

# Nuberos Científica



## **INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA**

Efectividad de los talleres de estimulación cognitiva de la memoria "activaMENTE". Un análisis cuantitativo. *Effectiveness of memory cognitive stimulation workshops "activaMENTE". A quantitative analysis.*

Sonia Crespo Jiménez, Lidia Herrera Fernández, Nuria Martínez Cadaya, Cristina Ruiz Calderón.

Satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización domiciliaria del Hospital Comarcal Sierrallana. Cantabria. España. *User satisfaction with Hospital-at-Home UNIT of Sierrallana Hospital. Cantabria. Spain.*

Nuria Albizu Becerril, Noemí López Rojo, María Jesús García Garaboa.

Tabaco y adolescencia. Coordinación hospitalaria-primaria y sistema educativo ¿Qué podemos mejorar? *Tobacco and adolescents. Hospital-primary care coordination and education system What can we improve?*

Vanesa Fernández Martínez, Pedro Rodríguez Domínguez, Carmen Prieto Serrano, Noelia García Méndez, María Iciar Armentia González, Ana Isabel Gómez García.

## **REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS**

Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias. El papel de las terapias no farmacológicas. Revisión bibliográfica. *Psychological and behavioral symptoms of dementia. The role of non-pharmacological therapies. Bibliographic review.*

Eva Bustamante Revuelta, Elena Martínez Rioja.

Fractura de cadera. Rehabilitación y complicaciones en personas mayores de 65 años. Revisión bibliográfica. *Hip fracture. Rehabilitation and complications in people over 65 years. Bibliographic review*

Lorena Fortuño Morante, Vanesa Barba Latas, María Loraque Alonso.

Triaje en emergencias y catástrofes. Nuevo reto para la enfermería. Revisión bibliográfica. Segunda parte. *Extra-hospital triage in emergencies and catastrophes. New nursing challenge. Second part.*

Sonia Rábago Macho.

Cannabis, efectos adversos y terapéuticos. Revisión bibliográfica. *Cannabis, adverse and therapeutic effects. Review of the literature.*

Andrea Meléndez Cruz.

Variabilidad en la práctica clínica en el manejo de las heridas crónicas. *Variability in clinical practice in the management of chronic wounds.*

Eva Terán Santana, Andrea Caballero Gutiérrez.

## **MONOGRAFÍAS**

Intervenciones de prevención de la violencia en el noviazgo de adolescentes. *Monografía. Interventions to prevent dating violence in adolescents. Monography.*

Claudia Palomera Bezanilla.

## **MISCELÁNEA**

Quemadura por congelación con hielo seco. Caso clínico. *Freezing burn by dry ice. Clinical case.*

M. Consuelo Fernández Diego.

## **CARTAS A LA DIRECCIÓN**

## **RESEÑAS**



FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

# Nuberos Científica

VOL. 3 NÚM. 26    NOVIEMBRE 2018 - FEBRERO 2019

## 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, par. 4, naves 1 y 2. 39611 GUARNIZO (Cantabria)  
T. 942 35 60 65 - F. 942 35 60 66 - www.imprentajmartinez.com

Con el apoyo de Jorge Gordo Sánchez.  
Secretario General del Colegio de Enfermería de Cantabria

Revista indexada  
en la base de datos



Revista indexada  
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.

Asesora de Investigación 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**

F.E.A. Medicina Interna. Hospital de Leza. Álava. (Euskadi-España)

### CONSEJO DE REDACCIÓN:

**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. Cardiotorhoracic Surgery Dpt. University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

**M<sup>a</sup> 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 universitario en Investigación en Cuidados de Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Profesora asociada Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

**Mirian García Martínez**

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

**Javier González González**

Graduado en Enfermería. Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios. Experto en Urgencias y Emergencias. Profesor Asociado Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria. Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**M<sup>a</sup> 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)

**Rocío Fuentes Covián**

Graduada en Enfermería. Master en gestión integral a Investigación de Heridas Crónicas. Unidad de Cuidados Intensivos General del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (Cantabria-España)

**Noelia Prieto Gutiérrez**

Graduada en enfermería. Máster en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. (Cantabria-España)

**David Ramos Saiz**

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

**Susana Telechea Díaz**

Graduada en Enfermería. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. España. Certificate in Advanced English" (CAE) acreditado por la Universidad de Cambridge

# 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 colegios 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** EFECTIVIDAD DE LOS TALLERES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LA MEMORIA "activaMENTE". UN ANÁLISIS CUANTITATIVO. *EFFECTIVENESS OF MEMORY COGNITIVE STIMULATION WORKSHOPS "activaMENTE": A QUANTITATIVE ANALYSIS.*

Sonia Crespo Jiménez, Lidia Herrera Fernández, Nuria Martínez Cadaya, Cristina Ruiz Calderón

- 12** SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA. CANTABRIA. ESPAÑA. *USER SATISFACTION WITH HOSPITAL-AT-HOME UNIT OF SIERRALLANA HOSPITAL. CANTABRIA. SPAIN.*

Nuria Albizu Becerril, Noemí López Rojo, María Jesús García Garaboa

- 19** TABACO Y ADOLESCENCIA. COORDINACIÓN HOSPITALARIA-PRIMARIA Y SISTEMA EDUCATIVO ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR? *TOBACCO AND ADOLESCENTS. HOSPITAL-PRIMARY CARE COORDINATION AND EDUCATION SYSTEM WHAT CAN WE IMPROVE?*

Vanesa Fernández Martínez, Pedro Rodríguez Domínguez, Carmen Prieto Serrano, Noelia García Méndez, María Iciar Armentia González, Ana Isabel Gómez García

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 24** SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LAS DEMENCIAS. EL PAPEL DE LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS OF DEMENTIA. THE ROLE OF NON-PHARMACOLOGICAL THERAPIES. BIBLIOGRAPHIC REVIEW.*

Eva Bustamante Revuelta, Elena Martínez Rioja

- 32** FRACTURA DE CADERA. REHABILITACIÓN Y COMPLICACIONES EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *HIP FRACTURE. REHABILITATION AND COMPLICATIONS IN PEOPLE OVER 65 YEARS. BIBLIOGRAPHIC REVIEW.*

Lorena Fortuño Morante, Vanesa Barba Latas, María Loraque Alonso

- 38** TRIAJE EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES NUEVO RETO PARA LA ENFERMERÍA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. SEGUNDA PARTE. *EXTRAHOSPITAL TRIAGE IN EMERGENCIES AND CATASTROPHES. NEW NURSING CHALLENGE. SECOND PART.*

Sonia Rábago Macho

- 46** CANNABIS, EFECTOS ADVERSOS Y TERAPÉUTICOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *CANNABIS, ADVERSE AND THERAPEUTIC EFFECTS. REVIEW OF THE LITERATURE.*

Andrea Meléndez Cruz

- 53** VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS. *VARIABILITY IN CLINICAL PRACTICE IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC WOUNDS.*

Eva Terán Santana, Andrea Caballero Gutiérrez

## MONOGRAFÍAS

- 59** INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO DE ADOLESCENTES. MONOGRAFÍA. *INTERVENTIONS TO PREVENT DATING VIOLENCE IN ADOLESCENTS. MONOGRAPHY.*

Claudia Palomera Bezanilla

## MISCELÁNEA

- 66** QUEMADURA POR CONGELACIÓN CON HIELO SECO. CASO CLÍNICO. *FREEZING BURN BY DRY ICE. CLINICAL CASE.*

M. Consuelo Fernández Diego

## 71 CARTAS A LA DIRECCIÓN

## 72 RESEÑAS

## CUIDANDO CUIDADOSAMENTE

La profesión de enfermería ha tenido siempre raíces humanísticas, fundamento que da sustento a una práctica cada vez más evolucionada científica y técnicamente. El desarrollo técnico-científico del conocimiento enfermero ha generado mayores competencias y habilidades siendo el eje del mismo y de forma invariable las necesidades en salud del ser humano.

El sistema sanitario actual requiere de responsabilidad en la atención al usuario, entendiendo la responsabilidad como un acto de calidad en los servicios prestados a la población, es decir, donde el profesional de enfermería tenga presentes los argumentos suficientes para poder explicar y/o justificar ante la sociedad o si fuera necesario ante la ley, por qué razón ha actuado de una determinada manera o ha elegido una actuación clínica y no otra.

Las responsabilidades bioéticas en la profesión de enfermería son inherentes a su filosofía y valores protegiendo de esta forma los derechos humanos pues la relación entre la buena praxis y los valores como profesión están íntimamente relacionados. Como cita Diego Gracia, *“la sociedad exige del profesional la consagración, y le recompensa otorgándole un puesto de excepción. En el ejercicio de las profesiones todo es excepcional, lo que se da y lo que se recibe, la entrega exigida y las recompensas otorgadas”*. Quien no cumple la ética de mínimos actúa de forma negligente, es decir; no hace una buena práctica. Se puede tener el mayor conocimiento sobre una materia o técnica y tener las mayores habilidades y destrezas necesarias para el quehacer diario de la práctica clínica pero de nada servirá si no se respetan los valores y los derechos de los seres humanos a quienes se cuidan. La ética de mínimos abarca el derecho de justicia y de no maleficencia; es decir el de no hacer daño. Acercarse a la ética de máximos, recordemos que lo incluyen los principios de autonomía y beneficencia; y cumplirlos, es acercarse a la excelencia profesional pero ¿cómo se acerca a la ética de máximos? Depende ya de la elección individual del profesional, de sus creencias y valores como persona.

El arte del cuidado está compuesto por una parte técnica y otra parte ética. Las acciones del cuidar implican aspectos psicosociales, profesionales y técnicos además de reconocimiento de los valores intrínsecos de la persona, respeto a la vida y dignidad humana. La profesión de enfermería debe estar guiada por el cumplimiento de la ética de máximos. No es suficiente con cumplir las tareas y obligaciones cotidianas propias de su ejercicio profesio-

sional porque el mero cumplimiento de ello no implica la excelencia profesional. La excelencia es buscar el bien inmerso en el cuidado circunstancial e individual del profesional donde el cuidado no es solamente una actividad técnica sino que contempla implicaciones morales; es decir, se deben tener en cuenta los valores de los demás en la toma de decisiones en la práctica clínica, siendo esta situación necesaria en la profesión de enfermería. No existen pautas que orienten hacia una praxis adecuada en el cuidado y sus procedimientos pero sí que es necesario incorporar la bioética en la profesión puesto que ella nos orienta a que dichos principios aseguren la calidad y por tanto una buena praxis y excelencia en el cuidado.

La profesión de enfermería trabaja para mejorar la calidad de la asistencia, la formación, la investigación y la gestión de sus servicios garantizando de esta forma la seguridad del paciente; es decir implica una responsabilidad legal y moral, una alta competencia y seguridad en su práctica clínica habitual. La inconformidad e inquietud debe estar siempre presente en la profesión de enfermería pues garantizará nuevas ideas y proyectos para mejorar y anticiparse a los problemas derivados de nuestros actos. La calidad actualmente se ha convertido en la pieza clave y esencial de los servicios de salud y sobre todo, de los cuidados de enfermería.

**Noelia Prieto Gutiérrez**

Graduada en Enfermería

Enfermera Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Santander. España

## BIBLIOGRAFÍA

1. León Román CA. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006;22(3):1-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci_abstract)
2. Lolas Stepke F. Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos [Internet]. Programa Regional de Bioética OPS/OMS. 2000. 3-124 p. Disponible en: <http://fri.bioetica.org/bibliografia/lolas2.pdf#page=33>
3. Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014;67(6):873-80. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000600873&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600873&lng=es&tlng=es)



## INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

**P. 6. Efectividad de los talleres de estimulación cognitiva de la memoria "activaMENTE". Un análisis cuantitativo. *Effectiveness of memory cognitive stimulation workshops "activaMENTE". A quantitative analysis.***- Este estudio muestra los resultados obtenidos con el desarrollo de un proyecto de promoción de la salud cuyo fin es la prevención del deterioro de la memoria. La experiencia consistió en aplicar un programa de estimulación cognitiva y entrenamiento de la memoria impartiendo unos talleres dirigidos a población general. Todo apunta a que este tipo de programas están llamados a establecerse como estrategia eficaz para prevenir el deterioro cognitivo, fundamentalmente en población anciana.

**P. 12. Satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización domiciliaria del Hospital Comarcal Sierrallana. Cantabria. España. *User satisfaction with Hospital-at-Home UNIT of Sierrallana Hospital. Cantabria. Spain.***- Estudio observacional descriptivo, en el que por medio de una encuesta, pone de manifiesto la satisfacción de los usuarios del servicio de Hospitalización Domiciliaria en el Hospital Sierrallana del Servicio Cántabro de Salud, en Torrelavega, Cantabria, tras el primer año de creación. Resulta interesante al objeto de conocer el punto de partida y el necesario posterior seguimiento futuro.

**P. 19. Tabaco y adolescencia. Coordinación hospitalaria-primaria y sistema educativo ¿Qué podemos mejorar? *Tobacco and adolescents. Hospital-primary care coordination and education system What can we improve?***- La exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar de adolescentes y en los vehículos en los que viajan es un hecho que parece estar olvidado tras la promulgación de la Ley antitabaco. Este estudio, pretende exponer la necesidad aplicar intervenciones de carácter preventivo y la riqueza de estas en coordinación entre la enfermería de Atención Primaria y Hospitalaria, así como, la necesaria participación de los profesores de centros educativos.

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

**P. 24. Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias. El papel de las terapias no farmacológicas. Revisión bibliográfica. *Psychological and behavioral symptoms of dementia. The role of non-pharmacological therapies. Bibliographic review.***- La calidad de vida del paciente y sus familiares disminuye cuando se padece demencia objetivándose déficits a nivel cognitivo y funcional. Se plantea una revisión sobre los síntomas más frecuentes, así como los diferentes tipos de intervenciones que los profesionales de enfermería pueden planificar y ejecutar durante el cuidado al paciente con demencia y su familia.

**P. 32. Fractura de cadera. Rehabilitación y complicaciones en personas mayores de 65 años. Revisión bibliográfica. *Hip fracture. Rehabilitation and complications in people over 65 years. Bibliographic review.***- La fractura de cadera es la principal causa de hospitalización en personas de edad avanzada, ocasionando además de un daño ortopédico implicaciones en la economía sanitaria. A través de esta búsqueda bibliográfica se analiza la información científica disponible sobre las fracturas de cadera en personas mayores de 65 años, con el fin de identificar los factores que influyen en la rehabilitación y analizar los diferentes programas rehabilitadores en la actualidad para determinar líneas de actuación en esta área. Los resultados indican que ninguna intervención presenta evidencia empírica para la realización de ejercicios de forma protocolizada en una unidad de rehabilitación. Sin embargo, la continuidad de ejercicios de intensidad en el domicilio favorece la recuperación, y un programa integral e interdisciplinar mejora la calidad de vida relacionada con la salud física.

**P. 38. Triaje en emergencias y catástrofes Nuevo reto para la enfermería. Revisión bibliográfica. Segunda parte. *Extrahospital triage in emergencies and catastrophes. New nursing challenge. Second part.***- Segunda parte de esta amplia revisión bibliográfica sobre el triaje en ese contexto, que se presenta como un reto profesional enfermero y que implica formación y experiencia especializada para su implementación. Presenta específicamente el rol enfermero y los aspectos bioéticos, como tema explícito, al objeto de finalizar esta vasta revisión.

**P. 46. Cannabis, efectos adversos y terapéuticos. Revisión bibliográfica. *Cannabis, adverse and therapeutic effects. Review of the literature.***- El cannabis es la droga ilegal de mayor consumo en España. La prevalencia e incidencia de su consumo sugieren que este problema debe ser abordado de manera más exhaustiva. En algunos países es una droga utilizada legalmente de manera terapéutica. Mediante revisión de la bibliografía existente se describen sus efectos tanto terapéuticos como adversos. El cannabis presenta efectos adversos a nivel psiquiátrico y del sistema nervioso central, pero también a nivel físico, social, de seguridad y de salud pública. A su vez, presenta utilidad terapéutica en el tratamiento de la sintomatología de varias enfermedades físicas. Los profesionales de enfermería tienen competencias en la prevención del consumo no terapéutico y en la deshabituación de la droga, así como en la investigación de posibles indicaciones terapéuticas.


**P. 53. Variabilidad en la práctica clínica en el manejo de las heridas crónicas. *Variability in clinical practice in the management of chronic wounds.***- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos sobre la variabilidad que existe hoy en día en la práctica clínica habitual sobre el manejo de las heridas crónicas que presentan los pacientes. Debido a la cada vez mayor prevalencia de este tipo de lesiones, se hace necesario un cambio de actitud que queda bien reflejado en los resultados de la búsqueda tal y como muestra dicho documento, donde aconsejan una mayor incorporación de Guías de Práctica Clínica en la toma de decisiones, así como una formación adecuada e incorporación de profesionales referentes con habilidades en su manejo entre otras.

