. Por otro lado, la ternura hacia los hijos que siguen unidos a sus madres con un fuerte "cordón umbilical" que ni los

años ni el deterioro cognitivo de sus progenitoras logran romper esa fortísima unión hasta sus últimos días.

AGRADECIMIENTOS

A la Asesoría de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Garrido, JJ .Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [tesis doctoral]. Valencia: Servei de Publicacions, Universidad de Valencia; 2009.
2. Ors Montenegro A, Maciá Soler L. Mayores institucionalizados: Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. Gerokomos [revista en Internet] 2013. [Acceso 15 de febrero de 2016]; 24(1): 18-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100004
3. Breve historia de la Investigación cualitativa [sede web].Chile: Licentiate; 2012 [acceso 3 de abril de 2016]. Alarcón Venegas J, Carrasco Quijada J, Pérez Ponce A. Disponible en: <http://licentiate.blogspot.com.es/2012/11/breve-historia-de-la-investigacion.html>
4. Amezcua M, Carricondo Guirao A. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. Index Enferm [revista internet] 2000. [acceso 7 abril de 2016]; 28-29: 26-34. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_26-34.php
5. De Cássia Rocha Moreira R, Mendoça Lopes RL, De Andrade Santos N. Entrevista fenomenológica: peculiaridades para la introducción científica en enfermería. Index Enferm [revista internet] 2013. [acceso 26 de mayo de 2016]; 22(1,2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100024&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria [revista internet] 2004.[acceso 5 de junio de 2016];1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>
7. Hurtado de Barrera J. Metodología de la Investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia. 4ª ed. Caracas: Quirón ediciones; 2010.

Rol del profesional enfermero en el control de la hipertensión arterial en Atención Primaria

Autores:

María Sánchez Cueto⁽¹⁾

Leddy Patricia Vega Suárez⁽¹⁾

⁽¹⁾Graduada en Enfermería. Centro de Atención a la Dependencia "Virgen Del Pilar". Santander. España.

Dirección para correspondencia:
maria_tagle_89@hotmail.com

Recibido: 18 de marzo de 2017

Aceptado:

Esta revisión bibliográfica se corresponde con el trabajo fin de grado tutorizado por el profesor Samuel Cos Corral, profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria, adaptado por las autoras a las normas de la revista Nuberos Científica. En su origen, se encuentra incluido en el Repositorio UCrea.

RESUMEN

La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa, crónica y asintomática. En España afecta a 10 millones de adultos, causando en el mundo anualmente más de 9 millones de muertes. Por este motivo, resulta fundamental su detección temprana y el desarrollo de programas integrados de control de la hipertensión en la esfera de la atención primaria.

Actualmente los tratamientos para controlar la Hipertensión Arterial y prevenir sus complicaciones son efectivos. Se basan de forma simultánea, en un abordaje farmacológico y no farmacológico, adoptando estilos de vida saludables por el paciente.

El rol del profesional de enfermería durante el diagnóstico, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular es fundamental para lograr reducir los valores de presión arterial. Su implicación debe ser activa durante todas las fases de la enfermedad: prevención y detección precoz, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento.

La asistencia sanitaria eficaz y de calidad requiere de una actuación coordinada enfermera-médico (equipo multidisciplinar), dicha actuación se basa en los protocolos específicos del equipo de atención primaria, consensuados a nivel autonómico. La implicación del profesional de enfermería en las fases de la atención al paciente hipertenso es imprescindible para conseguir los objetivos y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: hipertensión, atención de enfermería, educación en salud, atención primaria de salud, presión arterial

ABSTRACT

Hypertension or high blood pressure is called the "silent killer" because it is generally an asymptomatic chronic disease. About 10 million Spaniards adults have hypertension and it is estimated to cause more than 9 million deaths a year worldwide. For this reason, it is essential the development of integrated primary health care programs for early detection and control of hypertension.

Nowadays, treatments to control and prevent high blood pressure and its complications are effective. They are based on pharmacological and non-pharmacological approaches simultaneously and healthy lifestyles from the patient.

Nurse's role in diagnostic, monitoring and control of cardiovascular risk factors is essential to reduce blood pressure measures. Nurse involvement must be active throughout all stages of the disease: prevention and early detection, clinical assessment, therapy and monitoring.

Efficient quality healthcare requires coordinated action between physicians and nurses (multidisciplinary team). This action is based on primary care team protocols, in agreement with Autonomous Community level. Nursing involvement in all stages of hypertensive patient care is important in order to reach the objectives and improve the quality of health care.

Keywords: hypertension, nursing care, primary health care, health education, arterial pressure.

INTRODUCCIÓN - ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP). Por esta razón, el rol llevado a cabo por los enfermeros en el abordaje de la HTA es relevante y digno de estudio.

El problema sanitario de la HTA requiere actuaciones asistenciales que sean precisas desde el ámbito de enfermería, deberán estar centradas en el seguimiento y valoración integral del paciente hipertenso, y de este modo brindar al paciente una atención acorde a un protocolo de actuación basado en la evidencia científica.

Para hablar de la intervención de la HTA en el ámbito de la Atención Primaria es necesario tener en cuenta que, se trata de una de las patologías con mayor incidencia a nivel mundial, afectando a mil millones de personas en el mundo, lo cual la convierte en un problema de salud pública de primer nivel. Además, está incluida en el grupo de riesgos cardiovasculares, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular junto con: dislipemia, diabetes, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardíaca⁽¹⁾.

Estas, son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año a nivel mundial. Entre ellas, la HTA constituye un importante factor de riesgo para el surgimiento de complicaciones cardíacas y cerebrovasculares, 9,4 millones de muertes están causadas de manera directa por esta patología⁽²⁾.

Una de las principales dificultades asociadas a la HTA es que se trata de una enfermedad silente, tan solo en un pequeño porcentaje de casos produce síntomas, convirtiéndola en enfermedad peligrosa, pues su detección puede quedar postergada a fases en las que ha provocado daños, en ocasiones con consecuencias fatales⁽³⁾.

La HTA es una enfermedad crónica, siendo uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de diversas patologías. Las de mayor incidencia son: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro-vascular, insuficiencia renal y retinopatía. Estas enfermedades constituyen un reto ineludible para los sistemas sanitarios de los países desarrollados, pues son la principal causa de morbimortalidad en los mismos. En España más de 14 millones de personas padecen hipertensión. Cabe resaltar que 9,5 millones no están controladas y 4 millones ni siquiera están diagnosticadas⁽³⁾.

Debido a la dimensión de esta patología, es necesario difundir, en el ámbito de la Atención Primaria, información sobre la

hipertensión, así como aquellas actuaciones multidisciplinares que puedan reducir o limitar su incidencia. Es aquí donde el trabajo de los profesionales de enfermería cobra importancia para conseguir una eficaz sensibilización de la población sobre los factores de riesgo, el fomento de hábitos de vida saludables y el diagnóstico precoz, máxime si entendemos el rol del profesional de enfermería como de ayudar a los individuos y familias a conseguir su máximo potencial de salud en las tres esferas: física, mental y social.

Una prevención efectiva de la HTA requiere un abordaje multifactorial y multidisciplinar, siendo el rol de la enfermería clave para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes⁽⁴⁾.

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de AP, existen protocolos de actuación clínica basados en evidencias científicas, elaborados por equipos intradisciplinarios y que se mantienen actualizados según dichas evidencias.

Los profesionales enfermeros deben actuar en función de las pautas indicadas en estos protocolos y desempeñar la actuación clínica correspondiente. Además de integrar los equipos para su elaboración y actualización de estos protocolos.

No obstante, es preciso mantener al día los conocimientos a través de la revisión de evidencias y difundirlos a los profesionales; este es el propósito de esta revisión bibliográfica que queda justificada en base a la magnitud del problema de la HTA y sus consecuencias en enfermedades cardiovasculares como problema de salud mundial.

OBJETIVOS

General: Actualizar y difundir conocimientos sobre la HTA, según evidencias científicas publicadas.

Específicos:

- Explicar el rol profesional enfermero en cuidados durante las fases de la patología
- Exponer el abordaje farmacológico y no farmacológico del tratamiento.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda exhaustiva durante los meses de mayo y junio 2015 en las siguientes bases de datos: SciELO, Pubmed, Cochrane, CUIDEN, Dialnet, Google Académico y Medline, buscando con ello que el proyecto cumpla con los parámetros de evidencia científica y actualidad necesarios para poder ser relevante en la práctica profesional. Se consiguieron 176 referencias, de las cuales, después de ser revisadas, se consideraron útiles 30, de los cuales cumplieron criterios de inclusión 27.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH) fueron hipertensión (hypertension), atención de enfermería (nursing care), educación en salud (health education), atención primaria de salud (primary health care), presión arterial (arterial

pressure). Los operadores booleanos para interrelacionar fueron AND, OR.

Entre los criterios de selección de las publicaciones se tuvieron en cuenta: revistas (propias de Enfermería y especializada en Cardiología); artículos originales y de revisión, así como estudios descriptivos, revisiones sistemáticas y publicaciones sobre el abordaje del profesional de enfermería en pacientes adultos con HTA.

Las búsquedas se hicieron en inglés y español.

RESULTADOS DE LA BUSQUEDA:

Se indican previamente, las definiciones de los términos empleados en la búsqueda:

Presión arterial (PA)

“Fuerza o empuje ejercido por la sangre sobre la pared de la arteria y se mide en milímetros de mercurio (mmHg)”. Refleja la eyección rítmica de la sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta. Esta presión aumenta cuando el ventrículo izquierdo se contrae y disminuye cuando durante la diástole el corazón se relaja, lo que determina la presión de pulso⁽⁵⁾.

La PA se registra a través de la Presión Arterial Sistólica (PAS) o máxima, que depende de la velocidad de eyección ventricular y la distensibilidad de las paredes de las grandes arterias, y la Presión Arterial Diastólica (PAD) o mínima, dependiente de la resistencia vascular periférica^(5,6).

La PA constituye uno de los principales signos vitales y viene determinada por la fuerza y el volumen de sangre bombeada, así como por el tamaño y flexibilidad de las arterias⁽⁷⁾.

Hipertensión arterial (HTA)

Según la OMS se define como la elevación de forma mantenida de la presión arterial por encima de los límites normales; siendo la “presión arterial sistólica igual o mayor que 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica igual o mayor que 90 mmHg⁽²⁾”.

Clasificación de la Hipertensión arterial			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	e	< 90

Fuente: Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC, 2007) también asumida por la Sociedad Española de Hipertensión Arterial⁽⁸⁾.

Con relación a la etiología la HTA queda subdividida en dos grupos, HTA Primaria o esencial, la presentan una gran parte de la población adulta (90%), su causa es desconocida, influyen fac-

tores genéticos en el desarrollo de esta enfermedad, hasta un 70%, es de origen hereditario y el 30% restante debido a diversas influencias ambientales^(9,10).

La HTA Secundaria representa el 10% de los casos de HTA y es susceptible de tratamiento⁽¹⁰⁾.

Uno de los principales rasgos definitorios de la HTA es que se trata de una enfermedad silente, ya que pueden no observarse síntomas evidentes durante años. Los síntomas más frecuentes son: cefaleas, ruidos de oídos, sensación de inestabilidad o poliquiuria.

Riesgo Cardiovascular:

Se define como aquella situación o circunstancia que se asocia estadísticamente con una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Los factores de riesgo pueden clasificarse como modificables (asociados al estilo de vida y susceptibles de cambio) y no modificables (por su naturaleza no pueden ser modificados o tratados)⁽¹¹⁾.