## MONOGRAFÍAS

**P. 59. Intervenciones de prevención de la violencia en el noviazgo de adolescentes. Monografía. *Interventions to prevent dating violence in adolescents. Monography.***- El estudio visibiliza la problemática existente en algunas relaciones en esa etapa de la vida. Apoyándose en la búsqueda bibliográfica, se recogen datos del tipo de violencia y cómo es reconocida en esa etapa de adaptación entre la niñez y la adultez llegando a confundir, los actos de violencia con actos de amor debido a la idealización de esa relación, así como, la importancia de una intervención precoz para evitarlo. También se pone de manifiesto los escasos estudios acerca de esta temática.

## MISCELÁNEA

**P. 66. Quemadura por congelación con hielo seco. Caso clínico. *Freezing burn by dry ice. Clinical case.***- Se presenta un caso clínico de una quemadura por congelación producida con hielo seco. Además se habla de las medidas preventivas a llevar a cabo para la manipulación de este tipo de material. A través de la presentación del caso se pone de manifiesto también la importancia de la primera intervención que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios ante este tipo de heridas tan desconocidas.



**Efectividad de los talleres de estimulación cognitiva de la memoria “activaMENTE”. Un análisis cuantitativo.**  
***Effectiveness of memory cognitive stimulation workshops “activaMENTE”. A quantitative analysis.***

**Autores:**

**Sonia Crespo Jiménez<sup>(1)</sup>**

**Lidia Herrera Fernández<sup>(2)</sup>**

**Nuria Martínez Cadaya<sup>(3)</sup>**

**Cristina Ruiz Calderón<sup>(4)</sup>**

<sup>(1)</sup> Graduada en Enfermería. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

<sup>(2)</sup> Graduada en Enfermería. Servicio de Hospitalización 1B del Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

<sup>(3)</sup> Graduada en Enfermería. Centro de Salud “Astillero”. Astillero. Cantabria. España.

<sup>(4)</sup> Diplomada en Enfermería. Servicio de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

Dirección para correspondencia:  
[sonia.cjz@gmail.com](mailto:sonia.cjz@gmail.com)

Recibido: 7 de septiembre de 2018

Aceptado: 21 de enero de 2019

**RESUMEN**

La pérdida de memoria origina, en las personas que lo padecen en la sociedad actual, una preocupación que afecta directamente en su calidad de vida. Los estudios refieren que con programas de estimulación cognitiva se puede evitar dicha pérdida, o al menos, mantener y/o mejorar el rendimiento cognitivo.

El objetivo principal de este estudio es demostrar que los programas de estimulación cognitiva de la memoria, en concreto el programa "activaMENTE", son eficaces para que de forma progresiva, se puedan instaurar en la sociedad.

Se ha realizado un estudio cuantitativo descriptivo y retrospectivo con participantes de los 5 talleres del proyecto de *Estimulación Cognitiva de Memoria "activaMENTE"* impartido por enfermeras del Colegio de Enfermería de Cantabria en colaboración con el Ayuntamiento de Santander durante el periodo 2017-2018. Se realizó en la Biblioteca Municipal de la ciudad de Santander.

De forma preliminar, los resultados obtenidos a través de la realización de diferentes escalas de valoración y test (comparación de pre-test y pos-test y encuesta de satisfacción) evidencian una mejoría cognitiva lograda tras la realización de los talleres.

Es necesario implantar programas de estimulación cognitiva, ya que resultan ser un instrumento eficaz para evitar pérdidas de memoria y/o mantener el rendimiento cognitivo.

**Palabras clave:** memoria, envejecimiento cognitivo, educación

**ABSTRACT**

Memory loss gives rise to worrying in those persons who suffer from it in today's society and directly it affects in their quality of life.

Studies have suggested that cognitive stimulation programs might be effective in preventing loss memory, or at least, maintaining and improving cognitive performance.

The main goal of this study is to demonstrate the effectiveness of the cognitive stimulation therapy programs which stimulate cognitive areas of memory. Specifically "activaMENTE" program, in order to be able to be progressively established it in society.

A descriptive and retrospective study was conducted in the Santander Public Library with Participants from 5 workshops of activaMENTE project, which have been taught by members of Cantabria Nurses Association in collaboration with the Santander Council. It took place during the period of 2017-2018.

Preliminary results obtained from a range of different assessment scales and test (comparison of pre-test as well as post-test scores and satisfaction survey) showed a cognitive improvement following those workshops.

Cognitive stimulation therapy programmes should be established because of they are an effective tool in order to prevent loss memory and maintain cognitive function.

**Keywords:** memory, cognitive aging, education

**INTRODUCCIÓN**

El actual aumento del envejecimiento de la población constituye una etapa de la vida de las personas que puede cursar con un conjunto de cambios físicos y psicológicos, que afectan a las funciones cognitivas, especialmente en memoria, atención y velocidad del procesamiento de la información, que depende tanto de los factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual. Se comienza a detectar entre los 50 y los 60 años, siendo una de las alteraciones más frecuentes que experimentan las personas<sup>1</sup>. Esto hace que a largo plazo y sin una prevención adecuada, la incidencia y prevalencia de enfermedades como la de Alzheimer, se haya incrementado<sup>2,3</sup>.

En el territorio español, la esperanza de vida ha ido aumentando exponencialmente de la siguiente manera: en 1950 la proporción de personas mayores de 64 años era 7.2%, y en 2016 el 18.7%. Es decir, se registró más del doble de población en este grupo. De hecho, se prevé que en 2030 el 24% de la población será mayor de 64 años (casi 1/4 de la misma)<sup>2</sup>.

El envejecimiento conforma de este modo, un logro para la humanidad pero también un reto<sup>4</sup>, pues implica que este sector de población tenga que ser cada vez más autónomo e independiente para la sostenibilidad del sistema socio sanitario actual<sup>5</sup>.

Los programas de estimulación cognitiva de la memoria (ECM) aplicados tempranamente, es decir, a modo de promo-

ción de la salud cognitiva, por ejemplo en personas en edad de jubilación, podrían retrasar o corregir ese potencial deterioro asociado a la edad, favoreciendo la autonomía de las personas mayores y contribuyendo a la sostenibilidad de los sistemas sanitario y social.

A pesar de su importancia, el estudio de las funciones cognitivas durante el envejecimiento normal parece haberse relegado a un segundo plano, dando más importancia al estudio patológico de las enfermedades relacionadas con la pérdida de memoria, que a los programas para la ECM como medio de promoción y prevención<sup>4</sup>.

En el contexto de la salud física, en ocasiones se olvida el cerebro como centro regulador y mecanismo de la memoria<sup>6</sup>. Sin embargo, la importancia del deterioro cognitivo de la memoria consecuencia del envejecimiento, es tal que, genera en las personas mayores situaciones que pueden llegar a ser conflictivas ya que impiden su completa adaptación y la superación de problemas cotidianos, lo que incide directamente en la autonomía personal, en su relación con el entorno, su autoestima, relaciones interpersonales y en definitiva en su calidad de vida.

No obstante, a pesar del citado declive, algunos estudios reflejan la eficacia de la estimulación de la memoria, en formato de talleres, sesiones o similares en la población, para mantener y mejorar el rendimiento cognitivo<sup>3,7,8</sup>.

El Colegio de Enfermería de Cantabria dispone de un proyec-

to de promoción de la salud de entrenamiento de la memoria “activaMENTE” que elaboró un equipo de 5 enfermeras para impartir a demanda de personas o instituciones que lo soliciten, con la finalidad de mantener y/o mejorar el rendimiento cognitivo<sup>7</sup>.

Para confeccionar su estructura, se hizo una búsqueda de bibliografía científica. Se pudo observar que existen programas en los que únicamente se utilizan los olvidos cotidianos como estrategia cognitiva<sup>3</sup>, mientras que otros utilizan un plan de entrenamiento sistematizado en diversas estrategias de mejora de la memoria como son la atención, la concentración, la asociación, la categorización, la visualización, la percepción y la memoria sensorial<sup>9</sup>.

En el caso de este proyecto, se utilizó una combinación de ambos programas referidos en la literatura, con el fin de lograr mayor efectividad y que la población envejecida tenga una mayor autonomía e independencia en su vida cotidiana.

## JUSTIFICACIÓN

Con el propósito de dar respuesta a la problemática que origina en la sociedad el deterioro cognitivo, este estudio pretende comprobar la eficacia de las intervenciones en el contexto del mencionado proyecto de ECM “activaMENTE” y proponer, si proceden, aspectos de mejora.

A pesar de que se precisa enriquecer las investigaciones para afirmar con seguridad que estos talleres mejoran la memoria en todos los asistentes, en este estudio preliminar se ha podido evidenciar que en la mayoría de los casos, la mejora está presente.

Asimismo, se conocía a través de un estudio de carácter cualitativo anterior<sup>10</sup> que el proyecto, además de ser una herramienta adecuada para cubrir algunas de las necesidades que presenta la sociedad, constituye una red de apoyo para prevenir y/o mejorar la memoria en el que los participantes también socializan, aprenden y, en definitiva, logran mejorar su calidad de vida.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

- Evaluar la efectividad del programa “activaMENTE”

### Objetivos específicos:

- Definir el perfil social de los participantes
- Presentar el estado de las de personas participantes respecto a la autonomía, el estado cognitivo, las quejas sobre la memoria y signos de depresión
- Evidenciar mejoras tras la realización de los talleres del programa
- Mostrar la satisfacción con los talleres y su aplicación a la cotidianidad.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo.

Los talleres se realizaron en la Biblioteca Municipal de Santander (Cantabria) a demanda del Ayuntamiento con la colaboración del Colegio de Enfermería de Cantabria, a través de su

Fundación (Fecan) y la participación de un equipo de 5 profesionales de Enfermería.

El total de talleres realizados desde febrero de 2017 hasta febrero de 2018, fueron cinco. Cada uno de ellos se realizó durante un periodo de tres semanas. Para ello se dividió en tres sesiones semanales con una duración de 90 minutos cada una.

La muestra se obtuvo a través de la inscripción de personas que voluntariamente lo hicieron tras la publicación en prensa escrita, radio y redes sociales. Así también, fue eficaz la comunicación ‘boca a boca’ de los participantes a los primeros talleres quienes motivaban a sus allegados para su participación. No se permitió repetir la asistencia.

Variables objeto de estudio:

- Edad.
- Género (hombre /mujer).
- Índice de Barthel, con el propósito de evaluar la capacidad de independencia funcional de los participantes.
- Mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC), para la valoración de la función cognitiva.
- Cuestionario de Quejas de la memoria de la vida diaria (MFE) para identificar los errores cotidianos.
- Test de Yesavage, con la intención de apreciar la posible existencia de depresión en los participantes, ya que esto podría interferir en su capacidad de concentración.
- Pre-test: Se confeccionó un test que se administró a los participantes antes de las sesiones con el fin de conocer el estado inicial en relación a la memoria. Versa sobre el recuerdo de nombres y apellidos, la asociación de parejas de palabras y sobre la memoria reciente sobre un texto que se lee previamente al asistente y de un objeto personal que se esconde; el asistente tiene que recordar a la docente que le devuelve el objeto escondido. Consta de cuatro apartados y la puntuación total se obtiene del número de aciertos en cada uno de ellos.

En primer lugar se cumplimentaron los documentos de las variables objeto de estudio ya descritas para cada uno de los pacientes.

Posteriormente se procedió a la realización de las sesiones de estimulación cognitiva. El contenido de dichas sesiones se estructuró de la siguiente manera:

- Orientación temporal y espacial
- Conceptos teóricos sobre la memoria.
- Conceptos teórico-prácticos sobre relajación.
- Entrenamiento de procesos cognitivos básicos: atención, percepción, lenguaje.
- Entrenamiento de estrategias de memoria: asociación, visualización, categorización.
- Conceptos teórico-prácticos memoria sensorial.
- Conceptos teórico-prácticos sobre el ejercicio y la relación con la memoria.
- Entrenamiento específico con estrategias y técnicas para la solución de los olvidos cotidianos.

Al finalizar las sesiones se pasó un Pos-test (muy parecido al pre-test. Incluye el mismo tipo de ejercicios, ya explicados previamente, solo que con palabras y textos distintos) para así ser comparado los resultados obtenidos con el pre-Test inicial. Se determinó así si se había producido cambio, valorando la efectividad del programa.

Asimismo, se administró a los participantes una encuesta para autocompletar de forma anónima con referencia a la satis-



facción del taller realizado. Constaba de ocho preguntas, pero solo se han tenido en cuenta cuatro de ellas, dado que son las más relevantes para este estudio cuantitativo.

Por último, se entregó a cada participante un cuaderno de ejercicios basado en las técnicas y estrategias practicadas en los talleres. El objetivo de este cuaderno es que, una vez acabados los talleres, tuvieran una variedad de ejercicios, continuaran en su domicilio con este tipo de tareas y de esta forma las incluyeran en su rutina cotidiana<sup>7</sup>.

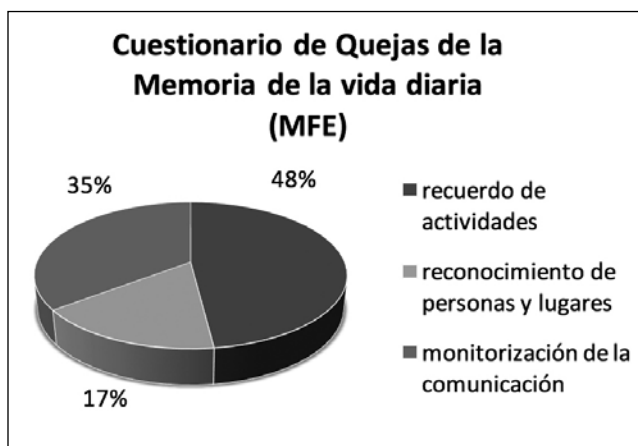
**RESULTADOS**

Para el análisis estadístico de los resultados se usó el programa Microsoft Excel.

Se inscribieron 48 participantes y se excluyeron 15 por abandono del taller y por ausencia superior a la permitida. De tal modo que la muestra quedó constituida por 33 personas.

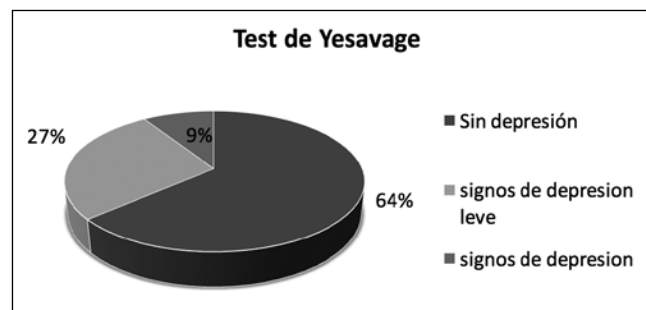
La edad media de los participantes fue de 71,3 años, siendo el mínimo de 52 años y el máximo de 92 años. En cuanto a la variable de género, el 21,2% eran hombres frente al 78,8% de mujeres.

Según los datos obtenidos en el Índice de Barthel, el 93,3% de los participantes son independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria y el 6,1% presentan una dependencia ligera. Según los datos del mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC), la totalidad de los participantes no tienen deterioro cognitivo. Para valorar los datos obtenidos en el test MFE, se clasificaron los ítems encuestados en categorías de olvidos (recuerdo de actividades, reconocimiento de personas y lugares, monitorización de la comunicación)<sup>11</sup>, para posteriormente calcular su porcentaje de forma individual. Así, se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en la Figura 1.



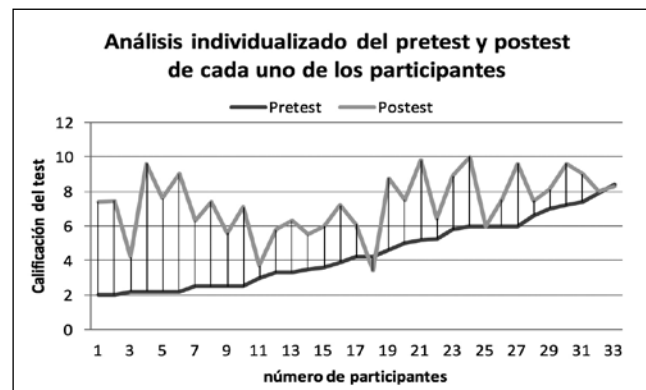
**Figura 1. Cuestionario de quejas de la Memoria de la vida diaria (MFE)**

Los resultados obtenidos en el test de Yesavage se observan en la Figura 2. Este test sirve para determinar la ausencia o presencia de síntomas depresivos en la población a estudio. El 27% presenta signos de depresión leve y esto puede influir negativamente en la capacidad de concentración a la hora de realizar cualquier tarea y por ende en la memoria.



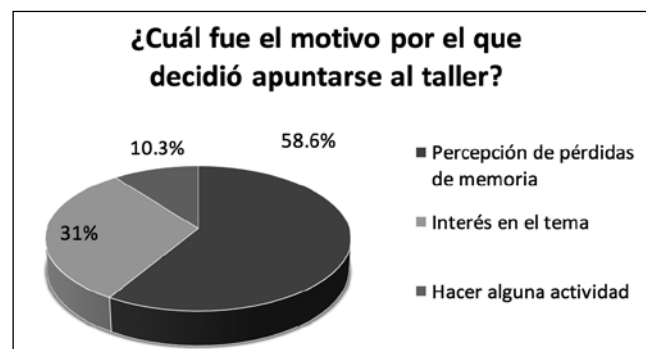
**Figura 2. Test de Yesavage**

Tras el análisis de los pre-test y pos-test se objetiva que casi un 91% de los participantes han obtenido una mejor puntuación después de haber realizado los talleres, así se ejemplifica en la Figura 3. Solamente un 3% obtuvo la misma calificación y un 6% (2 participantes) empeoraron.



**Figura 3. Análisis individualizado del pretest y postest de cada uno de los participantes**

Con respecto a las encuestas de satisfacción realizadas por los 43 asistentes, se rechazaron 5 encuestas por estar mal cumplimentadas. Se observa el interés acerca de la temática de la memoria debido a la demanda de formación, ya que están concienciados de que sufren pérdidas. De hecho, el 58.6% de los asistentes se apuntaron al taller porque percibían pérdidas de memoria en su vida diaria, un 31% de los mismos estaban interesados en el tema y el 10.3% restante, tenía como objetivo ocupar su tiempo libre, realizando alguna actividad. Esto nos lleva a que los asistentes no solo se apuntaron para mejorar su memoria, sino que también precisaban una red de apoyo social. Esto se ejemplifica a continuación en la Figura 4.



**Figura 4. ¿Cuál fue el motivo por el que decidió apuntarse al taller?**

La percepción subjetiva de los asistentes es que su memoria ha mejorado, como se puede observar en la figura 5.



**Figura 5.** ¿Piensa que ha mejorado su memoria con este taller?

Además, según indican, ponen en práctica en su vida diaria los conocimientos expuestos, utilizando así mismo el material otorgado por las docentes, el cuál según su opinión es útil y de calidad. Figura 6 y 7.



**Figura 6.** ¿Han mejorado sus conocimientos acerca de las actividades que puede realizar para mejorar su memoria?



**Figura 7.** ¿Ha incorporado de las actividades aprendidas en el taller en su vida cotidiana?

## DISCUSIÓN CONCLUSIONES

El perfil de los participantes en este programa de ECM se corresponde con el de una mujer de 71 años, independiente para las

actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo ni signos de depresión y con una mayor queja subjetiva de “recuerdos de actividades”.

Tras la realización de los pre-test y pos-test a los participantes de los talleres, el programa de ECM parece ser una herramienta efectiva para que la población mantenga o mejore su rendimiento cognitivo. Las valoraciones subjetivas de los participantes así lo reflejan también. Además, al tratarse de un programa que combina la utilización de estrategias de resolución de los olvidos cotidianos con otras de memoria como la atención, visualización, lenguaje, categorización... hace que tenga una funcionalidad completa respecto a otros estudios, los cuales, solo utilizan un tipo de estrategia.<sup>3,9</sup>

Se debe tener en cuenta que la comparación de estos resultados con otros estudios similares no es del todo correcta<sup>3,9</sup>, puesto que el diseño de estos talleres es más completo incorporando varias estrategias tales como olvidos cotidianos y estrategias de memoria y estaba abierto a un sector poblacional sin requisitos para la participación.

Como se ha podido observar en el apartado de resultados, uno de los participantes consiguió una puntuación elevada de base en el pre-test y por el contrario empeoró su calificación final en el pos-test. Otros estudios<sup>3</sup> denominan a este fenómeno como “efecto techo” por el cual, al obtener una puntuación elevada inicialmente, disponen de un escaso margen de mejora. Cabe destacar, que los participantes que han obtenido valoraciones iniciales bajas (menos de 3 puntos) han mejorado más del doble en su calificación final.

Es necesario continuar investigando sobre el tema, puesto que este modesto estudio se puede considerar como preliminar y ha de ser afianzado con otros más amplios en cuanto al número muestral. Y si se reafirma su efectividad, extenderlo a nivel comunitario.


Es preciso contar con la colaboración de los dirigentes políticos, para proveer a la sociedad de herramientas para la conservación activa de la memoria en las personas mayores; puesto que según todos los datos, se trata de una necesidad percibida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yesavage, JA. Age Associated Memory Impairment: conceptual background and treatment approaches. En: Bergener M, Ermini M, Stahelin HB (eds). Challenges in aging. London, Ed. Academic Press, 1990, 53-72.
2. Novoa AM, Juárez O, Nebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. Gac Sanit. [Internet]. 2008 Oct [consultado 4 julio de 2018]; 22(5): 474-482. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500013)
3. García-Sevilla J, Fernández Pedro J, Fuentes Luis J, López Juan J, Moreno María J. Estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar. Anal Psicol. [Internet]. 2014 [consultado 3 de julio de 2018]; 30(1):337-345. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000100036](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100036)
4. Delgado Losada M<sup>a</sup>L. Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria en personas mayores [Tesis Doctoral en Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004 [consultado 4 de julio de 2018]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/10114/>

Efectividad de los talleres de estimulación cognitiva de la memoria "activaMENTE". Un análisis cuantitativo. *Effectiveness of memory cognitive stimulation workshops "activaMENTE": A quantitative analysis*

5. Sol M, Minoldo T. La sostenibilidad del envejecimiento. Papers [Internet]. Nov 2015 [consultado 6 de julio de 2018]; 223-249. ISSN 2013-9004 (digital). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.2236>
6. Martínez Vidal A, Martínez Prada A, Díaz-Pereira MP, Martínez Patiño AJ. Effect of a combined program of physical activity and intellectual activity in the cognitive functioning of the elderly. *Journal of Human Sport and Exercise* [Internet]. 2011 [consultado 13 de julio de 2018]; 6(2): 462-473. ISSN 1988-5202 (digital). Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17845/1/jhse\\_Vol\\_VI\\_N\\_II\\_462-473.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17845/1/jhse_Vol_VI_N_II_462-473.pdf)
7. Benito Puentes E, Crespo Jiménez S, Herrera Fernández L, Martínez Cadaya N, Miera Barquín E, Ruiz Calderón C. Talleres de estimulación cognitiva de la memoria: "activaMENTE". 1ª Ed. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria; 2017.
8. Paterina Osorio D, Felfle Fuentes Y, Porto Osorio L. Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores residentes en centros de protección social en la ciudad de Cartagena 2014 [Internet]. Cartagena de Indias D. T. y C.: Universidad de Cartagena; 2014 [consultado 3 de julio de 2018]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2636/1/EfectividadEstimulacionCognitiva%20260714.pdf>
9. Velilla L, Soto E, Pineda D. Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico. *Rev. Chil. Neuropsicol.* [Internet]. 2010 [consultado 4 de julio de 2018]; 5(3): 185-198. Disponible en <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/232934-rcnp2010vol5n3-2.pdf>
10. Martínez Cadaya N, Crespo Jiménez S, Herrera Fernández L, Ruiz Calderón C. ¿Cuidamos la memoria? Experiencias de los talleres de estimulación cognitiva de la memoria "activaMENTE". *Rev Paraninfo Digital*. Próxima publicación. 2018.
11. Montejo P, Montenegro M, Sueiro-Abad Manuel J., Huertas E. Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE): análisis de factores con población española. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2014 [consultado 3 de julio de 2018]; 30(1): 320-328. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/167/16729452034/>
  - Montejo P, Montenegro M, Reinoso AI, Andrés ME, Claver M. Programa de entrenamiento de memoria. Método UMAM. Cuadernos de Trabajo Social. Madrid 2001 [consultado 10 de julio de 2018]; 14: 255-278. ISSN: 0214-0314
  - Perez MD, Garcia N. Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado. *Gerokomos*[Internet]. 2006 [consultado 4 de julio de 2018]; 17 (3): 125-131. Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/125rincon.pdf>
  - Jara Madrigal M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula* [Internet]. 2007 [consultado el 13 de julio de 2018]; 4-14. Disponible en: <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>
  - Binotti P, Spina D, de la Barrera ML, Donolo D. Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Rev. chil. neuropsicol.* [Internet]. 2009 [consultado el 20 de agosto de 2018]; 4 (2): 119-126. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745529>
  - Ruiz-Sánchez de León, JM. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* [Internet]. 2012 [consultado el 1 de agosto de 2018]; 32 (2): 57-66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214460312000332>
  - Carrascal S, Solera E. Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad* [Internet]. 2014 [consultado el 28 de agosto de 2018]; 26 (1): 9-19. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/40100/41533>
  - Tiernes Cruz C. Las creencias de las personas mayores sobre su memoria: la metamemoria [tesis doctoral en internet]. Huelva: Universidad de Huelva. Departamento de Educación; 2014 [acceso 4 agosto de 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46362>
  - Paterina Osorio D, Felfle Fuentes Y, Porto Osorio L. Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores residentes en centros de protección social en la ciudad de Cartagena 2014 [Internet]. Cartagena de Indias D. T. y C.: Universidad de Cartagena; 2014 [consultado 3 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2636/1/EfectividadEstimulacionCognitiva%20260714.pdf>
  - Vidal-Martí, C.; Vilar, R.; Borrell, M.; Capellades, A.; Carrasco, O.; García, P. (2013). "Innovación en los talleres de entrenamiento de memoria. Evolución y procesos de mejora de la Fundación Pere Tarrés". *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, p. 153-163.



**Satisfacción de los usuarios  
del servicio de hospitalización  
domiciliaria del Hospital  
Comarcal Sierrallana.  
Cantabria. España.  
*User satisfaction with Hospital-  
at-Home UNIT of Sierrallana  
Hospital. Cantabria. Spain.***

**Autoras:**

**Nuria Albizu Becerril<sup>(1)</sup>**

**Noemí López Rojo<sup>(1)</sup>**

**María Jesús García Garboa<sup>(1)</sup>**

*<sup>(1)</sup>Enfermera. Hospital Comarcal Sierrallana.  
Torrelavega. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:  
nalbizub@gmail.com*

Recibido: 4 de octubre de 2018

Aceptado: 3 de enero de 2019



**RESUMEN**

En los últimos años las necesidades de hospitalización se han incrementado consecuencia del envejecimiento de la población y la cronificación de ciertas enfermedades; junto a la mayor demanda de la población y la existencia de nuevos recursos y estructuras sanitarias que han potenciado el desarrollo de alternativas encaminadas a mejorar la situación sanitaria. La hospitalización a domicilio es una de ellas.

Estudio observacional descriptivo, a través de una encuesta de satisfacción realizado tras el primer año de implantación del servicio en el Hospital Sierrallana.

Los resultados reflejan que la información recibida es mucho mejor que la esperada en un 62% de los casos. La rapidez de respuesta en atención mejor de los esperado en un 75,6%. La satisfacción respecto al personal (el trato, la amabilidad y la atención), de un 79,4%. Recomendarían el servicio en un 9,78 de los casos sobre 10. La satisfacción global es de 9,87 sobre 10 de los casos. Indican algunos aspectos a mejorar en un 1,7% de los encuestados: referidos al transporte sanitario y al horario de la visita en el domicilio por el profesional.

La valoración y satisfacción con este nuevo servicio está por encima de las expectativas de las familias y pacientes encuestados.

**Palabras clave:** hospitalización domiciliaria, satisfacción, encuesta

**ABSTRACT**

In recent years the requirements for hospitalization services have been increased as a result of the ageing of the population and the chronification of certain diseases, which together with a greater population demand and the existence of new resources and health care's structures, have fostered the development of alternatives designed to increase health situation. Hospital-at-home is one of them.

An observational study was conducted to know patient's satisfaction. Patient satisfaction survey was taken in Hospital Sierrallana after the Hospital-at-home's first year of operation

The results indicate that the information received is much better than what would be expected in 62% of the cases. The rapid response in patient care is better than what would be expected in the 75.6%. Satisfaction with healthcare staff, which includes staff behavior, friendliness of staff and care provided, was of 79.4%. They would recommend Hospital-at-home in 9.78 out of 10 cases. The overall satisfaction is 9.87 out of 10 cases. Moreover, 1.7% of all respondents indicated some aspects to improve such as medical transport services and schedule for home visits by professionals.

The assessment and satisfaction with this new service exceed expectations of the families and patients surveyed.

**Keywords:** domiciliary hospitalization, satisfaction, survey

**INTRODUCCIÓN**

En los últimos años se viene observando que las necesidades de hospitalización se han incrementado a consecuencia del envejecimiento de la población y la cronificación de ciertas enfermedades, junto a la mayor demanda de la población y la existencia de nuevos recursos y estructuras sanitarias, han potenciado el desarrollo de diferentes alternativas encaminadas a mejorar la situación sanitaria y establecer prioridades, así como a otorgar mejor atención a los ciudadanos. La hospitalización domiciliaria (HD) es una de ellas.

La HD es un instrumento de la organización hospitalaria para responder a una demanda de atención creciente y compleja. Consiste en la provisión de la atención clínica de rango hospitalario en el domicilio del enfermo en lugar del cuidado institucional. Los enfermos dependen del hospital y los profesionales que les atienden forman parte de la plantilla del hospital.

Las características para el ingreso en este servicio son: la voluntariedad y aceptación por el paciente y la familia, la necesidad de que disponga de un cuidador principal que desempeñe las funciones de cuidado en el domicilio, no sólo se encarga de las tareas básicas como el aseo y la alimentación, sino que en ocasiones colaborará estrechamente con el equipo sanitario en técnicas que requieren cierto adiestramiento y aprendizaje, para lo cual se le instruye en dichos cuidados por los profesionales de enfermería.

Para facilitar la comunicación y disponibilidad del equipo sanitario ante cualquier duda, imprevisto o urgencia en el domicilio es necesaria la existencia de una línea telefónica accesible, que el tipo de atención tenga rango hospitalario es decir, que el paciente tendrá las mismas prestaciones que en el centro hospitalario y que se pueda desempeñar en el domicilio con total seguridad<sup>1,2</sup>.

Aprovechando el desarrollo de nuevas tecnologías cada vez más accesibles y por su fácil manipulación y transporte, se pueden proporcionar en el domicilio del paciente diagnósticos, cuidados y tratamientos con unas garantías de atención y seguridad similares a las ofertadas en el medio hospitalario. Dada esta realidad, la mayor parte de los estudios sobre el tema prevén un aumento de los servicios de atención domiciliaria y señalan que los sectores sanitario, social, político y económico sitúan la HD como una alternativa asistencial muy halagadora, viable y prometedora<sup>3</sup>.

Por otro lado la HD es considerada como "una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados de enfermería y médicos de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando no precisen de la infraestructura hospitalaria pero necesitan vigilancia activa y asistencia compleja"<sup>4</sup>.

Otra característica de la HD es que debe tener una duración limitada, en tanto se produce la circunstancia del alta, sea por mejoría, curación o éxitus, o bien, estabilización del proceso

patológico, reingreso al hospital o traslado a Atención Primaria. Otra de sus peculiaridades, es que tiene carácter transitorio sin olvidar que el objetivo principal es la atención integral, adecuada, de calidad, humanizada, oportuna y basada en una asistencia coordinada del equipo formado por enfermeras y médicos. Se trata de la pronta reintegración del paciente a su entorno familiar, evitar desplazamientos familiares, dar tranquilidad y apoyo más personalizado y en el "lugar más terapéutico", junto con una adecuada utilización de los recursos del hospital, para mejorar la calidad asistencial, reducir costes, incrementar la capacidad productiva, eficacia y efectividad del hospital, evitando infecciones nosocomiales y aumentando la satisfacción del paciente y del familiar<sup>5</sup>.

Los pacientes indicados para ingreso en las unidades de HD son aquellos que, no necesitan toda la infraestructura hospitalaria para su tratamiento, requieren cuidados de enfermería y médicos complejos, precisando una visita regular al domicilio del paciente para hacer el seguimiento y proveer el tratamiento<sup>6</sup>.

Puesto que el objetivo de los servicios sanitarios es el paciente y la familia, es preciso ofrecer asistencia sanitaria de alta calidad, junto con la eficacia, efectividad y eficiencia al mismo nivel que la asistencia hospitalaria, para obtener la satisfacción del paciente-cliente y familia en su entorno domiciliario.

Son diversas las ventajas de implantar este tipo de unidades, entre otras, ayudan a descongestionar los hospitales y los servicios de urgencias, reducen los reingresos, disminuyen el número de estancias y abaratan el coste del proceso. A nivel clínico, además de reducir las infecciones nosocomiales, disminuyen los fenómenos de "hospitalismo", los episodios de confusión mental y/o depresión sobre todo en ancianos<sup>6</sup>.