La puesta en práctica de modelos predictivos fiables permitirá identificar los posibles mecanismos que ocasionan el aumento del riesgo o incluso para intervenir precozmente⁽¹⁰⁾. Actualmente contamos con varios modelos, el más empleado es el SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) que permite estimar el riesgo de muerte asociado a enfermedad CV en diez años⁽¹²⁾.

Rol del profesional enfermero durante las fases de la patología HTA en Atención Primaria.

Para poder abarcar de una manera efectiva y holística al paciente con patología cardiovascular, el trabajo del profesional de enfermería tanto en el diagnóstico como en el seguimiento resulta imprescindible.

Para que la asistencia tenga los estándares de calidad deseados requiere de una actuación coordinada enfermería/medicina, cumpliendo así con los requisitos ineludibles en la práctica clínica de eficacia y efectividad. Los cuidados en enfermería tienen que ser autónomos, acordes a los objetivos establecidos, actuar en base a sus decisiones y asumir la responsabilidad de las mismas⁽¹¹⁾.

En la actuación del profesional de enfermería con los pacientes pre-diagnosticados de HTA en la consulta de AP, se diferencian dos momentos claves: en primer lugar, la evaluación del paciente (fase inicial) donde queda diagnosticada la patología que junto con el personal médico, se procederá a realizar la historia clínica del paciente a través de la entrevista, donde es importante identificar la predisposición familiar, antecedentes, así como síntomas o factores relacionados para el desarrollo de esta enfermedad y establecer un diagnóstico certero. Para ello se llevará a cabo una exploración física exhaustiva, toma de la PA y solicitud de pruebas complementarias⁽¹³⁾.

Por consiguiente la fase de seguimiento donde se analiza el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico y se contrasta si los resultados son o no los esperados.

Las mediciones de la PA se realizarán con un tensiómetro teniendo en cuenta que la técnica y condiciones del paciente son esenciales para garantizar que la medida de la PA sea la adecuada. Otras técnicas básicas para la medición de la PA son las que se realizan fuera de la consulta de AP, la Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), medida de la PA y frecuencia cardíaca en intervalos temporales programados a lo largo de

todo el día, a través de un dispositivo automático no invasivo que el paciente lleva incorporado mientras desempeña las actividades cotidianas de su vida y la Auto Medida de la Presión Arterial (AMPA), son las lecturas de PA realizadas fuera de la consulta de manera habitual en el hogar o en farmacias⁽¹⁴⁾.

Tras el correcto diagnóstico de HTA y establecido el correspondiente tratamiento farmacológico si precisa, se inicia una nueva fase, la de seguimiento. En esta el rol desempeñado por el profesional de enfermería es fundamental, basada en la promoción de la salud a través de visitas programadas. El número variará en función del grado de la enfermedad y las características de cada paciente pudiendo llevar a cabo un mayor número de visitas que las inicialmente contempladas en el protocolo, para lograr que la PA del paciente sea la deseada o al menos la que como objetivo se ha planteado alcanzar⁽¹⁵⁾.

Se debe establecerse una planificación de los cuidados, acorde al diagnóstico del paciente y el grado de riesgo cardiovascular que ha sido detectado⁽¹⁶⁾.

Educación en hábitos de vida saludables es una tarea y gran reto para enfermería. Para conseguir que el paciente con HTA consiga instaurar en su rutina diaria hábitos saludables es necesario el establecimiento de un clima de confianza en el cual los pacientes se sientan libres de expresar sus sentimientos, dificultades, dudas... Siendo fundamental construir un diálogo y pacto con los pacientes para que dicha interacción sea efectiva, debiendo alcanzarse un equilibrio, no siempre es sencillo entre una práctica profesional empática y el cumplimiento de los parámetros clínicos⁽¹⁷⁾.

La labor educativa e informativa desempeñada desde la consulta de enfermería debe basarse en una comunicación completa, sencilla y clara sobre el proceso que está viviendo el paciente, los múltiples factores que inciden y su control adecuado puede mejorar o agravar (mal control) respectivamente su estado de salud⁽¹⁷⁾. Por otro lado, se debe tener en cuenta que conseguir un cambio real en el estilo de vida del paciente no resulta una tarea sencilla. El éxito dependerá en buena parte de la capacidad del enfermero de comunicar y convencer sobre la importancia y posibilidad de aumentar ostensiblemente la calidad de vida del paciente en caso de cumplimiento. La experiencia y la dedicación profesional también juegan un papel fundamental.

Dentro de las actividades educativas en la salud se puede englobar dinámicas grupales como distintos talleres en los cuales poder trabajar aspectos de control de la ansiedad, técnicas relajantes, abandono del tabaco, hábitos de alimentación y nutrición equilibrada, promoción del deporte/práctica de actividad física en distintos grupos de edad, otras actuaciones de prevención del riesgo cardiovascular^(17,18).

Con relación al tratamiento farmacológico, es crucial que el profesional de enfermería tenga un conocimiento minucioso y en constante actualización de los diferentes fármacos prescritos al paciente para poder informar adecuadamente y detectar cualquier eventual efecto secundario. Aunque la prescripción farmacológica corresponde al médico, es labor de la enfermería informar sobre la dosis del tratamiento, los horarios de toma, o lo que, el paciente, debe hacer si una de las dosis ha sido olvidada. Por otro lado, la consulta es un espacio privilegiado para identificar cualquier posible incumplimiento⁽¹⁷⁾.

El seguimiento debe ser acorde con los resultados y objetivos, tomando por tanto un carácter individualizado. Es fundamental mejorar la valoración, a través de visitas poco espaciadas

en el tiempo o cuando se produzcan cambios en el mismo. Los contenidos establecidos en la consulta de enfermería estarán, directamente vinculados con los objetivos que se quieren alcanzar, detectar nueva sintomatología, control de la PA, valorar el cumplimiento del tratamiento terapéutico así como descubrir posibles efectos secundarios de los fármacos.

La planificación de los cuidados enfermeros se llevan a cabo durante etapas para finalmente establecer el plan de cuidados del paciente, bien individualizado o estandarizado. Esto supone una herramienta muy útil para la profesión, pues aporta mayor comunicación con los pacientes y los propios profesionales, ya que se unifican criterios y terminologías, además de homogeneizar líneas de actuación y de decisiones en el área específica de enfermería. También se favorece a la continuidad de los cuidados, llevando a todo ello a una mejor práctica de los cuidados y a la adaptación de un modelo conceptual. Para ello se debe utilizar la terminología NADA, NOC y NIC^(19,20).

Tratamiento de la HTA:

Los tratamientos existentes para controlar la hipertensión y prevenir sus complicaciones son sumamente efectivos. En AP se llevan a cabo programas integrados cuyo objetivo es disminuir el riesgo cardiovascular total⁽²¹⁾.

Tratamiento no farmacológico de la HTA:

Basado en la modificación de estilos de vida. Incluido en el "plan de cuidados" donde la enfermera, cobra especial relevancia en la información y en el seguimiento de la adopción de prácticas saludables por parte del paciente, por lo que hace que su trabajo en este momento se haga indispensable. Debe ser implantado en pacientes con cualquiera alteración en la PA y de manera simultánea al tratamiento farmacológico^(22,23).

Los cuidados, como tratamiento no farmacológico, relacionados con el estilo de vida, susceptibles de modificar por el paciente y de corresponsabilidad con la enfermera, son los siguientes:

Reducción/control de peso

El tener la cifra de peso ideal y mantenerlo previene el desarrollo de HTA, reduce la PA y asimismo las necesidades de medicación. Idealmente, el paciente debe llegar a un peso normal y a un índice de masa corporal de 25. El IMC resulta por tanto el indicador que se emplea más frecuentemente para determinar el grado de sobrepeso. En el caso de personas con HTA que presentan obesidad o sobrepeso, la reducción de peso necesaria para incidir de forma relevante en su PA es relativamente baja. Los estudios⁽²²⁾ demuestran que una bajada de tan solo 3 kg produce una caída de 4 a 7 mmHg de la presión arterial, mientras que la reducción de 12 kg produce caídas de 13 a 21 mmHg en la presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD).

Reducción en el consumo de sal

El consumo excesivo de sal se relaciona asimismo con una mayor mortalidad cardiovascular⁽²²⁾. El efecto antihipertensivo de la restricción de sal en la dieta debe acompañarse a otras modificaciones dietéticas, especialmente de disminución calórica. Un bajo consumo de sal también favorece la efectividad de la mayoría de los fármacos antihipertensivos y previene la hipopotasemia inducida por los diuréticos^(22, 23).

En España el consumo medio de sal es de 10 g. por persona

y día, lo que se recomienda es que la dieta contenga menos de 5 g. de sal diarios (22,23).

Reducción/ limitación en el consumo de alcohol

El consumo de más de 30 gramos de alcohol diaria aumenta la presión arterial. Este incremento será aún más elevado en aquellas personas o bien fumadoras o con un colesterol elevado⁽²²⁾.

Aumento en la actividad física

El ejercicio físico aeróbico ejerce un efecto antihipertensivo moderado⁽²²⁾. Cuando se compagina con la restricción calórica los efectos positivos se amplifican. Los criterios tenidos en cuenta serán la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de la práctica deportiva⁽²¹⁾. El mínimo recomendado con efecto beneficioso sobre la PA es caminar a un ritmo rápido durante 30 a 45 minutos, al menos 5 días a la semana^(22,23).

Otras modificaciones dietéticas

Dentro de este apartado se incluye la llamada Dieta DASH (*Dietary Approach Stop Hypertension*), régimen adecuado para las personas que padecen de HTA. Recoge pautas alimenticias que consisten en una alta ingesta de vegetales y frutas, derivados de la leche con una baja concentración de grasa, cereales, carne de ave, pescados y nueces. Asimismo, limita carnes rojas y alimentos azucarados⁽¹¹⁾. Esta dieta es muy semejante a la dieta mediterránea^(22,23).

Abandono del tabaco

Es una de las medidas aisladas más eficaz en la prevención de enfermedades cardiovasculares y no cardiovasculares en pacientes hipertensos.

Se debe tener en cuenta que dicho abandono supone un reto difícil en gran parte de los pacientes ante la importante adicción que provoca. Concienciar sobre todos los riesgos que lleva asociados el hábito de fumar y trabajar en la voluntad de su abandono son las herramientas básicas para conseguir resultados exitosos. Contar asimismo con un adecuado soporte psicoterapéutico específico y combinarlo con tratamiento sustitutivo a base de nicotina, puede ser de gran ayuda en este proceso^(22,23).

Tratamiento farmacológico:

La terapia antihipertensiva tiene como objetivo en términos de salud pública la reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular y renal a largo plazo.

Los grupos de fármacos indicados para iniciar y continuar el tratamiento son los diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta, antagonistas del calcio, los IECA, los ARA II^(24,25).

La elección del tipo de fármaco será individualizada para cada paciente. En ocasiones pueden ser acompañados por otros útiles en la reducción del RCV, los más utilizados son los antiagregantes plaquetarios e hipolipemiantes^(24,25).

La coordinación entre los profesionales (enfermero y médico) y el propio paciente, así como la educación sanitaria y un esquema terapéutico sencillo favorecen el tratamiento.