Se pueden mencionar otros beneficios, a nivel psicosocial mejora y humaniza la relación entre el personal sanitario y el paciente, respeta la intimidad e incrementa la comodidad, además de preservar los horarios de las propias actividades, evita desplazamientos y estancias en el hospital de los familiares, con el consiguiente ahorro económico, facilita la comunicación entre el profesional sanitario y las familias, integra a la familia en el proceso curativo y promueve las actividades de educación sanitaria y empoderamiento del paciente.

Por otro lado, la HD ofrece ventajas a nivel de gestión de recursos, facilita el acceso hospitalario a los procesos agudos, facilita la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, favoreciendo la comunicación entre profesionales y asegura la continuidad asistencial<sup>7</sup>.

## HISTORIA. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En relación con su historia, la primera Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) la introdujo el Dr. Bluestone en N.Y. (USA), en 1947, siendo dos los motivos que le llevaron a ello: descongestionar el hospital y crear un ambiente psicológico más favorable.

Más tarde, en 1960 se introdujo en Canadá. En 1987 se realiza una experiencia piloto en tres hospitales de Montreal: la administración de antibióticos a domicilio. En Europa, la primera experiencia fue en París, en 1951. Desde 1996, la Oficina Europea de la OMS, coordina el "From Hospital to Home Health Care".

En 1983 el Senado Español aprobó una moción en la que se reconoce la necesidad de crear las UHD (Unidades de Hospitalización Domiciliaria) en la Seguridad Social.

Las UHD vienen mencionadas por primera vez en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social de 1985 (BOE nº 3, 5/3/85) haciéndolas depender de las Direcciones de Enfermería; vuelven a mencionarse en la Ley General de Sanidad (BOE nº 102, 2974/86) dentro de la Asistencia Especializada y por último en la reforma del Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE nº 91, 16/4/87) donde se reasignan a la Dirección Médica. El Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, de ordenación sobre prestaciones sanitarias del SNS, establece en su anexo I, dentro de la modalidad de prestaciones de AP, la atención a tercera edad y la domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. El INSALUD, llevó a cabo su primera experiencia en Madrid, en el Hospital Provincial de Madrid en 1981. Desde entonces continuaron la experiencia en el Hospital Cruces de Baracaldo (Vizcaya), Hospital Virgen de Rocío (Sevilla), Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), Hospital General Yagüe (Burgos), Hospital Juan Canalejo (Coruña), y otros<sup>8</sup>.

En España existen actualmente más de 110 UHD, atendiendo a unos 120.000 pacientes al año.

Buena prueba de ello es la Estrategia HADO (Hospitalización a Domicilio) 2020, un proyecto de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) con el que se pretende concienciar a la Administración Sanitaria para que desarrolle este servicio en todo el territorio nacional. En la actualidad, la Comunidad Valenciana, Cataluña, País Vasco y Galicia son las autonomías con mayor nivel de implementación de hospitalización a domicilio, en ellas, ya no cabe duda de que sus ventajas superan con creces a los inconvenientes. Según datos de la SEHAD, la hospitalización a domicilio puede reducir en un 55 por ciento las visitas de pacientes crónicos a las urgencias hospitalarias y en un 15 por ciento sus ingresos en los centros hospitalarios, al mismo tiempo que es capaz de rebajar en 4 ó 5 días las estancias en los hospitales<sup>9</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Tradicionalmente la investigación de la calidad ha tenido claros sesgos hacia el análisis de la calidad de los bienes de consumo, sin embargo en el estudio de la calidad del servicio proporcionado, el análisis de las actitudes y del comportamiento de los usuarios resulta fundamental, y por ello, se concede máxima importancia al concepto de satisfacción del usuario con el objetivo de poder evaluar los diferentes aspectos de los servicios proporcionados e identificar las áreas de mejora para así alcanzar la máxima calidad<sup>10,11</sup>.

La hospitalización domiciliaria va ganando peso en la necesaria reorientación del Sistema Nacional de Salud hacia la atención específica de los ciudadanos. Del mismo modo que el servicio se ha instaurado en grandes hospitales, también en los hospitales comarcales es necesaria su implantación, se entiende que los beneficios, para los pacientes y la institución, serán los mismos.

Por esta razón en el Hospital Sierrallana, se ha implantado recientemente (octubre 2017). Este es uno de los motivos que hace necesaria la evaluación de la satisfacción de los pacientes y sus familias a quienes atiende este servicio pues será la mejor forma de conocer la calidad de los cuidados ofrecidos, siendo preciso también conocer si existen aspectos a mejorar.

Los motivos que justifican este proyecto son:

- La primicia de la puesta en marcha del servicio.
- La inquietud profesional por la buena marcha del servicio.
- La potencial introducción de aspectos de mejora.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Analizar la satisfacción de los usuarios (pacientes y familias) del servicio de hospitalización domiciliaria, para identificar oportunidades de mejora.

### Objetivos específicos

- Evaluar la eficacia y eficiencia del servicio.
- Medir la satisfacción de los usuarios del servicio.
- Identificar necesidades de mejora.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo.

La recogida de la información se hizo a través de una encuesta de satisfacción, semiestructurada (ANEXO I), durante el primer año tras la puesta en marcha, desde el 2 de octubre de 2017 al 2 de octubre de 2018. Dicha encuesta se entregó a todos los pacientes/familias al ingreso y se recogió al alta por los miembros del equipo de enfermería de la unidad.

La encuesta como herramienta de recogida de la información a través de un cuestionario semiestructurado, validado en el servicio de HD y supervisado por el Departamento de Docencia y Calidad del propio Hospital, se compone de un conjunto de variables:

1. Variables sociodemográficas: género, edad, nivel de estudios y ocupación.
2. Variables relacionadas con el ingreso previo en HD y el conocimiento del nombre del profesional que le atiende.
3. Variables en cuanto a diversas áreas agrupadas en tres bloques: la **información** recibida en diferentes aspectos, los **tiempos** de espera y de respuesta y el **trato por parte del personal**.

Por otro lado se evalúa si el paciente recomendaría el servicio de HD a otros pacientes y familias, además de su satisfacción global respecto a la Unidad. Finalmente se otorga la posibilidad de detallar los aspectos negativos, si los hubiere, y se solicita la aportación de sugerencias, ambos se recogen en resultados

Las escalas para medición de los datos son las siguientes:

- En los bloques referentes a la información, el tiempo de espera y de respuesta y el trato del personal, siguiendo el modelo de la escala Likert, del 1 al 5, donde el 1 indica el mayor grado de desacuerdo, el 3 lo esperado y el 5 la manifestación de total acuerdo.
- De cara a presentar los resultados del grado de satisfacción y si recomendarían el servicio de HD a otros usuarios, se ha optado por utilizar una escala gráfica que va del 0 al 10, donde el cero es nada o nunca y el 10 es totalmente o siempre.

La muestra utilizada es representativa de los usuarios del servicio de HD del Hospital Sierrallana de Torrelavega y presentan estas particularidades:

- a) Los pacientes que rellenaron la encuesta fueron atendidos en sus domicilios en el primer año tras la implantación del servicio de HD, entre octubre de 2017 y octubre de 2018.
- b) A todos los pacientes el día del ingreso se les entregó la encuesta que debían rellenar y entregar en el momento del alta, de una forma voluntaria y anónima, explicándoles los objetivos de la misma.

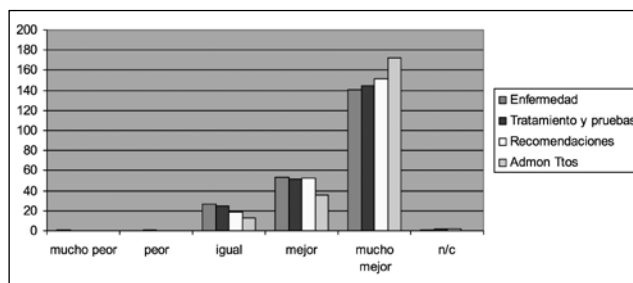
El número de usuarios en el primer año desde la implantación del servicio fue de 412 y el número de encuestas recogidas 222. Las causas de este sesgo son diversas: que no se recojan en el momento del alta, los casos de éxitus o el reingreso de urgencia en el hospital, pero el mayor porcentaje de pérdida de encuestas se debe a que en el momento del alta la encuesta no está rellena, el usuario comenta la intención de hacerla llegar al servicio, pero finalmente no llega.

## RESULTADOS

Estos resultados se presentan básicamente en cuatro apartados: el primero apunta las variables sociodemográficas de los encuestados, en el segundo se presentan (mediante gráficos) los resultados de la encuesta, agrupados por bloques de variables, expresados en porcentajes sobre el total de personas que contestaron a la pregunta, un tercero referente a la satisfacción global y la recomendación del servicio y un cuarto con un apartado abierto para que los usuarios pudieran contestar abiertamente a problemas surgidos o mejoras a realizar.

En el primer bloque en cuanto al **perfil** de los pacientes, no se aprecia a nivel global ninguna diferencia por género, siendo 50,5% hombres y 49,5% mujeres. En cuanto a la estructura de edades, destaca que el 3,6% tiene menos de 35 años, un 24,7 % entre 35 y 65 años y los mayores de 65 años representan el 69,2% del total, no contestando el 2,5%. Referente a los estudios del paciente destacamos que el 33,6% no tiene estudios, el 48,2% tiene estudios básicos, el 14,5% tiene estudios de bachillerato y un 3,6% tiene estudios universitarios. En cuanto a su ocupación el 31,3% es ama de casa, el 5,1% parado, 2% estudiante, 10,1% empleado y el 51,5 jubilado.

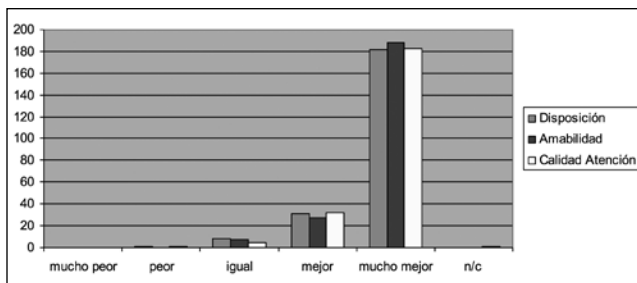
En el segundo bloque: Respecto a la **información recibida**, se evalúan aspectos como la satisfacción con la información recibida sobre su enfermedad, sobre los tratamientos y pruebas diagnósticas, las recomendaciones e indicaciones tras el ingreso y la información sobre la vigilancia a seguir en los tratamientos, siendo la percepción de los usuarios “mucho mejor de lo que esperaba” en un alto porcentaje como se indica en la siguiente gráfica.



Gráfica 1. Resultados sobre la información recibida en la Unidad

Se evalúa también la percepción de los usuarios ante los **tiempos de respuesta**, valorando la rapidez con que se consigue lo que se necesita o el tiempo requerido para ser atendido si precisa consulta urgente telefónica, siendo la percepción de los usuarios: “mejor de lo que esperaba” un 18,9% y “mucho mejor de lo que esperaba” el 76,1 % en el caso de la rapidez y en el tiempo de espera un 13,6% “mejor de lo que esperaba” y un 82,6% “mucho mejor de lo que esperaba”.

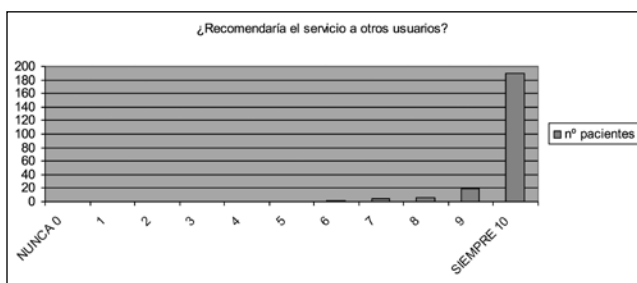
La satisfacción con respecto al **profesional/personal** se ha observado que la satisfacción de los pacientes en relación con el trato recibido, la amabilidad del personal, la calidad en la atención y la disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita, es “mejor o mucho mejor de lo que esperaba” tal como se refleja en el gráfico 3.



**Gráfico 3. Disposición, amabilidad y calidad de la atención.**

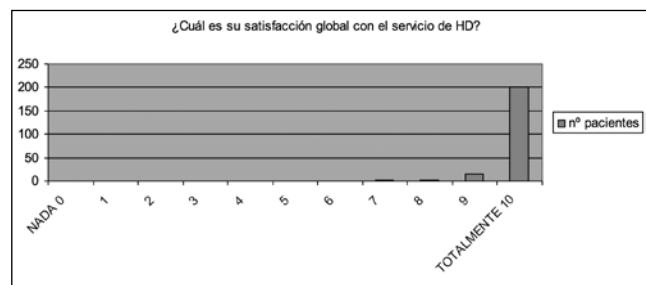
En conjunto estos tres bloques (información, tiempo y trato del personal) estarían indicando un buen nivel de satisfacción con la atención clínica en el servicio de HD, pues manifiestan que lo percibido es “mejor de lo que esperaban” y “mucho mejor de lo que esperaban” en unos porcentajes muy altos.

Dentro del tercer apartado, respecto si recomendaría el servicio a otros usuarios, medido en una escala numérica del 0 al 10, donde 0 es nunca y 10 es siempre, un 85,6 % contesta “siempre” con un 10 y un 94,2% con 9 ó 10, observándose que no existe una calificación inferior a 6, que dos personas no contestan a la pregunta y que la media de recomendación es del 9,75 sobre 10.



**Gráfica 4. Respuesta a la pregunta sobre: ¿Recomendaría el servicio a otros usuarios?**

Respecto al grado de satisfacción global con el servicio de HD, medido en una escala numérica que va del 0 al 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho, es llamativo el alto nivel de satisfacción con el servicio. A la pregunta de ¿cuál es su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su atención en HD? Responden un 97,3% con un 9-10, siendo casi el 91% de 10 y un grado de satisfacción con un valor medio de 9,8 sobre 10.



**Gráfico 5. Respuesta a la pregunta: ¿Cuál es su satisfacción global con el servicio de HD?**

El cuarto bloque quedaba abierto para que los usuarios pudieran expresar si habían tenido algún problema con aspectos como la presentación del personal, la información recibida, la gestión del transporte (en caso de haberlo precisado), el alivio a sus molestias, la accesibilidad al servicio las 24 h, pudiendo especificar cuál fue el problema concreto si le hubiera. La valoración cualitativa de las incidencias, mostró que el porcentaje de pacientes que hizo alguna sugerencia de mejora fue pequeño, sólo un 2,2%, en concreto cinco quejas, tres relacionadas con el transporte en ambulancia, dos con la concreción del horario de visita y una con las pruebas realizadas.

Por último a modo de cierre se le brinda la posibilidad de sugerir alguna mejora en el servicio con la pregunta: “¿Qué podemos hacer mejor?”, destacar en este epígrafe la palabra más repetida “nada” o diferentes frases de ánimo y agradecimiento (ANEXO II).

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Referente a la opinión de los encuestados, analizando los datos, hay que destacar en primer lugar un grado elevado de satisfacción de los usuarios con el servicio de HD.

Tras la investigación se debe considerar especialmente y corregir las causas del sesgo de recogida de encuestas, que supone una pérdida del 48%, y lograr así una investigación más rigurosa.

Se hace necesario, tras el análisis de la encuesta, variar algunas preguntas y el orden de las mismas, para mejorar su comprensión por parte de los usuarios.

No obstante, se destaca la elevada satisfacción percibida con la información recibida y otorgada por los profesionales del servicio. La rapidez con que se consigue lo que se necesita o con el tiempo de espera para ser atendido. Respecto al trato recibido y la amabilidad del profesional/personal es percibido como mucho mejor de lo que esperaban, así como la calidad de la atención, que si se compara con otros estudios publicados sobre satisfacción en HD, cabe señalar que los resultados son similares<sup>(12)</sup>.

Respecto al único dato obtenido de “mucho peor” que aparece en el gráfico sobre “información recibida” se piensa que se trata de un paciente con una incipiente demencia que confundió la clasificación de la respuesta.

Se observa también que los pacientes que conocen el servicio lo recomendarían a otros usuarios, siendo elevado este nivel de recomendación, con un valor medio de 9,7 sobre 10.



Satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización domiciliaria del Hospital Comarcal Sierrallana. Cantabria. España. *User satisfaction with Hospital-at-Home UNIT of Sierrallana Hospital. Cantabria. Spain*

La satisfacción general con el servicio asciende a un valor medio de 9,8 sobre 10.

Tan sólo un 2,2% de los pacientes señaló algún problema, en concreto relacionados con el transporte sanitario, la concreción de los horarios de visita de los profesionales en sus domicilios y las pruebas diagnósticas.