CONCLUSIONES

En el ámbito de la Atención Primaria, la HTA, ocupa un lugar destacado como una de las patologías con mayor incidencia, al

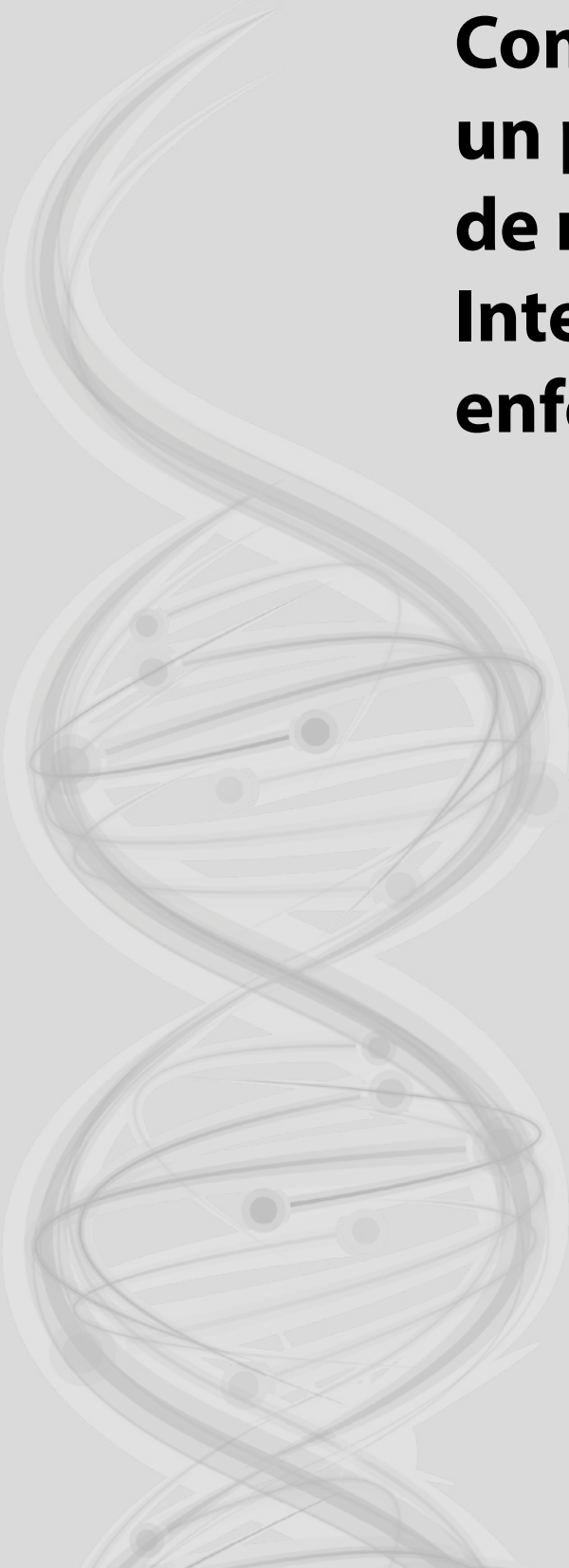
presentarse tanto de manera aislada como en comorbilidad con otras patologías. El rol desempeñado por el profesional de enfermería en todas las fases clínicas, es fundamental, procediendo con el protocolo establecido y con las necesidades y características de cada paciente y su proceso patológico.

El rol del profesional en enfermería no solo requerirá de la necesaria capacitación en la identificación de síntomas, conocimiento de los distintos medicamentos antihipertensivos y dominio de los diferentes instrumentos de medida de la PA, sino que además resulta imprescindible contar con las habilidades necesarias para transmitir y concienciar a los pacientes de la importancia de adoptar hábitos de vida saludables. Las herramientas con las que contar en este complejo proceso serán fundamentalmente el diálogo y la empatía, siguiendo el proceso de educación para la salud.

La relación coordinada entre los profesionales (enfermero y médico) y paciente, así como el correcto planteamiento de los cuidados y el seguimiento adaptado a las respuestas del paciente en el contexto familiar, favorecen los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación española del corazón. Factores de riesgo cardiovascular. España: Fundación española del corazón; 2017 [acceso 28 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html>
2. Organización mundial de la salud. Informe general sobre la hipertensión en el mundo: una enfermedad que mata en silencio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [acceso 3 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
3. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial: Hipertensión Arterial generalidades y estadísticas. España: Sociedad española de hipertensión; 2015 [acceso 4 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.seh-lhelha.org/>
4. Dalfo Baqué A, Gibert Llorach E, Vila Coll M, Sabartés Saperas T. Diagnóstico y seguimiento de la Hipertensión Arterial: ¿Es relevante el papel del personal de enfermería en Atención Primaria? 2000 [Acceso 4 junio de 2015]. 26 (3): [180-183]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700786380>
5. Unglaub Silverton D. Fisiología humana. Un enfoque integrado. 6ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 463-466
6. Gutiérrez Vázquez IR. Fisiopatología como base fundamental del diagnóstico clínico. Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 16-18
7. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation y treatment of High Blood Pressure (JNC 7). [2004]. National Institutes of Health Publication No 04-5230
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti, Böhm M et al. Guía de práctica clínica de la revista SH/ESC 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Revista española de cardiología. 2007 [Acceso 9 de junio de 2015]; 60 (9): (968. 1ei-e94) Disponible en: http://pdf.revpscadiol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13109650&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=106&accion=L&origen=cardio&web=www.revpscadiol.org&lan=es&fichero=25v60n09a13109650pdf001.pdf
9. Hergueta G. Guía de Hipertensión Arterial. 2ª ed. Capitel Editores; 2002.
10. Molina R, Guija E, Ortega MM, García L, González A, Alguacil P, et al. Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de Atención Primaria. Andalucía: Sociedad andaluza de medicina de familia; 2006 [acceso a 7 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.sam-fyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>
11. Guijarro C, Brotons C, Camaralles F, Medrano MJ, Moreno JL, del Río A. Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención cardiovascular. Aten Primaria. 2008; 40:473-4.
12. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti, Böhm M et al. Guidelines for the management of Arterial Hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) 2013. Journal of Hypertension [Revista on-line] 2013. [Acceso 9 de junio de 2015]; pág. 10-11 Disponible en: <http://www.seh-lhelha.org/pdf/Guia2013.pdf>
13. Márquez E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. Hipertensión. 2008; 25: 205-213.
14. Fernández L, Guerrero L, Segura J Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. Elsevier. 2010.
15. Hergueta G. Guía de Hipertensión Arterial. 2ª ed. Capitel Editores; 2002
16. Castells Bescós E, Boscá Crespo AR, García Arias C, Sánchez Chaparro MA. Hipertensión arterial .Disponible en: <http://www.medy-net.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
17. Zapata Sampedro MA. El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. Enfermería global. Enfermería Global. 2006 [Acceso 7 junio de 2015]; 5 (2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/370>
18. Pérez J. H & Unanua, A.P (2002) Hipertensión Arterial. Sintomatología HTA. 2009. [Acceso 8 junio de 2015]; 12: 124-125. Disponible en: http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap12.pdf
19. Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria (UCrea) [sede Web]. Cantabria; Plan de cuidados de enfermería estandarizados. Olga Mendona Ruiz, 2015 [acceso 2 Abril de 2017]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/>
20. Revista médica electrónica- Revista portales médicos: Plan de cuidados de enfermería a una persona con hipertensión arterial. España: portales médicos; 2017 [acceso 2 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-cuidados-enfermeria-hipertension-arterial/>
21. Martínez C, Pérez R, Córdoba L, Santín M, Macías I. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999 [Acceso 8 junio de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100009
22. Armario P, Banegas JR, Campo C, de la Sierra A, Gorostidi M, Hernández R. Guía Española de Hipertensión Arterial. 2005 [Acceso 9 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.seh-lhelha.org/guiahta05.htm>
23. Sosa-Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. SciELO Perú. 2010 [Acceso 9 de junio de 2015]; 71 (4): 241-244. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400006
24. Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología de la Enfermería. 2ª ed. Elsevier. 2007.
25. Azanza Perea JR, Sádaba Díaz de Rada B, García Quetglas E. Farmacología clínica para profesionales de la salud. Eunate. 2004.



Complicaciones en un paciente portador de marcapasos. Intervenciones de enfermería. Caso clínico

Autora:

Cristina Escudero Candela⁽¹⁾

*⁽¹⁾Graduada en Enfermería. Enfermera del
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. España.*

*Dirección para correspondencia:
crisescan@hotmail.com*

Recibido: 27 de junio de 2017
Aceptado: 26 de septiembre de 2017

El caso clínico que se presenta, forma parte del TFG de la autora, realizado en la Universidad de Alfonso X El Sabio. Ha sido adaptado para su publicación en la revista Nuberos Científica.

RESUMEN

Las personas con trastornos del ritmo cardiaco, ocupan un lugar importante en la atención de los servicios de urgencias. En muchos de los casos se implantan alguno de los dispositivos (marcapasos y dispositivos de resincronización) existentes en la actualidad.

Estos dispositivos tienen como función mantener un ritmo cardiaco fisiológico en las patologías que sea preciso. Actualmente la calidad de vida de los pacientes con estos dispositivos depende de la programación personalizada y orientada a lo más fisiológica posible.

La enfermería profesional que, tanto en la clínica hospitalaria como en el ámbito de atención primaria, se encuentran con pacientes de estas características, deben conocer y aplicar el proceso de atención de enfermería dando respuesta a las necesidades individuales del paciente y continuidad a las intervenciones que se han prescrito a nivel hospitalario cuando el paciente pasa a su domicilio.

Del mismo modo los cuidados profesionales a través de diagnósticos enfermeros deben formar parte de los protocolos clínicos del hospital.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería, enfermería y corazón

ABSTRACT

People with an abnormal heart rhythm are an important part of emergency care. In many cases, some of today's existing devices (pacemakers, cardiac resynchronization therapy (CRT) devices) are implanted.

The purpose of these devices is to keep a regular heartbeat in some heart diseases. Nowadays, the quality of life of patients with pacemakers depend on a personalized programming as close as possible the physiological control of heart rate.

Registered nurse, as in the hospital field as in the primary care, finds patients with these conditions, and they must know and implement the nursing process. Furthermore, giving an answer to individual needs of patients and ensure the continuity nursing intervention which have been prescribed at the time of hospital discharge.

Similarly, professional care through nursing diagnoses should be part of the hospital care protocols.

Keywords: nursing diagnosis, nursing and heart

INTRODUCCIÓN

Cada año el volumen de marcapasos y dispositivos de resincronización implantados aumenta en España. En el año 2014 el consumo de generadores convencionales y dispositivos de resincronización fue de 784 y 64,4 unidades por millón de habitantes respectivamente; entre los que se incluyen marcapasos, desfibriladores automáticos implantables (DAI) y resincronizadores⁽¹⁾.

En 1930 el cardiólogo americano Albert S. Hyman inventó un instrumento electro-mecánico que desarrolló con un motor eléctrico de manivela. Fue el primero que estimuló el corazón con un generador de impulsos externo que cargaba manualmente con una manivela mediante unos cables transtorácicos hasta el corazón. Pero fue el cirujano cardíaco sueco Doctor Senning, en 1958, quien inició la estimulación cardiaca con el marcapasos tal como se entiende hoy día, con el generador de estímulos implantado dentro del cuerpo⁽²⁾.

En la actualidad, el marcapasos es un pequeño dispositivo que envía estímulos eléctricos al miocardio con el fin de controlar el ritmo cardiaco tanto si este es irregular como por ser demasiado lento. Pueden utilizarse de forma temporal o permanente. Su implantación se realiza mediante una pequeña incisión debajo de la clavícula y se introduce el cable a través de una vena cercana hasta la aurícula derecha o el ventrículo derecho, dependiendo del tipo de trastorno que se esté tratando. Si el paciente solo necesita un electrodo, este se coloca en la cavidad (aurícula o ventrículo derecho) del corazón que se pretenda estimular. Si necesita dos electrodos, se colocarán tanto en la aurícula como en el ventrículo derecho. Posteriormente, cuando el cable esté en el lugar adecuado (se confirma mediante rayos X),

se conecta al marcapasos y este queda alojado debajo de la piel. El procedimiento finaliza cosiendo la incisión⁽²⁾.