El equipo de HD, deberá considerar el horario de la visita en domicilio, en cada caso, con el fin de satisfacer una necesidad expresada y trasladar al centro hospitalario aquellas sugerencias, ajenas al servicio que los usuarios nos han transmitido para seguir mejorando.

El servicio de HD en su conjunto, se percibe por los pacientes y sus familias como muy satisfactorio, por encima de sus expectativas, pudiendo observar diferencias con de los resultados de otros estudios que muestran la satisfacción de los usuarios de otros servicios<sup>12,13</sup>.

Los resultados de los cuestionarios de satisfacción orientan a los profesionales sobre el bienestar de los usuarios con el servicio y conviene tenerlos a disposición para realizar investigaciones y comparaciones futuras. Se debe tener presente que, a menudo, la calidad de un servicio, no es más que la percepción que el usuario tiene del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfons Cuxart Mèlich, Oriol Estrada Cuxart. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. *Rev Med Clí.* 2012; 138(8).
2. Contel SJC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida (editorial). *Atención primaria.* 2000;25(8):22-28.
3. Cotta, Rosangela Minardi Mitre, Suarez-Varela, Maria Morales, Llopis Gonzalez, Agustin, Cotta Filho, José Sette, Real, Enrique Ramón, Ricós, José Antonio Días. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica.* 2001;10(1):45-55. Retrieved from <http://www.scielosp.org>.
4. Glez MDD (coord). Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998. *Rev Española Salud Publica* 1998;72(1):1-15.
5. López Perona, Francisco. Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. *Enfermería Global*, 2003;3: 3.
6. Lo Faso V. The doctor-patient relationship in the home. *Clin Geriatr Med* 2000;16(1):83-94.
7. Cejudo Díaz, Ildefonso. Diagnóstico y tratamiento en medicina hospitalaria: Enfoque práctico. Conceptos clave en Hospitalización a domicilio. [www.librodepoto.com](http://www.librodepoto.com).
8. López Perona, Francisco. Qué es la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y la introducción a su gestión. *Enf Glob.* 2003. <https://digitum.um.es>.

9. El médico interactivo. <http://elmedicointeractivo.com/hospitalizacion-domicilio-gana-peso-reorientacion-sns-paciente-cronico>.
10. Conde JL. Evaluación de tecnologías sanitarias: racionalización frente a razonamiento. *Rev Adm San* 1998; 11:139-47.
11. Martínez-Tur V, Peiró J M, Ramos J. Calidad de Servicio y Satisfacción Del Cliente. 2001. Madrid: Síntesis. Cap 1 y 2: 24-71.
12. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev Calid Asist*, (2003), 18: 628-635.
13. Satisfacción de los pacientes asistidos en una consulta externa de alergología. *Alergol Inmunol Clin*, (2004), 19:145-152.

## Bibliografía complementaria

Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.

Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000; 114:26

Marta Gorina, Joaquín T. Limonero, Xavier Peñar, Jordi Jiménez, Javier Gassó. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Atención Primaria.* 2014; 46(6):276-282.

Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida *Rev Calidad Asistencial*, (2000), 5:36-42.

¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción de nuestros clientes?. *Rev Calidad Asistencial*, (1999), 14:661-666.

M.S. Martín López. Atención domiciliaria y enfermería: análisis del perfil sociosanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de Enfermería desde Atención Primaria. *Enferm Integral.* 2004: 66:17-22

F. Cegri Lombardo, A. Aranzana Martínez. Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. *Aten Primaria.* 2007; 33: 3-4.

González V.J.; Valdivieso B.; Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med. Clin., Barcelona*, 2002; 118 (17): 659-664. Disponible en: <http://www.ideasehealth.upv.es/pub/medicinaclinica02.pdf>

Fernández Samos R, Arias R, Ortega JM, Fernández Morán C, Vaquero F. Impresiones de los pacientes sobre aspectos de la asistencia sanitaria. XIV Congreso de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial, 1995. Libro de comunicaciones

J.M. Morales Asencio, C. Bonill de las Nieves, M. Celdrán Mañas, J.C. Morilla Herrera, F.J. Martín Santos, E. Contreras Fernández. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit.* 2007; 21:106-113.

J.J. Mira, J. Aranaz. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000; 114: 26-33.

Oterino D.; Peiró S.; Marchan C.; Ridao M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1998; 72 (6): 517-527. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n6/cuidados.pdf>.

## ANEXO I

POR FAVOR, rellene este CUESTIONARIO ANÓNIMO MARCANDO CON UNA CRUZ LO QUE PROCEDA (LOS DATOS DEBEN PERTENECER AL PACIENTE)

Edad: ..... años      Sexo: Hombre  Mujer       Hospitalización previa en Hosp Dom: Sí  No

Estudios: Sin estudios  Básicos (graduado)  Bachiller Superior  Universitarios

Ocupación: Ama de casa  Parado/a  Estudiante  Empleado/a  Jubilado/a

¿Le entregaron un díptico informativo sobre el Servicio de Hospitalización Domiciliaria? Sí  No

¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido? Sí  No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le ha atendido? Sí  No

¿Cómo valora la INFORMACIÓN recibida EN RELACIÓN CON LO QUE USTED/SU FAMILIAR ESPERABA sobre...? (tache con una X el cuadro que mejor se ajuste a su opinión).

La INFORMACIÓN RECIBIDA sobre su enfermedad	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
Los TRATAMIENTOS/PRUEBAS DIAGNÓSTICAS que le han aplicado	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
Las RECOMENDACIONES e indicaciones tras el ingreso	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor

En su opinión ¿CÓMO HAN SIDO los siguientes aspectos EN RELACIÓN CON LO QUE USTED/SU FAMILIAR ESPERABA?

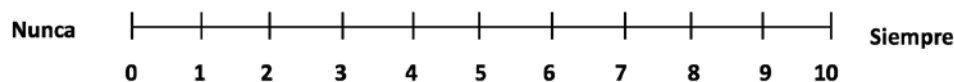
La rapidez con que se consigue lo que se necesita	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesite	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor

VALORE los siguientes aspectos EN RELACIÓN CON LO QUE USTED/SU FAMILIAR ESPERABA?

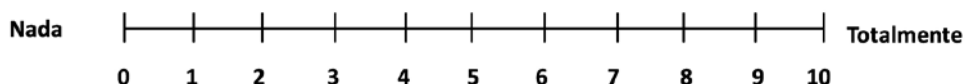
La amabilidad del personal médico	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
La amabilidad del personal de enfermería y auxiliares	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
La calidad de la atención médica domiciliaria	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
La calidad de la atención por enfermería en su domicilio	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
El tiempo requerido para ser atendido si precisa consulta urgente telefónica	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
La información sobre la vigilancia y los tratamientos	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
La facilidad para administrar los tratamientos	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor

Por favor puntúe en una escala de 0 a 10 marcando con un círculo el número que proceda, donde 0 es nunca o nada satisfactorio y 10 es siempre o totalmente satisfecho.

¿Recomendaría usted los Servicios implicados en el tratamiento de su enfermedad?



¿Cuál es su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su atención en Hospitalización Domiciliaria?




Señale si ha tenido ALGÚN PROBLEMA CON: (ESPECIFIQUE CUÁL HA SIDO EL PROBLEMA)

La acogida en el Hospital	
Nombre de sus médicos y enfermeras	
La información sobre su enfermedad	
La atención médica en domicilio	
La atención por enfermería en domicilio	
La realización de pruebas diagnósticas	
El alivio de sus molestias tras el tratamiento	
La gestión del transporte hospital-domicilio y viceversa (en caso de haberlo precisado)	
El trato y la amabilidad del personal sanitario	
Las recomendaciones tras la consulta	
La accesibilidad a la atención 24 horas	

¿QUÉ PODEMOS HACER MEJOR?

Torrelavega: .....de.....de.....



**Tabaco y adolescencia.  
Coordinación hospitalaria-  
primaria y sistema educativo  
¿Qué podemos mejorar?  
*Tobacco and adolescence.  
Hospital-primary care  
coordination and education  
system What can we improve?***

**Autoras:**

**Vanesa Fernández Martínez<sup>(1)</sup>**

**Pedro Rodríguez Domínguez<sup>(1)</sup>**

**Carmen Prieto Serrano<sup>(1)</sup>**

**Noelia García Méndez<sup>(2)</sup>**

**María Iciar Armentia González<sup>(3)</sup>**

**Ana Isabel Gómez García<sup>(2)</sup>**

<sup>(1)</sup> Diplomada/o Universitaria/o en Enfermería. Hospital Comarcal Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria, España.

<sup>(2)</sup> Graduada en Enfermería. Hospital Comarcal Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España.

<sup>(3)</sup> Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro de Salud Zapatón, Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España.

<sup>(2)</sup> Graduada en Enfermería. Hospital Comarcal Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud, Cantabria, España.

Dirección para correspondencia:  
[vanesafernandezmartinez@yahoo.es](mailto:vanesafernandezmartinez@yahoo.es)

Recibido: 24 de septiembre de 2018

Aceptado: 9 de enero de 2019

**RESUMEN**

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Uno de los principales objetivos en salud pública es evitar que los jóvenes se inicien en el hábito de fumar y además protegerles de la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) en el hogar y vehículos en los que viajan.

El objetivo principal del estudio es conocer la situación de los adolescentes respecto del tabaco y del humo ambiental en el momento actual.

Se realizó un estudio descriptivo transversal con las respuestas de unos cuestionarios obtenidos de los alumnos de 1º y 2º de ESO de un instituto en Torrelavega.

Los resultados muestran una baja prevalencia de consumo de tabaco (94,9%) y un elevado hábito deportivo (71,98%). No se asocia consumo de tabaco con el hábito de beber alcohol. La exposición al humo ambiental la sufren en el propio hogar y vehículos en los que viajan, un 62% de los adolescentes que conviven con fumadores.

Se deben intensificar los esfuerzos por parte del sistema sanitario y educativo a través de sesiones informativas-participativas sobre el tabaco y la exposición al humo ambiental que, quizá, no se relaciona con los perjuicios del hábito de fumar.

**Palabras clave:** humo ambiental del tabaco, vehículos, adolescentes, deportes

**ABSTRACT**

Consumption of tobacco is the leading cause of preventable death in the world. One of the main objectives in health is the prevention of young people initiation into smoking and also it is important to protect them from the exposure to tobacco smoke at home and the vehicles in which they travel.

The main target of the study is to know the situation of adolescents regarding tobacco and environmental smoke at the present time.

A cross-sectional descriptive study was carried out with the feedback of a questionnaire of pupils from 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> year of secondary school in Torrelavega.

The results show a low prevalence of tobacco consumption (94.9%) and a high sports habit (71.98%). The consumption of tobacco is not associated with the habit of drinking alcohol. The exposure to environmental smoke at home and travelling in vehicles reaches 62% of those adolescents living with smokers.

Efforts should be intensified by the health and education system through informative-participative sessions on tobacco and exposure to environmental smoke that perhaps, is not related to the harm caused by smoking.

**Keywords:** second-hand smoke, vehicles, adolescents, sport

**INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo. A pesar de que los adolescentes muestran tener mayor conciencia sobre los daños que produce<sup>1</sup>, se ha convertido en la sustancia nociva que más temprano comienza a consumirse, a los 13 años. El hábito se adquiere principalmente durante la adolescencia y no en la edad adulta<sup>2</sup>.

Uno de los objetivos prioritarios en salud pública es ayudar a las personas jóvenes a evitar que se inicien en el hábito de fumar<sup>3</sup>, los estilos de vida se conforman durante la adolescencia y es el momento de promocionar hábitos saludables. Las políticas antitabaco de los últimos años han supuesto un avance en el control del tabaquismo y también su incidencia entre los menores, contribuyendo así al declive de la epidemia<sup>4</sup>.

Por otro lado, exposición crónica al humo ambiental del tabaco (HAT) puede provocar las mismas enfermedades en el fumador pasivo que en el activo, constituyendo la tercera causa de muerte evitable en países desarrollados<sup>5</sup>. La exposición al humo ambiental del tabaco en los menores, incluyendo en este grupo todas las edades hasta la adolescencia, es considerado uno de los principales problemas de salud pública, dada la vulnerabilidad de este grupo de edad a los efectos del mismo<sup>6</sup>.

La legislación antitabaco, parece haber sido muy efectiva reduciendo la exposición al humo ambiental del tabaco en adultos no fumadores<sup>7</sup> sin embargo, no ha ocurrido igualmente

en menores que viven con fumadores y son expuestos al humo ambiental en el hogar, siendo ésta, la principal fuente de exposición<sup>6</sup>.

Diversos estudios a nivel mundial, estiman que la exposición del humo ambiental del tabaco en los coches es muy elevada<sup>8</sup>. Algunos lo consideran el lugar de mayor exposición<sup>5</sup>. Según el Eurobarómetro, España es uno de los países de la Unión Europea donde el conductor (sea fumador o no) consiente fumar en mayor proporción, concretamente un 46%<sup>8</sup>.

En la misma línea que los postulados anteriores, no se debe dejar pasar por alto la influencia que el entorno familiar marca en la potencial conducta tabáquica de los adolescentes<sup>9,2</sup>. El inicio del consumo de tabaco se ve influido por las actitudes familiares, un ambiente sin humo en el hogar es un factor protector<sup>3</sup>. Muchos se inician en el hábito por la conducta repetida del adulto<sup>9</sup>. Además la normalización y visibilidad de la conducta de fumar todavía en espacios cercanos a adolescentes y niños constituyen hoy un problema<sup>7</sup>.

**JUSTIFICACIÓN**

Destacar la necesidad de intensificar las actividades de prevención primaria para el control de la epidemia dado que la información directa e insistente a los adolescentes debe constituir una prioridad.

Alertar y concienciar a la sociedad en su conjunto sobre los riesgos del humo ambiental del tabaco.



Aumentar los mensajes e intervenciones por parte de los servicios sanitarios coordinados, como en este estudio, junto con los centros educativos. Acciones encaminadas tanto a jóvenes adolescentes como a adultos fumadores, especialmente padres y familias que conviven con esos menores que, a su vez, tienen derecho a “espacios libres de humos del tabaco”.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Estudiar la situación actual de los adolescentes de 1º y 2º de ESO en un instituto de enseñanza secundaria de la zona estudiada respecto al tabaco y su exposición al humo ambiental del tabaco.

### Objetivos específicos:

- Indicar el porcentaje de adolescentes fumadores
- Precisar la existencia de humo ambiental del tabaco en el entorno cercano (domicilios y vehículos) del joven, como fumador pasivo.
- Demostrar si existe asociación entre la conducta tabáquica de su entorno cercano y la conducta de fumador joven.
- Determinar la relación existente entre la conducta tabáquica y la actividad física.
- Mostrar la percepción de los adolescentes respecto la asociación consumo de tabaco-consumo de alcohol.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional de corte trasversal, realizado en un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) de una zona de salud semiurbana, en coordinación entre un grupo de profesionales sanitarios integrantes del grupo de Buenas Prácticas “Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica clínica de enfermería” del Hospital Sierrallana de Torrelavega y otro equipo del ámbito de Atención Primaria de Torrelavega Centro. Cantabria. España.

Con ocasión del Día Mundial sin tabaco (28 de mayo de 2018) se realizó una intervención de prevención primaria (informativa y participativa) a alumnos de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) del IES Marqués de Santillana de la misma zona de salud.

Previo contacto de la dirección médica y de enfermería del Hospital con la jefatura de estudios del IES, se concretó la realización de unas charlas informativas con soporte audiovisual además de juegos interactivos en los que los jóvenes podían contestar acerca de sus experiencias con el tabaco. Tras estas charlas, se pasó un cuestionario de elaboración propia “ad hoc” y validado con una pequeña muestra de adolescentes de ese mismo rango de edad, a cada uno de los alumnos.

Los alumnos participantes fueron un total de 157 con edades comprendidas entre 12 y 15 años.

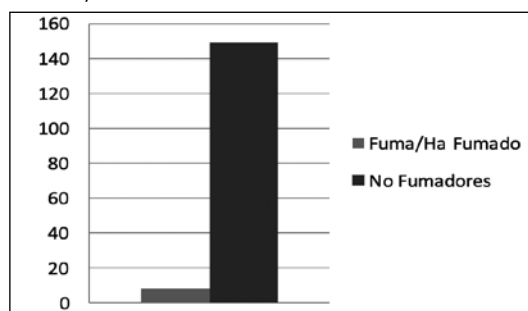
Las variables estudiadas fueron: patrón de consumo de tabaco, definido como fumador, ex-fumador, no fumador; práctica deportiva; percepción de la asociación entre el consumo de alcohol y tabaco, presencia de fumadores en el entorno familiar cercano y exposición al humo ambiental del tabaco en este caso tanto en el hogar como en el vehículo familiar.

El análisis estadístico se ha realizado calculando los porcentajes tras el análisis de las encuestas. La representación se hace a través de gráficos.

El principal sesgo considerado en el trabajo es su escasa muestra, por lo tanto los datos no son extrapolables a otras poblaciones.

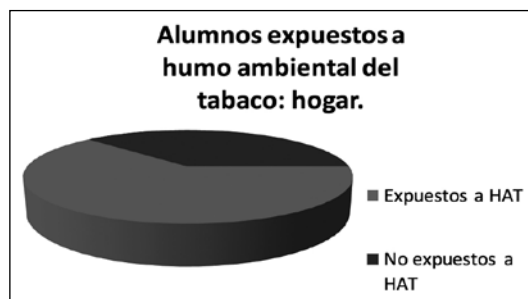
## RESULTADOS

Con respecto al consumo de tabaco, el porcentaje de no fumadores es del 94,9%, respecto de adolescentes que fuman o han fumado un 5,1%. Gráfico 1.



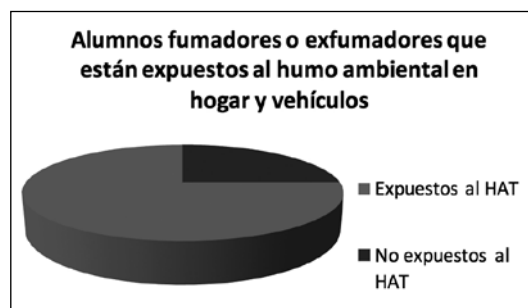
El porcentaje de adolescentes que tienen familiares fumadores en el entorno cercano, un 59,23% responden positivamente frente a un 38,85% que responden negativamente, el 1,92% no contesta.

Del total de adolescentes que conviven con fumadores, el 62,36% afirman estar expuestos al humo ambiental del tabaco en el hogar, frente al 37,64% que no. Gráfico 2.

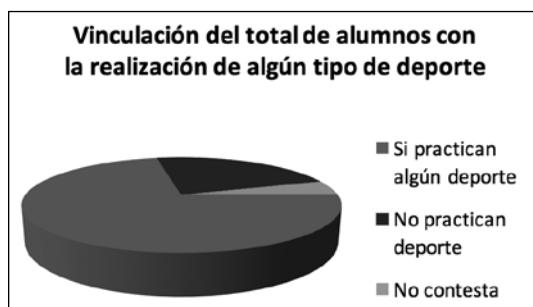


En relación con la exposición del humo ambiental del tabaco en el coche, el 32,26% respondieron que lo inhalaban, frente a los 67,74% no expuestos.

Del total de los fumadores o ex-fumadores, el 75% conviven con familiares que fuman delante de ellos en casa y también en el coche, frente al 25% que no tienen familiares fumadores en su entorno cercano. Gráfico 3.



Los datos relacionados con la práctica deportiva, muestran un 71,98% del total de adolescentes que practican deporte frente a un 22,93% que no lo practican. El 5,09% no contesta. Gráfico 4.



Respecto a la asociación entre el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, un 40,5% de los adolescentes cree que existe relación frente al 51,22% que no percibe relación en el consumo conjunto. El 8,28% no contestó a esta pregunta.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los resultados muestran una baja prevalencia del hábito tabáquico en adolescentes de esta edad, pero llama la atención que los adolescentes que han fumado o fuman en el momento actual tienen familiares que fuman delante de ellos y también en el coche en su presencia. Este dato puede significar que uno de los pilares de la prevención primaria es el entorno familiar y coincide con los publicados por Pérez- Milena A. y Martínez-Frometa ML, de no predicar con el ejemplo, fumando en su presencia, les facilita la iniciación al consumo de tabaco<sup>9,2</sup>.

Con respecto a la práctica deportiva, existe una clara mayoría de adolescentes que la realiza de manera activa. Es algo comprobado la asociación entre una menor prevalencia del consumo de tabaco y la práctica de deporte, ejerciendo un efecto protector y preventivo tal como indican Ruiz-Risueño Abad. J y Ruiz-Juan. F.<sup>2</sup>. Desde el ámbito docente y educativo es de vital importancia encaminar a los adolescentes hacia la práctica de actividad física desde edades tempranas con el fin de adquirir y afianzar hábitos saludables<sup>10</sup>. Las prácticas físico-deportivas deben seguir incluyéndose en los programas de prevención de tabaquismo destinados a adolescentes, dada la clara relación entre práctica habitual deportiva y menor prevalencia del consumo<sup>11</sup>.

Respecto de la opinión que tienen de la asociación consumo de alcohol-consumo de tabaco, no se percibe una clara tendencia. Ciertos estudios tratan de explicar este hecho, porque el tabaco, a diferencia del alcohol, no se relaciona con momentos de ocio nocturno, para fumar no hay un sitio físico ni espacio temporal concreto, como ocurre con el alcohol. Los estudios indican que no existen relaciones significativas en esta etapa de la ESO, pero sí posteriormente. Es un momento crucial y la prevención constituye una prioridad<sup>3</sup>.

Vistos los resultados se puede considerar como fumadores pasivos en el hogar, un porcentaje elevado de adolescentes (un 62,36%). No se ha encontrado literatura que proporcione datos concretos acerca de la exposición del HAT en los hogares españoles pero sí estudios que concluyen que las medidas de la Ley 42/2010 no han beneficiado del mismo modo a población ado-

lescente como a la población adulta en lo que a la exposición del humo ambiental se refiere<sup>6</sup>.

El porcentaje de humo ambiental en los vehículos es menor que el de los hogares, aunque algunos estudios muestran que el humo ambiental en los coches es elevado<sup>5</sup>. En este sentido, campañas como la del Consejo General de Enfermería de "Coche Sin Humo. Protégete" pueden generar conciencias positivas en las familias fumadoras. Tal como se indica en otros estudios<sup>8</sup>, con el que, vistos los datos estamos de acuerdo, parece conveniente que hasta que se intensifique la legislación antitabaco y se prohíba por ley el consumo de tabaco en los vehículos, esas campañas de concienciación deben intensificarse por parte del ámbito sanitario y educativo.

Como una opción técnica posible se muestran las charlas informativas dirigidas conjuntamente a padres y alumnos al objeto de incrementar los conocimientos no solo de los peligros de la conducta tabáquica, sino de los efectos dañinos de la exposición al HAT, aunque quizá sean difíciles de trasladar a la práctica.

Este trabajo muestra como novedad la coordinación de equipos enfermeros del entorno hospitalario con los del ámbito de atención primaria para realizar intervenciones en el ámbito escolar, en este caso.

A pesar de que los resultados no son extrapolables, este trabajo proporciona una idea de la situación de los adolescentes respecto a la exposición del HAT en el medio estudiado.

Para el IES y según su propia percepción transmitida al equipo, supuso una actividad positiva y enriquecedora para los jóvenes que agradó al equipo docente implicado y animó a todos los profesionales a repetir la experiencia en años venideros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De los Reyes Nieto L.R; Moreno Rodríguez V.M; Vázquez Salazar M.G; Vázquez Tre-viño MG.E; Ramírez Hernández S.A; Ramos Luna S.D.J. Comportamiento del adolescente ante el consumo de tabaco. RICS. Julio-Diciembre 2016; 5(10).
2. Ruiz-Risueño Abad. J ;Ruiz-Juan. F. Actividad físico-deportiva y contexto familiar. Variables predictoras de consumo de tabaco entre adolescentes españoles. Revista Iberoamérica de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 2015;10(1):121-131.
3. Pérez-Milena. A; Martínez-Fernández. M.L; Redondo-Olmedilla. M; Alvarez Nieto. C; Jimenez Pulido.; Mesa Gallardo. I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gaceta Sanitaria,2012; 26(1):51-57.
4. Villalbí.J.R; Suelves.J.M; García-Continente.X;Saltó.E; Ariza.C y Cabezas.C. Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. Atención Primaria. 2012;44(1):36-42.
5. Clemente Jimenez.M.L; Bartolomé Moreno. C; Rubio Aranda. E; Martín Cantera. C; Puente. D y Sobradíel Sierra. N. Actitudes de los españoles frente a los espacios libre de humo de tabaco. Atención primaria.2012;44(3):138-144.
5. Fernandez.M.F; Artacho-Cordón.F; Freire.C; Perez-Lobato. R; Calvente.I; Ramos.R; et al. Trends in children's exposure to second-hand smoke in the INMA- Granada cohort: An evaluation of the Spanish anti-smoking law.Environmental Research ;138(2015):461-468.
7. Moncada.A; Schiaffino.A y Basar.E. Entornos escolares sin humo de tabaco: entre la protección y la promoción de la salud. Gaceta Sanitaria. 2011;25(4):339-341.
8. Tolosana.M; Pedrol. M.T; Soler .M.T; Taló.M y Godoy.P. Prevalencia de consumo de tabaco en vehículos privados. Gaceta Sanitaria.

ria,2013;27(1)

9. Martínez Frómeta.M; Toledo Pimentel B.F; Moreira Silveiro.B; González Fernández.I; Torres Toledo D; Hernández Rodríguez. E. Labor extensionista desde la universidad médica para prevenir el tabaquismo en niños y adolescentes. *Edumecentro*. 2016; 8(1):84-95

10. Castro-Sánchez.M; Zurita-Ortega.F; Chacón-Cuberos.R; Martínez-Martínez.A; Espejo-Garcés.T; Alvaro-González. J.I. Sustancias nocivas y clima motivacional en relación a la práctica de actividad física. *Salud y Drogas*. 2015;15(2):115-126.

11. Castro-Sánchez.M; Zurita-Ortega.F; Chacón-Cuberos.R; Espejo-Garcés. T; Martínez-Martínez.A; Pérez-Cortés Antonio José. Sustancias nocivas y actividad física en adolescentes. *Sportis*. 2017;3(2):223-240.

**ANEXO 1**

**CUESTIONARIO TABACO Y ADOLESCENTES**

- Edad..... Sexo:  varón  mujer
- Práctica deportiva:  si  no
- Tu relación con el tabaco.....
  - no fumador
  - fumador
  - ex-fumador
- Si eres fumador..... ¿Cuántos fumas?....
- ¿Asocias el alcohol al hecho de probar el tabaco?
  - si. ¿por qué?
  - no. ¿por qué?
- ¿Fuma alguien de tu entorno familiar cercano (padres, abuelos, hermanos...)?
  - si
  - no
- Si la respuesta es afirmativa.... ¿fuma delante tuyo?
  - si
  - no
- ¿Fuma en el coche cuando hay más gente dentro?
  - si
  - no

GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN



# ATENCIÓN AL COLEGIADO

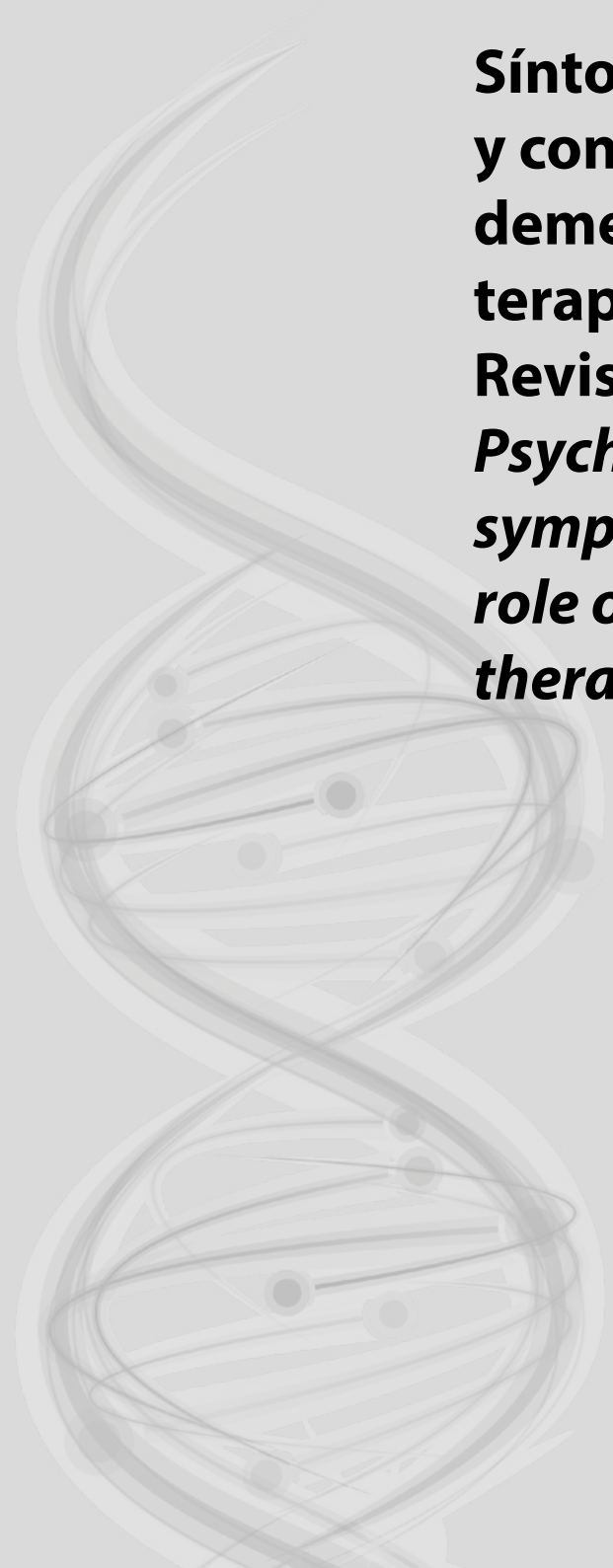
## AULA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

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](mailto:asesoriainvestigacion@enfermeriacantabria.com)



**Síntomas psicológicos  
y conductuales de las  
demencias. El papel de las  
terapias no farmacológicas.  
Revisión bibliográfica.  
*Psychological and behavioral  
symptoms of dementia. The  
role of non-pharmacological  
therapies. Bibliographic review.***

**Autoras:**

**Eva Bustamante Revuelta<sup>(1)</sup>**

**Elena Martínez Rioja<sup>(1)</sup>**

<sup>(1)</sup>Centro de Atención a la Dependencia de Santander. Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS). Santander. España.

*Dirección para correspondencia:*  
[evabustamante\\_94@hotmail.com](mailto:evabustamante_94@hotmail.com)

Recibido: 23 de marzo de 2018  
Aceptado: 29 de enero de 2019

Esta revisión bibliográfica es el resultado del trabajo de fin de grado tutorizado por la profesora asociada Josefina González Expósito, actualizado y adaptado por las autoras a las normas de publicación de la revista Nuberos Científica. El texto original se encuentra en el repositorio UCrea.

**RESUMEN**

En las últimas décadas, se asiste a un aumento de los casos de demencia caracterizada por déficits a nivel cognitivo y funcional y pueden aparecer otros síntomas denominados psicológicos y conductuales. Todo, ocasiona una disminución importante de la calidad de vida del paciente y sus familiares y pueden precipitar la institucionalización. Entre las opciones terapéuticas, las terapias no farmacológicas están cobrando un protagonismo creciente.

El objetivo es, a través de una revisión de la literatura publicada, ampliar conocimientos sobre esos síntomas, sobre las terapias mencionadas y su utilidad e identificar las intervenciones de enfermería.

Además de las alteraciones cognitivas, pueden irrumpir en cualquier fase de la enfermedad, otro tipo de síntomas tales como apatía, depresión, agitación/agresividad y la ansiedad, cuya frecuencia e intensidad tiende a incrementarse según avanza el deterioro mencionado. Los efectos indeseados graves de algunos fármacos, ha originado que en los últimos años se hayan desarrollado las terapias no farmacológicas, que aportan unas características de indudable interés, carecen de efectos adversos y permiten la individualización del tratamiento. La taxonomía enfermera NIC contiene intervenciones que están en consonancia con las terapias mencionadas en el contexto del equipo multidisciplinar dirigidas al propio paciente y también a familiares y cuidadores.

**Palabras clave:** demencia, síntomas psicológicos y conductuales, atención de enfermería, terapia farmacológica, tratamiento no farmacológico

**ABSTRACT**

Recent decades have seen an increasing number of people with dementia in general population which is characterized by a decline in levels of cognition and functional impairment, moreover, other symptoms may appear as so-called psychological and behavioural symptoms. This leads to a serious decrease in quality of life in patient and their caregivers and it can precipitate the institutionalization. Non-pharmacological therapies are of increasing importance, particularly in therapeutic options.

The aim is to gain knowledge about these symptoms, the therapies mentioned above, their utility as well as to identify nursing interventions, through published literature review.

In addition to cognitive deterioration other type of symptoms such as apathy, depression, agitation, aggressiveness and anxiety can appear in any stage of illness. Their frequency and intensity tend to increase as the disease progresses.

Severe adverse effects associated with some medicines have given rise to non-pharmacological therapies which have been developed in recent years. Moreover, they contribute to some characteristics which are of undoubted interest to, such as no side effects. In addition to this they allow to give individualized treatment.