Se podría decir que la calidad de vida de los pacientes portadores de marcapasos y dispositivos de resincronización depende de una adecuada selección del modo de estimulación y de una programación personalizada, encaminada a una estimulación lo más fisiológica posible⁽²⁻³⁾.

Las indicaciones para la instauración de marcapasos son⁽⁴⁾:

- 1.- Bloqueo aurículo ventricular crónico o paroxístico, de cualquier localización, asociada a:
 - Bradicardia sintomática
 - Insuficiencia cardiaca
 - Necesidad de fármacos que depriman el automatismo del ritmo de escape.
 - Pausa de más de 3 segundos o ritmo de escape de menos de 40 lpm.
 - Síntomas de bajo gasto cardiaco o cerebral secundarios a la bradicardia.
- 2.- Bloqueos aurículo ventricular de 2º grado, crónico o paroxístico, de cualquier nivel, con bradicardia sintomática.
- 3.- Fibrilación / Flutter auricular y otras taquicardias auriculares con bloqueo aurículo ventricular completo o avanzado, con bradicardia sintomática, no secundaria a fármacos.

JUSTIFICACIÓN

Resulta de especial importancia que los profesionales de enfermería conozcan cómo actuar en la clínica asistencial ante un

paciente portador de marcapasos y dispositivos de resincronización tanto en el medio hospitalario como en el ámbito de Atención Primaria y se familiaricen con los cuidados: cura de la incisión quirúrgica, no cargar pesos en ese brazo y no conducir durante el primer mes. También es importante dar una buena educación sanitaria al paciente, para que avisen siempre de que son portadores por ejemplo cuando vayan a usar un bisturí eléctrico, ante una resonancia magnética; y también en el uso de utensilios de la vida diaria como las placas de inducción, aparatos eléctricos que se aconsejan no llevar justo encima sino mantener unas pequeñas distancias de precaución.

La necesidad de los profesionales enfermeros justifica la necesidad de que los profesionales incluyan planes de cuidados individualizados (o estandarizados) con el fin de poder medir resultados específicos y mejorar la atención a los pacientes portadores de este dispositivo.

OBJETIVO

Exponer, a través de un caso clínico, los cuidados de enfermería individualizados e indicados para el paciente con taquicardia auricular y síndrome taquicardia-bradicardia, portador de marcapasos definitivo, evitando o disminuyendo las posibles complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 86 años, casado y con 5 hijos. Acudió al servicio de Urgencias del Hospital Marqués de Valdecilla, en Santander, acompañado por su hija, por presentar disnea progresiva que llega a hacerse evidente en sus actividades básicas de la vida diaria.

En el momento de la recogida de datos para la valoración, niega antecedentes personales de riesgo cardiovascular.

Valoración al ingreso:

Exploración Física	- Peso: 102 kg. - Talla: 1,69 cm. - Glucemia capilar preprandial:97. - Saturación oxígeno: 97 %. - Índice masa corporal (IMC): 35,71. - Tensión arterial: 115/ 75 mmHg. - Temperatura: 36 °C. - Frecuencia cardiaca: 130 lpm.
Antecedentes Personales	- Sobrepeso. - Migrañas de años de evolución. - Lumboartrosis y hernia discal l5-s1. - Insuficiencia venosa periférica de MMII. - Intervenido quirúrgicamente de cataratas.

Alergias	- No conocidas.
Hábitos Tóxicos	- Fumador esporádico.
Diagnostico Médico	- Taquicardia auricular. - Síndrome taquicardia-bradicardia. - Implantación de marcapasos definitivo VDD(V ventrículo, D dual, D inhibido).
Tratamiento antes del ingreso	- Ninguno

Juicio clínico y seguimiento médico:

En la Unidad de Cardiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se le diagnosticó en un primer momento de taquicardia auricular y se decidió ingreso para control de la frecuencia cardiaca, iniciándose tratamiento con beta-bloqueantes, presentando durante la administración de éstos, pausas del ritmo sinusal mayores de 5 segundos; a la vista del estudio electrofisiológico y dado el contexto clínico y el dudoso beneficio de una ablación, se le realizó la implantación de marcapasos definitivo modo VDD (Ventrículo, Dual, Inhibido).

Alta médica:

Fue dado de alta tras 10 días de ingreso y derivado a Atención Primaria con los diagnósticos médicos de:

- Taquicardia auricular
- Síndrome taquicardia-bradicardia.

Tratamiento Actual	- Digoxina ^R 0,25 mg - Bisoprolol ^R 5 mg - Ameride ^R - Adiro 100 ^R - Atorvastatina ^R 40 - Pantoprazol ^R
---------------------------	--

Proceso de atención de enfermería:

Durante su ingreso hospitalario se realiza una valoración enfermera según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon que permiten valorar al paciente y familia del mismo.

Se utiliza la clasificación taxonómica II de la NANDA (2015-2017) para formularlos diagnósticos enfermeros. Con los diagnósticos formulados se podrá identificar los criterios de resultados (NOC)⁽⁵⁾ que se conseguirán tras la aplicación de las intervenciones enfermeras (NIC). De este modo, y utilizando los indicadores propuestos permitirán evaluar de forma continua el logro o no de las intervenciones realizadas. Para relacionar los diagnósticos, resultados e intervenciones se utilizó el texto de Interrelaciones NANDA, NIC y NOC⁽⁶⁾.

VALORACIÓN

Patrones alterados:

1. Nutricional- Metabólico: Patrón alterado.
2. Actividad – Ejercicio: Patrón alterado.
3. Cognitivo- Perceptual: Patrón alterado.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO.

NANDA (0004) riesgo de infección. R/C herida quirúrgica Definición: aumento del riesgo de ser invadido por microorganismo patógenos	
NOC (1102) curación de la herida por primera intención	NIC (344) cuidados del sitio de incisión. - Aplicación antiséptico, según prescripción. - Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección. - Vigilar proceso de curación en el sitio de la incisión.

NANDA (00001) desequilibrio nutricional por exceso. R/C ingesta excesiva de alimentos M/P alto IMC Definición: aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas	
NOC (1612) control de peso - Come en respuesta al hambre.	NIC (1280) Ayuda para disminuir el peso - Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. - Repasar con el paciente su actual dieta para detectar fallos. - Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas. - Explicar los beneficios que sobre su enfermedad y sobre su forma física le va aportar la pérdida de peso. - Incidir en la importancia de incluir también un buen patrón de ejercicio que le ayude en la pérdida de peso.
- Alcanza el peso óptimo	NIC (5614) Enseñanza: dieta prescrita. - Establecer 5 comidas diarias en las que se incluyen al menos 5 piezas de frutas y/o verduras - Enseñar grupos de alimentos de alto y bajo contenido calórico para su propio manejo. Hacer participe a la familia si es colaboradora. - Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad. - Evitar alimentos estimulantes como la cafeína, teína por ser estimulantes de la frecuencia cardiaca.

NANDA (00048) deterioro de la dentición. R/C Higiene oral insuficiente M/P exceso de placa Definición: alteración de los patrones de la integridad estructural de la dentadura.	
NOC (0308) Autocuidados: higiene bucal. - Limpieza de boca	NIC (1710) mantenimiento de la salud bucal. - Fomentar el hábito de higiene bucal. - Establecer una rutina de cuidados bucales - Enseñar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario - Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua. - Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua. - Hacerle ver la importancia de mantener las piezas dentarias que le quedan en buen estado para que ello no influya negativamente en su alimentación. - Acudir al odontólogo

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO.

NANDA (00168) sedentarismo R/C sobrepeso M/P falta de actividad física Definición: informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física	
NOC (2004) Forma física	NIC (1260) :Manejo del peso - Pactar con el paciente una lenta pero progresiva pérdida de peso. - Explicarle los riesgos de seguir con una vida tan sedentaria - Animarle a que vaya registrando su peso semanalmente
- Ejercicio habitual	NIC (0200) fomento del ejercicio. - Instruir al paciente de la frecuencia, duración e intensidad de los ejercicios. - Instruir acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud. - Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. - Explicar al paciente los beneficios que el ejercicio físico aporta emocionalmente mejorando el nivel anímico de las personas. - Índice de masa corporal

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL

NANDA (00126) Conocimientos deficientes (funcionamiento marcapasos) R/C Cambio en su estado de salud M/P verbalización de desconocimiento de funcionamiento del marcapasos Definición: carencia o deficiencia de la información cognitiva relacionada con un tema específico	
NOC (1803) conocimiento: proceso de la enfermedad. - Descripción de la causa o factores contribuyentes.	NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad. - Descripción de la causa o factores contribuyentes. - Explicarle de manera que el paciente comprenda lo que le ha pasado y la nueva situación en la que se encuentra. - Recomendaciones enfermeras en pacientes portadores de marcapasos.
- Descripción de la causa o factores contribuyentes. - Descripción de los factores de riesgo.	NIC (6610) Identificación de riesgos. - Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados. - Conocer síntomas de empeoramiento de la enfermedad. - Enseñarle a tomarse la frecuencia cardiaca. - Importante estar alerta con los campos magnéticos potentes, que pueden alterar la función del marcapasos. - Evitar grandes esfuerzos físicos.

Diagnóstico de enfermería	Resultado esperado	Resultado obtenido	Evaluación
0004 Riesgo de infección. R/C Herida quirúrgica	Correcta cicatrización y desinfección de la herida por aplicación de antiséptico. Vigilar posibles signos de infección	Correcta cicatrización por bordes proximales.	Los resultados en este caso se han conseguido.
00001 Desequilibrio nutricional por exceso. R/C su obesidad. M/P comer por ansiedad.	Enseñar una correcta dieta adaptada a sus necesidades, evitando el picar entre horas. Disminuir de peso progresivamente.	Cambio ligero en patón alimentario. Está logrando bajar algo de peso.(4 kg tras primera visita hace un mes)	En este caso los objetivos aún no se han conseguido aunque está motivado para conseguirlo.
00048 Deterioro de la dentición. R/C higiene oral insuficiente. M/P exceso de placa	Comprender que también es importante cuidarse la boca y más cuando tiene carencia de piezas dentales.	Paciente ha mejorado su higiene oral.	Los resultados en este caso se han conseguido.
00168 Sedentarismo R/C sobrepeso M/P demasiadas horas sentado al día	Fomentar un estilo de vida con mayor actividad física, que ayude a bajar peso y mejorar su calidad de vida.	Aumentada su actividad física diaria saliendo más a caminar intentando andar una hora diaria	El resultado en este caso se ha conseguido.
00126 Conocimientos deficientes (funcionamiento marcapasos) R/C Cambio en su estado de salud. M/P verbalización desconocimiento de funcionamiento.	Conocimiento de la enfermedad, de la finalidad del marcapasos y de las precauciones a tener en cuenta.	El paciente a entendido perfectamente la finalidad del marcapasos y sigue los pasos de precaución que se le entregaron en la consulta de enfermería	Resultado conseguido.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Este caso clínico pone de manifiesto que durante todo el proceso ha estado acompañado por un equipo enfermero con un plan de cuidados y cómo los resultados fijados se han conseguido satisfactoriamente, y los objetivos logrados parcialmente se pueden dar continuidad en su domicilio tras el seguimiento de la enfermera comunitaria. Esto, evidencia la importancia del profesional enfermero en el seguimiento de cada paciente con un plan de cuidados individualizado y dando continuidad a sus cuidados a nivel de Atención Primaria.