The Nursing Interventions Classification (NIC) includes interventions that are in accordance with the therapies mentioned within the context of multidisciplinary team working. They are targeted at patient, as well as family members and caregivers.

**Keywords:** dementia, behavioral and psychological symptoms, nursing care, drug therapy, non pharmacological treatment

**INTRODUCCIÓN - ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

Las últimas décadas de la historia están marcadas por un envejecimiento progresivo e imparable de la población que lleva asociado un aumento de las situaciones de dependencia.

Entre las principales enfermedades responsables de este hecho se encuentran las demencias y especialmente, la enfermedad de Alzheimer (EA), cuya prevalencia a nivel mundial es de un 70%, seguida de la demencia vascular que representa del 12,5 al 27% de la población total. La prevalencia de la demencia frontotemporal o la demencia por cuerpos de Lewy está por debajo del 10%<sup>1</sup>. Los síntomas de esta patología se relacionan con pérdidas a nivel funcional, apareciendo dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), y disminución de la capacidad intelectual en relación con el deterioro de las funciones cognitivas superiores. Además de esta sintomatología, las personas sufren cambios en su comportamiento y en su personalidad, con la aparición de unos síntomas neuropsiquiátricos conocidos como síntomas psicológicos y conduc-

tuales de la demencia (SPCD) (Tablas 1 y 2). Se caracterizan por alteraciones en el contenido del pensamiento (interpretaciones falsas, fabulaciones, trastornos de identificación), la percepción (alucinaciones, ilusiones), el estado de ánimo (apatía, euforia) y la conducta (desinhibición, agresividad, trastornos del apetito).<sup>2,3</sup>

En general, en la enfermedad de Alzheimer, la apatía, la ansiedad y la depresión son los síntomas más precoces. En estadios más avanzados es más frecuente que aparezcan alucinaciones, delirios y agitación. Cuando existe una etiología vascular, la depresión, la apatía y la labilidad emocional son los síntomas más característicos. En las demencias por cuerpos de Lewy son frecuentes las alucinaciones visuales y en la demencia frontotemporal la desinhibición.<sup>4</sup>

Estos síntomas pueden estar presentes en algún momento de la evolución de la enfermedad hasta en un 68-90% de las personas diagnosticadas de demencia<sup>6</sup>. La irrupción de esta sintomatología produce sufrimiento en el paciente y en la familia, una sobrecarga en el entorno del paciente y son motivo frecuente de claudicación familiar e institucionalización.<sup>2</sup>

Se sabe que el paciente diagnosticado de demencia discu-



re por una serie de etapas con unas características concretas y predecibles. Reisberg et al. describieron cómo las personas afectadas por la EA sufrían un patrón de deterioro cognitivo totalmente previsible y progresivo conocido como retrogénesis, es decir, un trayecto inverso hacia el nacimiento<sup>7</sup>. Este deterioro sigue un curso contemplado en la escala GDS<sup>8</sup> (*Global Deterioration Scale*) descrita por este autor (Anexo 1). El conocimiento de los estadios por los que pasa la enfermedad es relevante desde la vertiente asistencial y de cuidados, pues ayuda a planificar las mejores estrategias y seleccionar los recursos disponibles, dirigiendo tanto al enfermo como a los cuidadores y familiares.

Por otro lado, en el abordaje de las demencias está cobrando un protagonismo creciente el uso de las terapias no farmacológicas (TNF). Se trata de intervenciones psicosociales que intentan conocer las razones ambientales o personales que ocasionan las alteraciones del comportamiento y de la personalidad que caracterizan las demencias. Están exentas de los efectos secundarios de los fármacos y tienen el valor añadido de la individualización, la ventaja de que mantiene el contacto social y además contribuyen a preservar la dignidad, la autonomía y el bienestar de la persona que padece esa demencia.<sup>2</sup>

Cabe señalar que los profesionales de enfermería están en una situación idónea para monitorizar y detectar precozmente las complicaciones y los problemas de salud de los pacientes y sus cuidadores, y poner en marcha las acciones terapéuticas y educativas oportunas en cada etapa de la demencia.

**Tabla 1. Síntomas psicológicos de la demencia**

#### ALTERACIONES AFECTIVAS:

**Ansiedad:** temor o sentimiento de pérdida de control).

**Irritabilidad:** impaciencia, intolerancia, cambios de humor, etc.

**Síntomas depresivos:** tristeza, anhedonia, falta de esperanza, sentimiento de ser una carga, etc.

#### Labilidad emocional.

**Hipertimia:** afectividad excesiva, verborrea, desproporción entre los sentimientos de alegría y el entorno o situación.

**Euforia:** humor anormalmente elevado o inapropiado.

#### ALTERACIÓN DEL PENSAMIENTO, DELIRIOS Y TRASTORNOS DE IDENTIFICACIÓN

**Creencias erróneas** o falsas interpretaciones (le roban lo que no encuentra) o identificaciones (el cuidador es un extraño, las personas de la televisión están en la casa, no reconoce la vivienda).

**Delirios** de robo, de abandono o perjuicio, delirios paranoides, desconfianza, la pareja es infiel.

**Fabulaciones falsas** de su pasado.

#### ILUSIONES Y ALUCINACIONES

Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones) de tipo visual, auditivo, olfatorias, táctiles, etc.

#### APATÍA

Falta de interés, motivación, emoción o preocupación.

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia nº 5.

**Tabla 2. Síntomas conductuales de la demencia**

#### Alteraciones de la actividad

Hiperactividad motora: deambulación errática y/o otra actividad motora no explicada por necesidades básicas y/u otro SPCD.

Agitación, inquietud.

Vocalizaciones repetidas: sonido o expresión vocal, molesto, repetitivo, no relacionado con cambios en el paciente o entorno.

Abulia cognitiva: reducción del contenido del pensamiento y la iniciativa espontánea.

Negación al baño, vestido, etc.

#### Agresividad

Conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; resistencia a la ayuda necesaria.

#### Trastornos del apetito

Negación a comer, apetito elevado, comidas "raras", hiperoralidad.

#### Trastornos del sueño/vigilia

Alteración del ciclo fisiológico de sueño/vigilia, insomnio, sueño fragmentado.

#### Conducta social inapropiada/desinhibición

Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas, alteración del comportamiento sexual.

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia nº 5.

## JUSTIFICACIÓN

Dada la alta prevalencia de las demencias y el impacto que su sintomatología de carácter psicológico y conductual ocasiona en las personas y sus cuidadores y/o familiares, resulta de gran interés actualizar los conocimientos relacionados con la misma. En el desarrollo de este trabajo se ha considerado, asimismo, el protagonismo que están adquiriendo las terapias no farmacológicas en el abordaje de las demencias. Los profesionales de enfermería, por su capacitación y cercanía al enfermo y su entorno, están en una situación idónea para desarrollar las intervenciones oportunas basadas en la taxonomía NIC.

A la luz de estas consideraciones, se considera adecuado hacer una revisión de la documentación publicada al respecto.

## OBJETIVOS

- Ampliar conocimientos sobre los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.
- Describir las TNF utilizadas en el abordaje de las demencias.
- Identificar algunas intervenciones recogidas en la taxonomía NIC relacionadas con el uso de las TNF.

## METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una revisión de la literatura científica desde octubre de 2016 a mayo de 2017 en las bases de datos PubMed, Cochrane Library Plus y PsychInfo.

Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias. El papel de las terapias no farmacológicas. Revisión bibliográfica. *Psychological and behavioral symptoms of dementia. The role of non-pharmacological therapies. Bibliographic review*

Se han consultado, además, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y las páginas oficiales de diferentes organismos como el Instituto Nacional de Estadística, la Organización Mundial de la Salud, la Confederación Española de Alzheimer y la Alzheimer's Association.

Por otro lado, fue efectiva la realización del curso titulado "El abordaje multidisciplinar de las demencias" impartido por la Unidad de Deterioro Cognitivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en colaboración con la Universidad de Cantabria, para un mayor conocimiento y puesta al día sobre el tema.

La mayoría de los artículos están datados a partir del año 2010. Sin embargo, algunos de ellos, elaborados en una fecha anterior, han sido asimismo consultados porque su información está actualizada y, en nuestra opinión, resultaba de interés para la elaboración del trabajo.

La búsqueda fue realizada con descriptores del tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Entre ellos se combinaron con la utilización de los operadores booleanos "AND" y "OR". Los términos utilizados fueron:

- DeCS: demencia, síntomas psicológicos y conductuales, atención de enfermería, terapia farmacológica, tratamiento no farmacológico.
- MeSH: dementia, behavioral and psychological symptoms, nursing care, drug therapy, non-pharmacological treatment.

## RESULTADOS

Además de las alteraciones cognitivas, en las demencias aparecen también otro tipo de síntomas de carácter psicológico y conductual, cuya presencia es determinante para el paciente y su entorno psicosocial. Para identificarlos es necesario utilizar la entrevista a familiares y/o cuidadores cuando se trata de identificar los síntomas psicológicos y observar al paciente en el caso de los síntomas conductuales.

Aunque pueden irrumpir en cualquier fase de la enfermedad, su frecuencia e intensidad tiende a incrementarse según avanza el deterioro cognitivo y funcional<sup>6</sup>.

De los síntomas recogidos en las tablas 1 y 2, los más prevalentes son la apatía (con una prevalencia de más del 50%), la depresión, la agitación/agresividad y la ansiedad<sup>3,5</sup>. Otros síntomas de carácter conductual y muy disruptivos para las familias y los cuidadores son el vagabundeo, la resistencia a los cuidados, las conductas sexuales inapropiadas y la agresividad verbal o física. Cuando esta sintomatología está presente, se produce un menoscabo importante en la calidad de vida del paciente, familiares y cuidadores, se asocian a un peor pronóstico, a un incremento en la mortalidad, y a un aumento del consumo de recursos<sup>3</sup> ya que en muchas ocasiones se produce la institucionalización del paciente al dificultarse la prestación de cuidados y generar estrés en el cuidador<sup>9</sup>.

Cuando el paciente está institucionalizado la presencia de los síntomas antes descritos hace más difícil la atención, puesto que se alteran los ritmos habituales de trabajo y generan estrés en el personal sanitario<sup>10</sup>. En estos casos, es frecuente el aumen-

to del uso de psicofármacos y de contenciones físicas<sup>11,12</sup> que ocasionan, a su vez en el paciente, agitación y ansiedad.

Es sabido que en la génesis de estos síntomas hay implicados múltiples factores y así, han sido relacionados con el estadio en el que se encuentra la enfermedad<sup>6,3</sup>, la medicación psicoactiva prescrita<sup>6</sup>, las restricciones físicas utilizadas<sup>13</sup> y otros factores de tipo biológico, psicológico y socioambiental<sup>2</sup>. En este sentido, se sabe que los entornos que generan estrés ambiental pueden ocasionar frustración e inseguridad en pacientes con niveles crecientes de deterioro cognitivo. En pacientes institucionalizados, se ha observado que la utilización de la luz por encima de los niveles considerados normales y la reducción del ruido mejoran el sueño y reducen los SPCD<sup>2</sup>.

Otros factores a tener en cuenta son los relacionados con la personalidad previa del paciente, la existencia de síntomas asociados a patologías concomitantes (dolor, fiebre, etc.), la iatrogenia y la idiosincrasia del propio cuidador<sup>2</sup>. Kitwood destacó la importancia de quienes cuidan a las personas con demencia, indicando que una falta de comprensión y conocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas desencadena en muchas ocasiones alteraciones de conducta en los pacientes como respuesta al malestar que sienten por la falta de comprensión y atención de sus necesidades<sup>14</sup>. El mismo autor señalaba que en las demencias, además del daño neurológico, había otras variables (biografía, personalidad, salud) que explicaban la conducta y el bienestar de las personas con deterioro cognitivo. Acuñó el término de "patología social maligna" para referirse a la falta de comprensión y manejo ambiental inadecuado por parte de los profesionales de la salud, que desencadenan en muchos casos los SPCD<sup>15</sup>.

Tradicionalmente, el tratamiento de las demencias y de los trastornos conductuales asociados a las mismas, ha sido de tipo farmacológico y restrictivo. Sin embargo, no existen fármacos que curen o modifiquen el curso de la enfermedad, y algunos de los utilizados dan lugar a la aparición de efectos indeseados graves, como el aumento de la mortalidad con el uso de antipsicóticos atípicos<sup>16</sup>. En este contexto, en las últimas décadas se han desarrollado las TNF que apoyan de forma complementaria a los fármacos puesto que aportan unas características de indudable interés, como que carecen de efectos adversos y permiten la individualización del tratamiento<sup>2</sup>.

Las TNF se encuadran dentro del modelo biopsicosocial de los cuidados, y son terapias dirigidas hacia los factores psicosociales o ambientales que ocasionan las alteraciones del comportamiento y del estado emocional del paciente.

Un aspecto importante que ha contribuido al desarrollo de estas terapias es la plasticidad del cerebro, que es susceptible de modificar su estructura y funcionamiento en compensación a los cambios ambientales o lesiones que sufre. Cuando se dan las condiciones adecuadas, se produce un aumento de conexiones entre las neuronas y eso se traduce en una mejor adaptación del individuo al medio. Es lo que se conoce como neuroplasticidad<sup>17</sup>.

En la actualidad se considera que las terapias farmacológicas y las TNF son enfoques complementarios y que debe existir una relación dinámica entre ellas para conseguir como objetivo principal aumentar la calidad de vida del paciente y de su entorno sociofamiliar<sup>18</sup>. Se ha sugerido incluso que dado que carecen de efectos adversos, las TNF deberían ser consideradas como la primera opción de tratamiento. De hecho, existe una evidencia

creciente del beneficio que las TNF tienen en la reducción de ciertos SPCD, como la ansiedad y la agitación<sup>19,20</sup>.

En 1997, la *American Psychiatry Association* (APA) clasificó en cinco grupos las distintas TNF destinadas al tratamiento de las demencias<sup>18</sup>. Dicha clasificación distingue terapias de enfoque emocional, terapias de aproximación conductual, terapias de enfoque cognitivo, terapias de estimulación y, finalmente, terapias dirigidas a los cuidadores (Tabla 3).

**Tabla 3: Clasificación de las Terapias no farmacológicas según la APA**

<b>A- TERAPIAS DE ENFOQUE EMOCIONAL:</b> Destinadas a estimular la memoria y el estado de ánimo del paciente teniendo en cuenta su historia personal	
- Reminiscencia - Psicoterapia de soporte - Terapia de validación	- Análisis de las rupturas conversacionales - Integración sensorial - Terapia de presencia estimulada
<b>B- TERAPIAS DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL:</b> Se centran en minimizar las alteraciones de la conducta como en fomentar la independencia	
- Intervenciones sobre el entorno - Intervenciones para fomentar la independencia - Psicomotricidad - Estimulación física	- Modificación de conducta - Resocialización - Remotivación
<b>C- TERAPIAS DE ENFOQUE COGNITIVO:</b> Empleada para mejorar el rendimiento cognitivo	
- Estimulación cognitiva - Entrenamiento cognitivo - Orientación a la realidad - Psicoestimulación cognitiva - Taller de memoria	- Rehabilitación cognitiva - Logopedia - Programas de estimulación cognitiva - Programas por ordenador
<b>D- TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN:</b> Incluyen terapias recreativas y artísticas	
- Musicoterapia - Estimulación eléctrica transcutánea - Aromaterapia - Arteterapia - Estimulación multisensorial (Snoezelen) - Toques o masajes terapéuticos - Taller de relajación	- Terapia de la luz - Acupuntura - Terapia con animales - Jardineroterapia - Actividades ocupacionales - Programas intergeneracionales
<b>E- TERAPIAS DIRIGIDAS A LOS CUIDADORES:</b> Destinadas a dar apoyo y cobertura a los familiares para disminuir la sobrecarga del cuidador y saber cómo actuar ante ciertas circunstancias	
- Psicoterapia de apoyo al cuidador - Grupos de soporte - Asesoramiento y gestión de casos - Programas de respiro - Programas psicoeducativos - Grupos de ayuda mutua (GAM) - Grupos de ayuda terapéutica (GAT) - Asociación para familiares - Programas multimodales	<b>Terapias orientadas al cuidador profesional:</b> - <b>Entrenamiento en los cuidados generales</b> (se educa al personal de atención directa sobre demencias, sus causas y su tratamiento desde una perspectiva no farmacológica). - <b>Prevención de sujeciones físicas o químicas:</b> intervenciones dirigidas a la búsqueda de alternativas dignas y seguras que permitan reducir el uso de neurolépticos o sujeciones físicas

Fuente: Elaboración propia a partir de referencia nº 18

Estas terapias tienen como objetivos terapéuticos los siguientes: a) estimulación y mantenimiento de las capacidades mentales, b) evitar la desconexión del medio y favorecer la resocialización, c) ofrecer seguridad y fomentar la autonomía, independencia y autoestima del paciente, d) minimizar el estrés y prevenir las reacciones psicológicas anormales, e) mejorar o mantener el estado cognitivo. En definitiva, mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y/o sus cuidadores<sup>21</sup>.