Las enfermeras deben conocer el proceso de Atención de Enfermería para aplicar los cuidados con seguridad clínica a identificar potenciales errores. Sería conveniente que los protocolos clínicos incluyeran el proceso de atención de enfermería, con el fin de aplicarlos y dar continuidad a los cuidados enfermos con rigor y eficiencia clínica. De este modo las enfermeras podrían justificar y demostrar los resultados logrados con los cuidados profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista española de Cardiología. Registro español del marcapasos. XII informe oficial de la sección de estimulación cardiaca de la sociedad española de cardiología 2014. Disponible en: <http://www.revespcardiologia.org/es/content/articulo/90445379/>[Consultado 15/5/17].
2. Manual de enfermería en estimulación cardiaca y dispositivos implantables; Grupo de trabajo de enfermería en electrofisiología y estimulación cardiaca; Edición: Asociación Española de enfermería en cardiología (AEEC). 2010
Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-enfermeria-en-estimulacion-cardiaca-y-dispositivos-implantables>[Consultado 20/5/17].
3. Manual de práctica de medicina general, PENTACROM S.L (2005) Sociedad Española de Medicina General.
4. Alconero Camarero AR, Fernández Gutiérrez R, Pérez Mena S, Sola Villafranca JM. Marcapasos endocavitario provisional transvenoso. *Enfermería Cardiología* 2002. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/2602.pdf>[Consultado 19/4/17].
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier. 2005.
6. Diagnósticos enfermeros NANDA. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona Elsevier. Autor Nanda International.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MISCELANEA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

La hipoacusia infantil. Monografía

Autora:

Susana Telechea Díaz

Graduada en Enfermería por la Universidad de Cantabria. Centro de Salud Campoo. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
susanate2@hotmail.com*

Recibido: 6 de febrero de 2017
Aceptado: 26 de julio de 2017

Esta monografía es el resultado del trabajo fin de grado tutorizado por el profesor Javier González González de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por la autora a las normas de publicación de la revista Nuberos Científica. El texto original se encuentra en el repositorio UCrea.

RESUMEN

En el mundo existen alrededor de 32 millones de niños que sufren hipoacusia infantil de etiología diversa. Esta realidad ha hecho que muchos investigadores realicen estudios para comprobar que las repercusiones que conlleva dicho déficit auditivo se ven disminuidas si el diagnóstico del mismo se hace a una edad temprana.

Durante el tiempo comprendido entre los tres y los seis primeros meses de vida, el ser humano alcanza su máximo nivel de plasticidad cerebral. Es en esta etapa cuando se debe llevar a cabo su diagnóstico para realizar una intervención efectiva. De esta manera, y siguiendo las recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH), se conseguirá que el niño adquiera el máximo nivel lingüístico y comunicativo posible.

Todo el proceso que se lleva a cabo desde el cribado auditivo hasta el tratamiento de la hipoacusia infantil, incluyendo la rehabilitación del niño sordo, debe realizarse de una manera interdisciplinar. Existen varias modalidades de tratamiento y varias opciones educativas para estos niños, por ello son muchos los profesionales que intervienen, siendo los profesionales de Enfermería una pieza clave en todo el proceso.

Palabras clave: pérdida auditiva, cribado, diagnóstico precoz, prevención secundaria, implantes cocleares

ABSTRACT

There are about 32 million children worldwide suffer from hearing loss. There are many causes of childhood hearing loss. This situation has as a consequence that many researchers carry out studies to check that the impact of hearing loss goes down if diagnosis is made at an early age.

The human being reaches his highest level of brain plasticity during the period from the first three to six months of life. It is at this stage that diagnosis should be carried out to execute an effective intervention. In this way, as recommended by the Spanish Commission for the Early Detection of Child Deafness (Spanish acronym CODEPH), it will be ensure that the child acquires the maximum possible level of language and communication skills.

The whole process from the neonatal hearing screening to the treatment of hearing impairment in children, including rehabilitation for children who are deaf, should be carried out by multidisciplinary team. Several treatment options and educational methods are available for these children. Thus, many professionals are involved, in particular nurses play an important role in the process.

Keywords: hearing loss, straining, early diagnosis, secondary prevention, cochlear implants

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia, sordera o deficiencia auditiva, es un trastorno sensorial que consiste en la incapacidad para escuchar sonidos, y que dificulta el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación⁽¹⁾.

A lo largo de la vida de las personas, la audición tiene un papel fundamental en la adquisición y en el mantenimiento del diálogo y de las habilidades lingüísticas de las personas. Mediante la audición, el ser humano establece sus competencias comunicativas y es por ello que las dificultades que acarrea el padecer una hipoacusia suponen importantes consecuencias negativas para el desarrollo intelectual, cultural y social del niño.

Está demostrado que la intervención precoz en la hipoacusia infantil y los buenos resultados que se obtienen con respecto a la adquisición de la comunicación oral, tienen ventajas también para la plasticidad cerebral del niño en los primeros años de vida⁽²⁾.

Como en otras enfermedades, la evolución de la sordera varía dependiendo de la etapa en la que se diagnostique. Puesto que el pronóstico mejorará si el diagnóstico es temprano, se debe utilizar el screening o diagnóstico precoz de hipoacusia infantil como prevención secundaria de la enfermedad y primera fase del tratamiento⁽³⁾.

Las interacciones sociales son importantes para el desarrollo de los seres humanos. La familia supone la primera relación social en las que se interviene durante la época infantil. Es fundamental que los padres sepan comprender la situación de su

hijo para poder aprender y ajustar su forma de interactuar. De ésta manera podrán llevar a cabo una comunicación eficaz teniendo en cuenta las dificultades del niño. Como en cualquier otra enfermedad pediátrica, la hospitalización, los tratamientos y las secuelas también constituyen un completo desafío para las personas que rodean al niño que padece la enfermedad⁽⁴⁾.

Cuando un niño es diagnosticado de sordera, no solo se debe pensar en la repercusión que tiene para su vida y su desarrollo a nivel comunicativo, si no que se debe tener en cuenta el impacto físico, social, económico y emocional que supone para sus padres y familiares. En determinados tipos de deficiencias auditivas, la dificultad para adquirir el lenguaje de manera natural y espontánea en la infancia deja a muchas personas en un aislamiento comunicativo durante la edad adulta. Si no se desarrolla un lenguaje oral básico, el nivel de comprensión y expresión escrita van a verse también disminuidos. Esto limita en muchas ocasiones el acceso a la información, el rendimiento escolar e incluso la entrada en el mundo laboral.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Según los últimos datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas que se ven afectadas por una deficiencia en el sentido de la audición suponen más de un 5% de la población mundial, es decir, unos 360 millones de personas entre los que se encuentran alrededor de 32 millones de niño⁽⁵⁾. Con estos datos queda evidenciada la relevancia de la interven-

ción temprana y el diagnóstico precoz en niños para disminuir las consecuencias que el déficit auditivo produce en las personas. Llevando a cabo este tipo de intervención se mejoran de manera significativa las repercusiones que la hipoacusia infantil no tratada puede tener en la vida diaria de la persona sorda⁽⁶⁾.

La actuación desarrollada en los primeros años de vida de los niños nacidos con deficiencias auditivas les dota de unas posibilidades culturales y sociales muy similares a las que pueden tener las personas que carecen de dicho déficit. Los tratamientos con implantes cocleares o audífonos podrían mejorar la audición de casi un 20% de la población sorda. Sin embargo, solo se satisfacen un 10% de las necesidades de implantación en todo el mundo y esta cifra disminuye a un 3% si nos centramos en países en vías de desarrollo⁽⁶⁾.

En España, la incidencia de hipoacusias neurosensoriales profundas es del 0,77 por mil nacidos vivos, aumentando a 2,8 por mil al incluir las moderadas y a 5 por mil si se considera cualquier grado de sordera. El 74% de los niños que presentan retraso en el lenguaje padecen hipoacusia, y muchos niños con retraso psicomotor y alteraciones de la conducta tienen una hipoacusia leve que no ha sido diagnosticada⁽¹⁾.

En los últimos años la literatura científica identifica el diagnóstico precoz de la sordera como clave para pronosticar la educación y la inclusión social del niño sordo⁶. Los primeros tres o cuatro años de vida suponen una edad crítica en el período de desarrollo infantil ya que ésta es la edad en la que existe mayor plasticidad cerebral y por lo tanto el niño adquiere unas habilidades o capacidades cognitivas y lingüísticas difíciles de recuperar si no se tiene oportunidad de actuar durante estos primeros años⁽⁷⁾. Está demostrado que los tratamientos capaces de prevenir o mitigar significativamente las consecuencias de la sordera, pueden y deben ser aplicados a una edad muy temprana⁽⁴⁾.

A principios de la década de los 90, con la aparición de nuevas incorporaciones tecnológicas y su utilización en el cribado neonatal de la sordera, se abrieron puertas y posibilidades para la detección, diagnóstico y tratamiento precoz de las hipoacusias que hubiesen sido inimaginables unos años atrás. Hasta hace pocos años se ha venido realizando el screening auditivo solo a los niños recién nacidos con factores de riesgo de padecer la sordera (antecedentes familiares de sordera, malformaciones craneales, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia grave, meningitis bacteriana...⁽⁸⁾), sin embargo, desde el año 2003, se realiza el cribado a todos los bebés independientemente de que presenten algún factor de riesgo o no⁽⁹⁾. Realizar el cribado solo a niños con factores de riesgo disminuía el coste, pero la gran desventaja es que se dejaban sin identificar entre un 45% y un 50% de los casos^(6,10).

A lo largo de los años ha ido mejorando el campo de la detección temprana de las sorderas infantiles y con ello los tratamientos y las repercusiones de la hipoacusia en diferentes aspectos de la vida de los niños sordos⁽¹¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que existe abundante literatura que demuestra claramente que una restricción de la audición puede suponer importantes consecuencias para el desarrollo intelectual y social del niño que la padece, es el origen multifactorial de la sordera lo que hace realmente complicado su estudio, consejo genético

y tratamiento⁽¹¹⁾. Un 80% de las hipoacusias están presentes en el momento del nacimiento o en el período neonatal, de aquí la importancia de establecer programas de cribado auditivo temprano para el diagnóstico precoz de esta enfermedad⁽⁴⁾. El porcentaje de niños con pérdida de audición es en la actualidad veinte veces mayor que el de la fenilcetonuria. Sin embargo, para esta enfermedad metabólica existe un buen cribado neonatal⁽¹²⁾.

Esta monografía se justifica dada la magnitud del problema en el niño y sus repercusiones en la vida del adulto tanto a nivel personal, como familiar y social. De este modo se hace preciso realizar una revisión y puesta al día sobre el tema con nuevos conocimientos y evidencias científicas orientadas a profesionales, pacientes y familiares.

Del mismo modo, se hace partícipe a los gestores del sistema sanitario de las evidencias publicadas en literatura científica con el fin de no escatimar esfuerzos para conseguir una población adulta con los mejores logros en salud respecto a la hipoacusia.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Revisar y difundir los últimos hallazgos publicados sobre la hipoacusia infantil.

Objetivos específicos:

- Definir el concepto y las causas de la Hipoacusia infantil.
- Exponer las diferentes fases del cribado neonatal.
- Indicar los diferentes tipos de tratamiento.
- Exponer la magnitud y el alcance de la hipoacusia en la vida de las personas sordas.

METODOLOGÍA

Esta monografía se ha realizado tras llevar a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane Plus, PubMed, Scielo, UpToDate, Dialnet, CUIDENPlus y Google Académico. La búsqueda se realizó durante los meses de enero y mayo de 2016.

Añadido a la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos mencionadas, se han consultado páginas webs relacionadas con la hipoacusia infantil como por ejemplo: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria o Confederación Estatal de Personas Sordas. También se ha consultado el texto publicado por el Gobierno de Cantabria sobre el Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia.

La mayoría de los artículos utilizados han sido publicados entre el año 2000 y 2016, aunque también se ha utilizado alguno publicado en la década de 1990 por contener información relevante y por obtener datos antiguos para poder compararlos con los actuales. Para terminar, se utilizaron 52 artículos a la hora de realizar la monografía. Para la publicación adaptada en la revista Nuberos Científica, por exceso de información con respecto al texto completo del trabajo de fin de grado, se han acotado las referencias bibliográficas, respetando todas las publicaciones con información relevante, actual y enriquecedora para el objetivo de la monografía.

Los principales criterios de exclusión han sido que no se pudiese obtener el texto completo del artículo de forma gratuita o que la información no apareciera en las bases de datos mencionadas. Se han incluido artículos tanto en castellano como en inglés.

Las palabras clave utilizadas para llevar a cabo la búsqueda están incluidas tanto en los Descriptores en Ciencias de la Salud

(DeCS), como en el Medical Subject Headings (MeSH). Se han limitado los resultados mediante los booleanos AND y OR:

- pérdida auditiva / hearing loss
- recién nacido / newborn
- sordera / deafness
- diagnóstico precoz / early diagnosis
- tamizaje neonatal / neonatal screening

RESULTADOS

TABLA 1: CONCEPTOS GENERALES DE LA HIPOACUSIA

TEMA	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CONCEPTO
CONCEPTO DE HIPOACUSIA	Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad ⁽¹⁰⁾ Delgado Domínguez J ⁽¹³⁾ Fontané Ventura J ⁽¹⁴⁾	Se habla de hipoacusia como cualquier disminución de la agudeza auditiva. El límite para diagnosticar a un niño de hipoacusia se ha establecido en conservar un umbral auditivo por encima de 20 decibelios (dB). Una pérdida debida a cualquier causa que supere este límite podría ya suponer un retraso en el rendimiento escolar del niño.
CLASIFICACIÓN	Forero Morantes D ⁽¹⁾ Santos S ⁽¹⁵⁾	<u>Intensidad de la pérdida:</u> - Ligeras (umbral auditivo entre 20 - 40 dB) - Moderada (41 – 70 dB) - Severa (71 – 90 dB) - Profunda (91 – 110 dB) - Cofosis (> 110 dB o ausencia completa de audición)
		<u>Momento de aparición:</u> - Prelocutiva - Perilocutiva - Postlocutiva
		<u>Etiología:</u> genética, hereditaria, exógena, infecciosa, física, tóxica, metabólicas, neoplásica o hipoxémica.
		<u>Topografía lesional:</u> - Conductivas / de Transmisión (oído externo y medio) - Neurosensoriales / de Percepción (oído interno y nervio auditivo) - Mixtas - Central (encéfalo)
FACTORES DE RIESGO QUE CAUSAN HIPOACUSIA	American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) ⁽¹⁶⁾ Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad ⁽¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares • Infección materna intrauterina o durante la gestación • Malformaciones del cráneo o de la cara • Peso al nacer inferior a 1500 g • Prematuridad • Hiperbilirrubinemia grave • Medicamentos ototóxicos • Meningitis bacteriana • Episodio hipóxico-isquémico en el postparto inmediato • Ventilación mecánica neonatal más de 5 días consecutivos • Enfermedades asociadas a sordera • Traumatismos craneoencefálicos

TABLA 2: CRIBADO UNIVERSAL

TEMA	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CONCEPTO
GENERALIDADES	Monsalve González A, Núñez Batalla F ⁽¹⁷⁾	En la década de los 70, comenzaron a utilizarse los primeros métodos para la detección temprana de hipoacusias infantiles. Dichos métodos estaban basados en los cambios de conducta que llevaba a cabo el lactante en respuesta a un estímulo. El análisis de estos cambios conductuales era muy subjetivo y difícil de valorar por lo que se requería de profesionales muy experimentados para desarrollarlo. Desde el año 2003, se logra el objetivo de identificar precozmente más hipoacusias gracias al screening auditivo universal implantado en España y en otros países del mundo.
ETAPAS DEL CRIBADO	Urdiales J, Iglesias E, Fernández I, Casares G, Piquero J, Fernández M, et al ⁽¹⁸⁾ Martínez Ibargüen A, Sánchez del Rey A, Santaolalla F ⁽¹⁹⁾ Torrico Román P, Trinidad Ramos G, Cáceres Morillo MC, Lozano Sánchez S, López-Ríos Velasco J ⁽²⁰⁾	El proceso del screening se lleva a cabo en dos fases bien definidas. Para empezar, se utiliza el test de otoemisiones acústicas aplicadas (OEA) a todos los recién nacidos (RN) antes del alta hospitalaria. En segundo lugar, se realizará una prueba con potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (PEATC) para aquellos que no superen la primera etapa con las otoemisiones. OEA: sonidos generados por las células ciliadas externas del órgano de Corti que pueden ser registradas en el conducto auditivo externo mediante un micrófono. La presencia de estas otoemisiones nos indica que la audición mínima que puede alcanzar el RN es inferior a 30 – 40 dB. PEATC: evalúan la actividad de la vía auditiva desde la cóclea, el extremo distal del nervio auditivo y el troncoencéfalo hasta llegar al mesencéfalo. Permite la valoración topográfica de la lesión y del umbral auditivo exacto.

TABLA 3: TIPOS DE TRATAMIENTO

TEMA	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CONCEPTO
CONCEPTOS GENERALES	Ptok M ⁽²¹⁾ Santos S ⁽²²⁾	El abordaje de la sordera ha sido un campo que ha evolucionado mucho en los últimos años. Gracias a las tecnologías y a sus constantes nuevas aportaciones se ofrecen hoy en día perspectivas muy esperanzadoras. Esto hace que la estimulación auditiva precoz, los audífonos con tratamiento digital del sonido o los implantes cocleares, sean hoy posibilidades que están al alcance de muchos niños y que están cambiando la vida de las personas que padecen sorderas profundas. Todo esto permite mirar el futuro con un nuevo optimismo. Lo más importante antes de comenzar a tratar al niño es la elección del método que se quiere utilizar. Existen fundamentalmente dos opciones o dos tipos de lenguaje que puede usar el niño con sordera para comunicarse. En cualquiera de ellas es imprescindible una inmersión y un uso frecuente y consistente de la opción escogida. El método que se elija determinará un tipo de enseñanza y de pedagogía que tendrá consecuencias en varios aspectos fundamentales de la vida del niño: comunicativas, sociales, psicológicas, cognitivas, etc.

TEMA	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CONCEPTO
OPCIONES DE TRATAMIENTO: AUDIOVERBAL	Fontané Ventura J ⁽¹⁴⁾ Trinidad G, Jáudenes C ⁽²³⁾ Yücel E, Aslan F, Burcu Özkan H, Sennaroğlu L ⁽²⁴⁾ Martínez Beneyto P, Morant A, Pitarch MI, Latorre E, Platero A, Marco J ⁽²⁵⁾	Prótesis auditivas (audífonos): El mecanismo o funcionamiento de la prótesis auditiva consiste en captar mediante el micrófono las señales acústicas del exterior, adaptarlas, amplificarlas, transformarlas y transmitir las a un altavoz en el caso de que esté conservada la vía aérea o a un vibrador si la afectación alcanza la vía ósea de la cadena osicular. Generalmente se coloca una prótesis en cada oído para favorecer la estereofonía de la audición y conseguir con ello que el niño articule y pronuncie mejor cada palabra. Implantes cocleares: Su funcionamiento consiste en transformar el mensaje y convertirlo en ondas eléctricas que llegan a unos electrodos encargados de estimular directamente las fibras que se conservan del nervio auditivo. Mediante este sistema quedan comunicados el elemento transmisor del oído (tímpano y huesecillos) y el elemento transformador y de percepción (células sensoriales del oído interno). Además de estos electrodos, una parte de la prótesis implantada se localiza en la mastoide y consiste en un sistema de transducción que trabaja conjuntamente con el aparato externo para transformar las ondas sonoras, es decir, las palabras que se perciben.
OPCIONES DE TRATAMIENTO: MANUALISTA O GESTUAL	Confederación Estatal de personas sordas ⁽²⁶⁾ Rodríguez González MA, Fundación ONCE ⁽²⁷⁾ Camacho Sedano MC, Gutiérrez Farfán IS, Chamlati Aguirre LE, Alfaro Rodríguez A, Avila Luna A, Arch Tirado E ⁽²⁸⁾	Las lenguas de signos son lenguas naturales de carácter visual, espacial, gestual y manual en cuya conformación intervienen factores históricos, culturales, lingüísticos y sociales. No existe una única lengua de signos internacional y tampoco hay una por cada lengua oral. Éstas han evolucionado y se han desarrollado a partir de los contactos entre personas que necesitaban usar un método alternativo para comunicarse por lo que cada país posee una o varias lenguas de signos. La persona sorda cuando signa con sus manos realiza movimientos con sus labios. La quinésica ora o labial consiste en movimientos convencionales que apoyan al signo manual. No son palabras, sino un componente oral auxiliar que en algunos casos desempeña una función de tipo expresivo fundamental para realizar una distinción entre signos similares.

TABLA 5: REPERCUSIONES EN LA VIDA DE LAS PERSONAS SORDAS

TEMA	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CONCEPTO
REPERCUSIONES EMOCIONALES	Carro Fernández P ⁽²⁹⁾	Cuando el profesional se prepara para comunicar un diagnóstico de hipoacusia infantil a los padres del niño se deben tener en cuenta aspectos fundamentales que deben emplearse en cualquier tipo de comunicación diagnóstica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar la noticia y buscar el entorno más adecuado 2. Averiguar qué sabe el paciente o, en este caso, sus padres. 3. Investigar qué quieren saber. 4. Aportar la información y mejorar el conocimiento. 5. Analizar las reacciones y asumirlas. 6. Seguimiento y planificación del futuro. Las reacciones emocionales que sufren los padres en el momento de recibir la noticia varían entre la negación, la culpabilidad, la depresión o la posición activa.
REPERCUSIONES LINGÜÍSTICAS	Camacho Sedano MC, Gutiérrez Farfán IS, Chamlati Aguirre LE, Alfaro Rodríguez A, Avila Luna A, Arch Tirado E ⁽²⁸⁾	Esta deficiencia, sin diagnosticar y tratar a tiempo, da lugar a una plurideficiencia y a un empobrecimiento del nivel cognitivo de la persona sorda. Gran parte de los niños que padecen deficiencias auditivas alcanzan durante la época escolar un nivel educativo inferior al del resto de sus compañeros. Muchas personas sordas a lo largo de los años han visto limitada su capacidad para adquirir conocimientos, sus posibilidades de aprender de modo autónomo y el acceso a la información lingüística en cualquiera de sus formatos gráficos.

TEMA	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	CONCEPTO
REPERCUSIONES SOCIALES	Trinidad Ramos G, Jáudenes Casaubón C ⁽²³⁾	Llevar a cabo el mejor uso posible de las herramientas que existen en la actualidad contribuye a alcanzar el máximo desarrollo de las capacidades cognitivas, comunicativas, afectivas y sociales, lo que hace posible la realización personal y la integración social y laboral de las personas con deficiencias auditivas.
ESCOLARIZACIÓN DEL NIÑO SORDO	Trinidad Ramos, G ⁽²³⁾	En el momento de escolarizar a un niño sordo es importante encontrar centros educativos en los que se realice un buen trabajo logopédico. Algunos estudios recomiendan colegios en los que se agrupe a niños con sorderas para que éstos tengan contacto con alumnos de diferentes cursos, pero con características similares a ellos. Por otro lado, cuando un niño es escolarizado en un centro ordinario o un centro de no agrupación, este debe adaptarse y convivir con otros niños normoyentes. Puede parecer una desventaja, pero ya que afortunadamente la mayor parte de las personas del mundo son normoyentes, la escolarización en un colegio que no está centrado en la agrupación de iguales les facilitará en el futuro la integración social.

DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

Los gobiernos, a través de los servicios de salud y organizaciones de todo el mundo, sensibilizados con la elevada prevalencia de hipoacusia han llevado a cabo programas de salud para posibilitar que los individuos que padecen dicho déficit logren alcanzar el máximo nivel de desarrollo e independencia posible. Son numerosos los países que siguen el esquema de programa descrito por la Comisión para la detección precoz de hipoacusias (CODEPEH) mencionado en esta monografía⁽⁸⁾.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, se viene llevando a cabo desde el año 2001 el actual Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil elaborado por el Servicio Cántabro de Salud (Anexo 1)⁽¹⁰⁾. Resulta igual de importante y necesario que los niños que hayan superado las pruebas del cribado, sigan siendo evaluados posteriormente dentro del Programa del Niño Sano en los centros de salud, asegurando periódicamente que el desarrollo comunicativo lingüístico es el adecuado.

Se puede concluir que la implantación de programas de cribado de hipoacusia neonatal es viable en hospitales de mediano tamaño de nuestro entorno y que su relación coste/beneficio es ventajosa. Además, los beneficios que tienen para el niño sordo son innumerables, por lo que, en un futuro próximo, resulta importante que estos programas dejen de ser iniciativas aisladas para pasar a formar parte de planes regionales y nacionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Forero Morantes D. Webconsultas, tu centro médico online [sede Web]. Hipoacusia. 2015 [acceso abril 2016] Disponible en: <http://www.webconsultas.com/hipoacusia/hipoacusia-761>
- Grau C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. An Sist Sanit Navar [revista en Internet]. 2010 Agosto [acceso febrero 2016]; 33 (2): 203-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000300008&lng=es.
- Aránguez Moreno G. Diagnóstico de la hipoacusia infantil. An Pediatr [revista en Internet] 2003 [acceso febrero 2016]; 01(1): 24-

28. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/diagnostico-hipoacusia-infantil/articulo/13054782/>

4. Borkoski Barreiro SA, Falcón González JC, Limiñana Cañal JM, Ramos Macías Á. Evaluation of Very Low Birth Weight (≤ 1500 g) as a Risk Indicator for Sensorineural Hearing Loss. Acta Otorrinolaringol (english edition) [revista en Internet] 2013 [acceso febrero 2016]; 64(6): 403-408. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-402-linkresolver-evaluation-of-very-low-birth-90259634>

5. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Marzo 2015 [acceso febrero 2016] Sordera y Pérdida de la audición. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

6. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Marzo 2015 [acceso febrero 2016] 10 Datos sobre la sordera. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/deafness/facts/es/>

7. Alzina de Aguilar V. Detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. Anales de Pediatría [revista en Internet]. 2005 [acceso marzo 2016]; 63(3): 193-198. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/deteccion-precoz-hipoacusia-el-recien/articulo/13078480/>

8. Trinidad G, Alzina V, Jáudenes C, Nuéz F, Sequí JM. CODEPEH. Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de Hipoacusias para 2010. Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS) 2009; 131(Separata)

9. Palomeque Vera JM, Fernández Prada M, Gómez Hervás J, Sainz Quevedo M. Edad de implantación coclear y consolidación del programa de detección precoz de la hipoacusia en el recién nacido. [carta a la dirección] Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet] 2014 [acceso marzo 2016]; 15: 189-190. Disponible en: http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPpSLgs-DZd34EPeQuB k4qFW9

10. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad [Internet]. 2013 [acceso febrero 2016] Programas de prevención y Salud. Hipoacusia infantil. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=hipoacusia-infantil-2>

11. Hernández Herrera RJ, Hernández Aguirre LM, Castillo Martínez NE, Rosa Mireles N, Martínez Elizondo J, Alcalá Galván LG, et al. Tamizaje y confirmación diagnóstica de hipoacusia. Neonatos de alto riesgo versus población abierta. Rev Méd Inst Mex Seguro Soc [revista en Internet] 2007 [acceso marzo 2016]; 45(5): 421-426. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im075b.pdf>

12. Texas School for the Blind and Visually Impaired [Internet]. Utah: Karl R; 2002 [acceso diciembre 2015]. Early Hearing Detection and Intervention. Disponible en: <https://www.tsbvi.edu/seehear/spring02/hearing.htm>

13. Delgado Domínguez J. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Detección precoz de la hipoacusia infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet] Abril – Junio 2011 [acceso febrero 2016]; 13(50): 279-297. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000200012&script=sci_arttext

14. Fontané Ventura J. Déficit auditivo. Retraso en el habla de origen audígeno. Rev Neurol 2005 [acceso febrero 2016]; 41 (1): 25-37. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/41S01/tS01S025.pdf>

15. Santos S. Hipoacusia Neurosensorial Infantil: Estudio retrospectivo de factores de riesgo y etiología. [tesis doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004.

16. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) [Internet] Joint Committee on Infant Hearing (2007). Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Disponible en: <http://www.asha.org/policy/PS2007-00281/>

17. Monsalve González A, Núñez Batalla F. La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos: Los programas de detección precoz de la hipoacusia. Interv Psicosoc [revista en Internet] 2006 [acceso noviembre 2016]; 15(1): 7-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592006000100002&script=sci_arttext

18. Urdiales J, Iglesias E, Fernández I, Casares G, Piquero J, Fernández M, et al. Revisión de los métodos de screening en hipoacusias. (revisión) Bol Pediatr [revista en Internet] 2003 [acceso marzo 2016]; 43(185): 272-280. Disponible en: https://www.sccalp.org/documentos/0000/0949/BolPediatr2003_43_272-280.pdf

19. Martínez Iburgüen A, Sánchez del Rey A, Santaolalla F. Otoemisiones acústicas. Concepto y aplicaciones clínicas. En: Salesa E, Pirelló E, Bonavida A, Tratado de Audiología. Masson; 2005

20. Torrico Román P, Trinidad Ramos G, Cáceres Morillo MC, Lozano Sánchez S, López-Ríos Velasco J. Detección precoz de hipoacusias en recién nacidos mediante otoemisiones acústicas con Echocheck®. An Esp Pediatr [revista en Internet] 2001 [acceso abril 2016]; 54(3): 283-289. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/linkresolver/deteccion-precoz-hipoacusias-recien-nacidos/S1695403301775273/>

21. Ptok M. Early detection of hearing impairment in newborns and infants. Dtsch Arztebl Int (english edition) [revista en Internet] 2011 [acceso mayo 2016]; 108(25): 426-431. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/DI/108/25/m426.pdf>

22. Santos S. Aspectos bioéticos en implantes cocleares pediátricos. Acta Otorrinolaringol Esp [revista en Internet] 2002 [acceso abril 2016]; 53(8): 547-558. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651902783489>

23. Trinidad G, Jáudenes C (coord.). Sordera Infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje interdisciplinar. 2ª ed. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS); 2012.

24. Yücel E, Aslan F, Burcu Özkan H, Sennaroğlu L. Recent Rehabilitation Experience with Pediatric ABI Users. J Int Adv Otol [revista en Internet] 2015 [acceso marzo 2016]; 11(2):110-113. Disponible en: <http://www.advancedotology.org/sayilar/88/buyuk/110-113.pdf>

25. Martínez Beneyto P, Morant A, Pitarch MI, Latorre E, Platero A, Marco J. La implantación coclear pediátrica en el periodo crítico de la vía auditiva, nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp [revista en Internet] 2009 [acceso mayo 2016]; 60(5): 311-317. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-la-implantacion-coclear-pediatica-el-13141549>

26. Confederación Estatal de personas sordas. [Internet] CNS; 2013 [acceso marzo 2016] Lengua de signos. Disponible en: <http://www.cnse.es/lengua.php>

27. Rodríguez González MA, Fundación ONCE. Lengua de signos. Edición digital Barcelona: Confederación Nacional de Sordos de España; 1992.

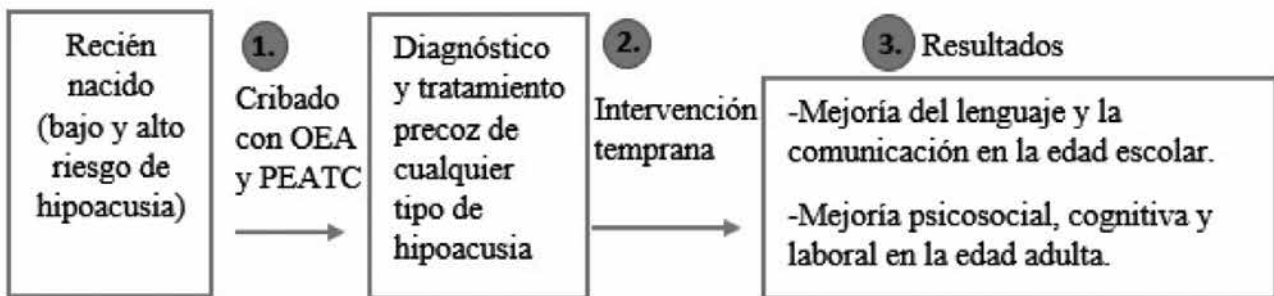
28. Camacho Sedano MC, Gutiérrez Farfán IS, Chamlati Aguirre LE, Alfaro Rodríguez A, Avila Luna A, Arch Tirado E. Valoración de la audición residual en pacientes postimplante coclear mediante audiometría y potenciales evocados auditivos de estado estable. Logoped Phoniatr Vocol (versión es castellano) 2013; 33(3): 117-125.

29. Carro Fernández P. Hipoacusia infantil: Comunicar malas noticias. Audiot: Revista Electrónica de Audiología [revista en Internet] 2015 [acceso abril 2016]; 4(1): 9-19. Disponible en: <http://www.auditio.com/docs/File/vol4/1/040103.pdf>

ANEXO

Anexo 1

Gráfico 1: Etapas del Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Infantil en Cantabria. Elaboración propia



Estimada directora.

Actualmente, se conoce que la base de la alimentación equilibrada se fundamenta en la lactancia materna, está considerado el mejor alimento de los recién nacidos, no sólo por sus cualidades nutritivas y biológicas sino por el fomento del apego y del vínculo materno. Asimismo, está recomendado por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (iHan) que debería ser exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, luego hasta que el niño y la madre así lo deseen^(1,2,3,4).

La lactancia materna en ocasiones es una experiencia difícil, pero con apoyo, información y profesionalidad, se consiguen superar muchas dificultades. Por ello, y porque se trata de un proceso fundamental para promover la lactancia materna en la población, se pretende promover la consulta de lactancia materna como recurso fundamental de apoyo desde el primer momento para el buen establecimiento de la misma^(3,4).

La consulta de lactancia materna es llevada a cabo por los profesionales de Enfermería, suficientemente sensibilizados y formados para transmitir a las madres la seguridad y la confianza necesaria para que inicie y continúe con la lactancia materna. Es por tanto, que tras identificar las mayores dificultades del amamantamiento tras el alta y las principales causas de abandono de la lactancia materna, se consolida la consulta de lactancia materna intrahospitalaria en el Hospital de Laredo, posibilitada gracias al trabajo conjunto del equipo de Pediatría y de Enfermería, y la estructura organizativa de la unidad multidisciplinar (Ginecoobstetricia, y pediatría), sin ello no hubiese sido posible la puesta en marcha en la planta de hospitalización de una consulta de lactancia materna, que atiende durante el ingreso y tras el alta, las dudas y dificultades acontecidas en el proceso de amamantamiento, permitiendo solventarlas mientras se amamanta en presencia de profesionales implicados en la lactancia materna.

Las visitas programadas o a demanda en la consulta de lactancia materna tras el alta hospitalaria solventan las dificultades a las madres y al recién nacido hasta su primer contacto en atención primaria, y posterior-

mente proporcionan asesoramiento, refuerzo y seguimiento durante el tiempo que mantengan la lactancia materna. El acceso a la consulta tras el alta es promovido desde los propios profesionales por las necesidades detectadas durante el ingreso o remitidos desde atención primaria, asimismo, la sensibilidad generada en los profesionales contempla la atención telefónica o presencial en caso de necesidad, durante las 24 horas del día y cualquier día de la semana, todo esto con el fin de favorecer la atención temprana de las dificultades con la lactancia.

Es necesario reflexionar sobre el apoyo profesional brindado a las madres durante la lactancia materna, con el fin de llevar a cabo medidas que minimicen las causas de abandono e inseguridad determinantes en la continuidad y mantenimiento del proceso de amamantamiento^(3,4,5).

Bibliografía

1. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding: The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Geneva: Switzerland, 2001.
2. Hernández Cordero S, Rivera Dommarco J, Hernández Ávila M, et al. Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *salud pública de México*. 2017; 59(1).
3. Díaz, CA. Lactancia materna en las unidades neonatales españolas. *Práctica clínica y factores asociados*. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2016.
4. Rodríguez Pérez MJ, Álvarez Vázquez E, Medina Pomares J, Velicia Peñas C, Cal Conde A, Goicoechea Castaño A, González Formoso C, Clavería A. Prevalencia de lactancia materna en el Área Sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública*. 2017; 91:9 de febrero 2017-2017.
5. Gutiérrez De Terán Moreno, Gloria. Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la lactancia materna. [Tesis Doctoral] Universidad del País Vasco; 2015.

Equipo de Enfermería

M^a Alexandra Gualdrón Romero, Rocío Cárcoba Montoya, Laura Crespo Pellón, Estibaliz Calvo Zuluaga, Concepción Cuervo Cervera, Silvia Luengo Campos, Gema Saiz Fernández, Ana Campos García, Ma. Belén Mendoza Cobo, Verónica Rodríguez Jiménez.

Servicio de Ginecoobstetricia y Pediatría. Hospital Comarcal de Laredo. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

AMOR SUBLIME

Título original: Sister Kenny

Dirección: Dudley Nichols. **Producción:** RKO Radio Pictures

Guión: Milton Gunzburg, Elizabeth Kenny, Alexander Knox, Mary McCarthy, Dudley Nichols, Martha Ostenso

Música: Alexandre Tansman. **Fotografía:** George Barnes. **Montaje:** Roland Gross

Protagonistas: Rosalind Russell, Alexander Knox, Dean Jagger, Beulah Bondi, Charles Dingle, John Litel, Fay Helm

País: Estados Unidos. **Año:** 1946. **Género:** Drama. **Duración:** 116 min. **Idioma:** Inglés

Premios: Rosalind Russell obtuvo el Globo de Oro y fue nominada al Óscar como mejor actriz.



El argumento de la película está basado en la novela autobiográfica *And They Shall Walk: The Life Story of Sister Kenny*. La propia Elizabeth Kenny colaboró en el guión de la película en la que se muestra los primeros casos de parálisis infantil en una comunidad rural australiana, en un momento en el que se desconocía todo sobre la enfermedad y en el que todavía no existía la vacuna. La aparición de la vacuna desarrollada por Jonas Salk no ocurrió hasta el año 1952, el mismo año en que murió Elizabeth Kenny.

En la película se puede observar como Kenny decide desempeñar su labor como enfermera rural en Warialda, lugar donde nació, desechando trabajar en el hospital de Toowoomba. Era la única asistencia sanitaria en una amplia región que no disponía de servicio médico y en las que las enfermeras rurales cubrían a caballo grandes extensiones de territorio.

Kenny, cuando detecta el primer caso de parálisis infantil en una niña llamada Dorrie, desconoce la enfermedad a la que se enfrenta y el caso le parece lo bastante grave como para realizar una consulta al Dr. McDonnell, mentor y amigo de la familia, por lo que envía al padre de Dorrie a escribir un telegrama al doctor mientras ella sigue atendiendo a la niña. Éste, a través del mismo medio, le hace llegar algunas recomendaciones y le indica que lo único que se puede hacer es paliar los síntomas.

Ante la desesperanza de los padres y los llantos de dolor de Dorrie, Kenny observa atentamente a la niña y decide aplicar en todo su cuerpo calor húmedo, aplicado con paños de lana escurridos después de haberlos empapado en agua hirviendo, con lo que consigue que desaparezcan los espasmos y que ceda el dolor. Cuando vuelve a visitarla se encuentra con la sorpresa de que la niña no puede movilizar las extremidades por lo que deduce que "las piernas se han olvidado de caminar" y decide desarro-

llar un proceso de cuidados basado en la reeducación de los músculos, con el que consiguió la recuperación total de la niña.

Meses más tarde decide visitar, junto a Dorrie y su prometido Connors, al doctor Brack reconocido ortopedista que trabaja en el mismo hospital que McDonnell para darle a conocer los métodos que había utilizado para conseguir la recuperación de la niña.

Sufre la burla de Brack y la remite al tratado médico de Sir Jenkins sobre parálisis infantil.

El método de Kenny chocaba con la medicina tradicional que se limitaba a la inmovilización, al reposo absoluto y al uso de complicados aparatos ortopédicos que dejaban secuelas permanentes en los niños.

Con sus ahorros abrió en 1933 la primera clínica para tratar a los niños con parálisis en Townsville.

Tanto el inicio de la Primera Guerra Mundial como el rechazo de la clase médica no fueron obstáculos para que con su personalidad arrolladora, esfuerzo y sacrificio personal, consiguiera que su método fuera reconocido y que a lo largo de su vida se abrieran los *Elizabeth Kenny Institutes* en Australia, Inglaterra y Estados Unidos.

Kenny llega a decir "No saben lo altas que son las murallas de Jericó [...] Desde lo alto de sus murallas no pueden oír llorar a los niños" para expresar sus sentimientos sobre la terquedad de los médicos ortopedistas que no comprenden el sufrimiento que originan sus tratamientos.

Se la considera una pionera en el tratamiento de la poliomielitis hasta la aparición de la primera vacuna, así como en la utilización de la rehabilitación con fisioterapia en las enfermedades neurológicas.

La *British Medical Journal* llegó a publicar un Obituario sobre la figura de Elizabeth Kenny.

Raquel López Maza. Enfermera.



Agenda =

AGENDA DE CONGRESOS – JORNADAS CIENTÍFICAS

22º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Granada, 2 a 4 de Noviembre de 2017

Organizado por la Asociación Nacional de Enfermería Hematológica.

Información: <http://www.aneh.es/>

38 CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA "Compartiendo conocimientos y empoderando personas".

Toledo, 9 al 11 de Noviembre de 2017

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Urológica

Información: <http://enfuro.es/bienvenidatoledo.html>

CUALISALUD. XII REUNIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD. PARANINFO DIGITAL, FUNDACIÓN INDEX

"Narrativas. Fuente de Evidencias científicas".

Virtual. 16 y 17 de noviembre de 2017

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

XXI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Madrid, 14 a 17 de Noviembre de 2017.

Organizado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-Isciii)

Información: <https://encuentros.isciii.es/madrid2017/index.html>

9º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA ENDOSCÓPICA DIGESTIVA

Toledo, 17 y 18 de Noviembre de 2017.

Organizado por la Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva.

Información: <http://congreso.aeeed.com/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=1>

XXXIX CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA

Vigo, 9 a 11 de Mayo de 2017

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

Información:

<https://www.enfermeriaencardiologia.com/aeec/congresos/proximo-congreso/>

VI CONGRESO BRASILEÑO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERIDAS

X CONGRESO IBEROAMERICANO SOBRE ÚLCERAS Y HERIDAS - SILAHUE

"Heridas en la invisibilidad"

Salvador, Bahía - Brasil 31 de Octubre a 3 de Noviembre de 2017

Información: <http://silauhe.org/es/?file=kop1.php>

I JORNADA EN SALUD MENTAL

Colegio de Oficial de Enfermería de Cantabria. 23 y 24 de noviembre de 2017

Información: <http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/noticias/141/8708>

VENTANILLA ÚNICA

Colegio de Enfermería de Cantabria

ventanillaunica.enfermeriacantabria.com

NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Sus principales objetivos son: promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica a los profesionales de Enfermería y de la salud en general.

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

Las normas para la publicación de trabajos y estudios están basadas, fundamentalmente, en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas según la última revisión disponible, puede consultarse una revisión traducida al castellano en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf

Normas generales de publicación

Los manuscritos de los trabajos se enviarán a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria: colegio@enfermeriacantabria.com con una carta de presentación solicitando la publicación donde constará expresamente si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento, revista científica, repositorio o archivo. Además si existe o no algún conflicto de intereses.

Normas:

- La extensión máxima será de 4.000 palabras, excepto los manuscritos de carácter cualitativo que serán a criterio de la revisora correspondiente.
- Tipo de letra Times New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas, cuando sea necesario se explicará -la primera vez- entre paréntesis su significado.
- Se exceptúan las unidades de medida del Sistema Internacional.
- Utilizar entrecorridos para citas textuales
- Utilizar cursiva para palabras en otro idioma o en latín.
- No numerar las páginas.

En la primera página se incluirá por orden:

- Título del artículo
- Nombre y apellidos de los autores (máximo seis)
- Lugar de trabajo y departamento o institución
- Identificación de autor principal y responsable del manuscrito y su dirección electrónica para correspondencia.
- Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la segunda página se hará constar, de manera resumida (RESUMEN y ABSTRACT) y en 200 palabras (español e inglés), un texto que esboce:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes

Al final de este RESUMEN se incluirán, como palabras clave, entre 3 y 10 palabras o frases cortas (según leguajes DeCS o MeSH) que permitirán indexar el artículo en las bases de datos.

En las siguientes páginas se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico técnicos de investigación** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título
2. Resumen-Abstract. Palabras clave
3. Introducción-Estado actual del tema
4. Justificación.
5. Objetivos: general y/o específicos.
6. Metodología

7. Resultados.
8. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad en su conjunto.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

Los **trabajos de investigación de carácter cualitativo** deben contener:

1. Título
2. Resumen-Abstract. Palabras clave
3. Introducción (importancia del tema, puesta al día y justificación de estudio cualitativo)
4. Objetivo/s
5. Metodología propia cualitativa: narrativa clínica, relato biográfico, entrevista en profundidad, grupo de discusión..., incluyendo el desarrollo del propio trabajo.
6. Discusión-Conclusiones
7. Bibliografía

Las **monografías o revisiones bibliográficas**, las siguientes normas:

1. Título
2. Resumen-abstract
3. Palabras clave
4. Introducción-Estado actual del tema
5. Justificación
6. Objetivo
7. Metodología de búsquedas bibliográficas
8. Resultados
9. Discusión-Conclusiones
10. Bibliografía

Las **cartas al director**, serán:

- Dirigidas a la Sra. Directora
- El texto tendrá una extensión de no más de 700 palabras
- Una sola tabla figura o gráfico si se requiere
- Un máximo de 5 referencias bibliográficas.

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos

- Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar correspondiente. Serán sencillas, con título breve y se explicarán al pie. Serán de formato similar.
- Se presentarán realizadas mediante aplicación informática. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.
- Se admite un máximo de cuatro por trabajo. Serán en archivo de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF

Referencias bibliográficas

- Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto.
- En el artículo aparecerán con un número superíndice.
- Se recomienda un máximo de no más de 30 referencias, deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Normas éticas

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo si se trata de experimentación animal.
- No se identificarán a los pacientes o enfermos ni con nombres ni con iniciales
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento, de la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

Relación de documentos que deben contener los trabajos a enviar vía e mail

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.



Y ahora...¿qué?

**SIN PRESCRIPCIÓN
NO HAY PROFESIÓN**