Dentro del primer grupo, el enfoque emocional, se incluyen la terapia de reminiscencia (recuerdos del pasado) o la terapia de validación, descrita por Feil, en la que se combinan distintas técnicas con el fin de conseguir empatizar afectivamente con el enfermo<sup>22</sup>. La aproximación conductual se dirige a identificar las causas y consecuencias de las alteraciones conductuales con el fin de planificar modificaciones en el entorno que las minimicen. Otro de los objetivos de este grupo es intervenir en el desempeño funcional de la persona, para intentar mantener el máximo grado de autonomía e independencia posible, mediante la estimulación física y abordaje de la psicomotricidad y la resocialización. En las terapias de enfoque cognitivo, el objetivo es mejorar o mantener el funcionamiento de las funciones cognitivas afectadas (memoria, atención, lenguaje) y enlentecer el deterioro cognitivo<sup>21</sup>. A este grupo pertenecen terapias específicas como el entrenamiento cognitivo o la orientación a la realidad.

Cabe destacar el empleo de las nuevas tecnologías como instrumento para el entrenamiento cognitivo. Los avances conseguidos en este campo han dado lugar al desarrollo de programas dirigidos a la rehabilitación cognitiva de personas con demencia utilizando el ordenador<sup>23</sup>. A pesar de las ventajas que tiene el uso de programas informáticos de estimulación cognitiva (flexibilidad, dinamismo, registro de puntuaciones), también existen limitaciones, como la falta de familiaridad de este grupo generacional con el uso del ordenador, las dificultades de aprendizaje de su manejo, la ausencia de contacto humano y la no consideración de los factores de tipo emocional<sup>23</sup>.

Por otro lado, las terapias de estimulación tienen como objetivo estimular los receptores sensoriales con el fin de conseguir una mayor respuesta del sujeto ante los estímulos y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo. En este grupo se incluyen la musicoterapia, la terapia de estimulación multisensorial o la terapia asistida con animales. De todas ellas, la musicoterapia es la que presenta una mayor evidencia en el manejo de los SPCD y los déficits cognitivos<sup>20</sup>, y puede ser usada en todas las fases de la demencia<sup>24</sup>.

La elección de un tipo u otro de TNF debe ir precedida de una valoración cuidadosa del paciente y su entorno, de esta forma podremos escoger las más apropiadas para llevar a cabo el plan terapéutico y de cuidados diseñado para cada paciente y su familiar o cuidador principal<sup>18</sup>.

Finalmente, las intervenciones dirigidas a los cuidadores y familiares tienen como objetivo adicional disminuir la propia sobrecarga. En este caso, las intervenciones son actividades de asesoramiento, educación y entrenamiento, así como actividades multicomponente para el paciente y el cuidador en el domicilio de paciente. De esta forma, se pretende mejorar la calidad de vida de ambos y evitar o retrasar la institucionalización de la persona con demencia<sup>18</sup>.

Dada la etiología multifactorial de la demencia, el plan general de tratamiento debe diseñarse desde una perspectiva global

y multidisciplinaria, que contemple las características del paciente, la familia y los entornos social e institucional.

En el ámbito de la enfermería y dentro de la taxonomía enfermera NIC25 aparecen recogidas intervenciones que están en consonancia con las TNF. Las NIC definen las actuaciones enfermeras dirigidas a obtener los resultados esperados en el paciente y establecidos tras la valoración del mismo. En la tabla 4, se recogen algunas de las principales NIC relacionadas con los cinco grupos establecidos por la APA para clasificar las TNF.

Dentro del grupo de las terapias de enfoque emocional se encuentran la "Terapia de Reminiscencia" en la que se rememoran experiencias pasadas y situaciones sin resolver<sup>26</sup>, o la "Terapia de Validación" descrita por Naomi Feil. En las terapias de aproximación conductual los objetivos son manipular el entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, fomentar su seguridad y mantener su independencia y autonomía el mayor tiempo posible. Las actividades dirigidas a lograr estos objetivos aparecen detalladas en las NIC "Manejo ambiental", "La terapia con el entorno", "Terapia de Actividad" o "Ayuda con el autocuidado" entre otras. Incluidas en el grupo de las terapias de enfoque cognitivo se encuentra la NIC "Orientación a la realidad" o la de "Estimulación cognitiva. La "Musicoterapia", la "Aromaterapia", la "Terapia de relajación", o la "Terapia asistida con animales" también se recogen en esta taxonomía y estarían incluidas dentro del grupo de las terapias de estimulación.

Finalmente, asociados a los diagnósticos de enfermería NANDA "Cansancio del rol del cuidador" (00061) o "Riesgo de cansancio del rol de cuidador" (00062), encontramos las NIC "Apoyo al cuidador principal", "Apoyo a la familia", "Actividades de Asesoramiento", o "Grupos de apoyo" que pertenecerían al grupo de las terapias dirigidas a los cuidadores.

**Tabla 4: Intervenciones NIC relacionadas con la clasificación de la APA de las TNF**

1-TERAPIAS DE ENFOQUE EMOCIONAL		
NIC	CÓDIGO	DEFINICIÓN
Terapia de Validación	6670	Actividades destinadas a establecer una comunicación terapéutica con ancianos con demencia que se centre en el contenido emocional más que en el contenido concreto
Terapia de Reminiscencia	4390	Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales
2-TERAPIAS DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL		
Terapia de actividad	4310	Actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicos para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas
Manejo ambiental	6480	Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico
Terapia con el entorno	4390	Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediato del paciente para fomentar un funcionamiento psicossocial óptimo

NIC	CÓDIGO	DEFINICIÓN
Terapia de entrenamiento	5360	Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las habilidades sociales.
Ayuda con el autocuidado	1800	Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria
3- TERAPIAS DE ENFOQUE COGNITIVO		
Estimulación cognitiva	4720	Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.
Entrenamiento de la memoria	4760	Mejorar la memoria
Orientación a la realidad	4820	Fomentar la conciencia del paciente en tiempo, persona y entorno
4- TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN		
Musicoterapia	4400	Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.
Aromaterapia	1330	Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y la comodidad
Arteterapia	4330	Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.
Terapia asistida con animales	4320	Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación
Terapia de relajación	6040	Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como el dolor, la tensión muscular o la ansiedad.
5-TERAPIAS DIRIGIDAS A CUIDADORES		
Apoyo a la familia	7140	Fomento de los valores intereses y objetivos familiares
Apoyo al cuidador principal	7040	Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario
Fomentar la implicación familiar	7110	Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
Grupo de apoyo	5430	Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros
Asesoramiento	5240	Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia nº25.



## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los síntomas de carácter psicológico y conductual generan sobrecarga en los cuidadores y sus familiares y determinan una disminución importante en la calidad de vida de las personas diagnosticadas de demencia y de su entorno social y familiar. En muchas ocasiones, la desviación conductual no se debe a la enfermedad, sino a un mal control de la situación. El conocimiento de los factores desencadenantes, como el manejo de los procesos médicos intercurrentes, el control del entorno, la formación y asesoramiento de los cuidadores, la satisfacción de las necesidades básicas, y el empleo de fármacos específicos, ayudará a prevenirlos y a realizar un abordaje más individualizado.

Las terapias no farmacológicas están cobrando un protagonismo creciente y prometedor en el tratamiento de los síntomas asociados a las demencias. Se caracterizan por abordar la enfermedad desde una perspectiva psicosocial, teniendo en cuenta al paciente y a sus familiares. Los cuidadores ya sean familiares o no, desempeñan un papel muy importante en la prevención y en la génesis de estos síntomas. Constantemente se descubren evidencias de los beneficios que aportan estas intervenciones psicosociales, pero es necesario seguir investigando para avanzar en su conocimiento.

Los profesionales de enfermería como pilar básico en el equipo de cuidados, tienen a su disposición la taxonomía NIC en la que aparecen recogidas varias intervenciones que están en consonancia con estas estrategias terapéuticas no farmacológicas. La utilización del lenguaje estandarizado facilitará la comunicación entre los profesionales, disminuirá la variabilidad asistencial y ayudará a la enfermería a cuantificar y visibilizar su trabajo. Todo ello se traducirá en unos cuidados de calidad basados en la evidencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2016. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado00/autoria.html>
- Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñoz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2012;55:598-608. Disponible en: [http://www.mariawolff.org/\\_pdf/olazaran.pdf](http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf)
- Pérez-Romero A, González-Garrido S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología [Internet]*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>.
- Delgado C, Salinas P. Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Rev Hosp Clin Chile*. 2009;20:244-51
- De Hoyos Alonso M<sup>a</sup> C, Garrido Barral A, Olazarán Rodríguez J. Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sintomas-psicologicos-conductuales-paciente-con-demencia-intervenciones-no-farmacologicas/>
- Robles A, Díaz G, Reinoso S, López A, Vázquez C, García A. Prevalencia de los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:96-101
- Reisberg B, Franssen, E.H, Hasan SM, Monteiro I, Boksay I, Souren LEM et al. Retrogenesis: clinical psychologic and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999; 249(Suppl 3):28-36
- Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *AM J Psychiatry*. 1982;139:1136-9
- Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens MH, Suhonen R, Sutcliffe C et al. Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15:108-16)
- Zuidema SU. Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia. *Radboud Universiteit Nijmegen*; 2008. Disponible en <http://hdl.handle.net/2066/71111>
- Zudeima S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patient. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2007;20:41-9
- Burgueño A. Prevención cuaternaria en demencias. Excesos asistenciales en personas con demencia. *Neurama*. 2015;2:46-64.
- Cohen-Mansfield J, Werner P. Environmental influences on agitation: an integrative summary of an observational study. *Am J Alzheimer's Care Relat Disord Res*. 1995;10:32-9.
- Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham (UK): Open University Press; 1997
- Gary M, Agnelli J. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nurs Stand*. 2015;30:46-50
- Martínez-Martínez L, Olivera-Fernández MR, Piñero-Corrales G. Mortalidad en pacientes con demencia tratados con antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina y ziprasidona). *Farm Hosp*. 2009;33:224-8
- López Roa LM. Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Rev Univ. Salud [online]*. 2012;14:197-204
- Hernández-Ferrándiz M. Estrategias no farmacológicas en la demencia. *Informaciones Psiquiátricas [internet]*. 2013;212:137-151
- Sung HC, Chang AM, Lee WL. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2010;19:1056-64
- Gómez-Gallego M, Gómez-García J. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*. 2017;32:300-8
- Carballo-García V, et al. Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*. 2012, doi:10.1016/j.nrl.2012.06.010
- Feil N. Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas. Barcelona: Editorial Heerder;2002
- González-Rodríguez B, Muñoz-Marrón E. Estimulación cognitiva por ordenador [monografía en internet. Barcelona: Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya; 2009. Disponible en [http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/253/11/Estimulaci%C3%B3n%20cognitiva\\_M%C3%B3dulo7\\_Estimulaci%C3%B3n%20cognitiva%20por%20ordenador.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/253/11/Estimulaci%C3%B3n%20cognitiva_M%C3%B3dulo7_Estimulaci%C3%B3n%20cognitiva%20por%20ordenador.pdf)
- Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardilla EM, González-López MV. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones de la demencia. *Revisión sistemática. Neurología*. 2017;32:253-263
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Warner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición*. Elsevier España S.A. 2013.
- González-Arévalo KA. Terapia de reminiscencia y efectos en los pacientes mayores con demencia. *Psicogeriatría*. 2015;5:101-111.



## ANEXO 1

## Escala Global Deterioration Scale (GDS)

**GDS 1 (Ausencia de alteración cognitiva)**

Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica.

**GDS 2 (Disminución cognitiva muy leve)**

Quejas subjetivas de defectos de déficit de memoria, sobre todo en las áreas siguientes:

- a) Olvido de dónde ha dejado objetos familiares.
  - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica.  
No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.  
Preocupación apropiada respecto a la sintomatología.

**GDS 3 (Defecto cognitivo leve). Primeros defectos claros**

Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:

- a) El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar.
- b) Los compañeros de trabajo son conscientes de su poco rendimiento laboral.
- c) El defecto para evocar palabras y nombres se hace evidente a las personas íntimas.
- d) El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material.
- e) El paciente puede mostrar una capacidad disminuida en el recuerdo del nombre de personas nuevas conocidas recientemente.
- f) El paciente puede haber perdido o colocado un objeto de valor en un lugar equivocado.
- g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.

Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva.

Rendimientos disminuidos en actividades laborales y sociales exigentes. La negación o el desconocimiento de los defectos pasan a ser manifestados por el paciente. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta a moderada.

**GDS 4 (Defecto cognitivo moderado). Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa**

Déficits manifiestos en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
  - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.
  - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada.
  - d) Capacidad disminuida para viajar, control de su economía, etc.
- Frecuentemente no hay defecto en las siguientes áreas:
- a) Orientación en tiempo y persona.
  - b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
  - c) Capacidad para viajar a lugares familiares.

Incapacidad para realizar tareas complejas.  
La negación es el mecanismo de defensa dominante. Se observa disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

**GDS 5 (Defecto cognitivo moderado-grave). El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia**

Durante la entrevista es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual: Dirección o número de teléfono de muchos años. Nombres de familiares próximos (como los nietos). El nombre de la escuela o instituto en el que estudió.

A menudo presenta cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación del año, etc.) o en lugar.

Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.

Las personas en este estadio mantienen el conocimiento de muchos de los hechos de más interés que les afectan a ellos mismos y a otros. Invariablemente conocen su nombre y, en general, saben el nombre de su cónyuge e hijos.

No requieren asistencia ni en el aseo ni al comer, pero pueden tener alguna dificultad en la elección del vestido adecuado.

**GDS 6 (Defecto cognitivo grave)**

Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce, en gran parte, los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentariamente.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.

Puede presentar incontinencia.

Puede requerir asistencia para viajar, pero, ocasionalmente, será capaz de viajar a lugares familiares.

El ritmo diurno está frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Con frecuencia sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Acontecen cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables e incluyen:

- a) Conducta delirante, p. ej. acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo.
- b) Síntomas obsesivos, p. ej. puede repetir continuamente actividades de limpieza.
- c) Síntomas de ansiedad, agitación e, incluso, puede aparecer una conducta violenta previamente inexistente.
- d) Abulia cognitiva, p. ej. pérdida de deseos por falta del desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva.

**GDS 7 (Defecto cognitivo muy grave)**

Se pierden todas las capacidades verbales a lo largo de esta fase.


En las fases tempranas de este estadio se pueden producir palabras y frases, pero el lenguaje es muy circunscrito.

En las últimas fases de este período no hay lenguaje, sólo gruñidos. Incontinencia urinaria. Requiere asistencia en el aseo y la alimentación.

Las habilidades psicomotoras básicas (por ejemplo, andar) se pierden a medida que avanza esta fase.

El cerebro parece incapaz de decir al cuerpo lo que tiene que hacer. A menudo, hay signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Fuente: Modificado a partir de referencia nº 8



**Fractura de cadera.  
Rehabilitación y  
complicaciones en personas  
mayores de 65 años. Revisión  
bibliográfica.  
*Hip fracture. Rehabilitation  
and complications in people  
over 65 years. Bibliographic  
review.***

**Autoras:**

**Lorena Fortuño Morante<sup>(1)</sup>**

**Vanesa Barba Latas<sup>(1)</sup>**

**María Loraque Alonso<sup>(2)</sup>**

<sup>(1)</sup> Diplomada en Enfermería. Máster Gerontología Social. Universidad de Zaragoza. Enfermera en Hospital General San Jorge. Huesca. España.

<sup>(2)</sup> Diplomada en Enfermería. Máster Gerontología Social. Universidad de Zaragoza. Enfermera en Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Dirección para correspondencia:  
[lorena.fort@hotmail.com](mailto:lorena.fort@hotmail.com)

Recibido: 22 de junio de 2018  
Aceptado: 2 de enero de 2019

**RESUMEN**

La fractura de cadera es la principal causa de hospitalización en personas de edad avanzada, ocasionando además de un daño ortopédico implicaciones en la economía sanitaria.

**Objetivos y metodología:** Analizar la información científica encontrada a través de la búsqueda bibliográfica de fracturas de cadera en personas mayores de 65 años, con el fin de identificar los factores que influyen en la rehabilitación y analizar los diferentes programas rehabilitadores en la actualidad para determinar líneas de actuación en esta área.

Los resultados indican que, a mayor edad y presencia de comorbilidades, mayor dependencia. La mortalidad aumenta un 45% con la institucionalización. Los programas de atención integral e interdisciplinar son más proclives para experimentar cambios positivos en salud física. Realizar ejercicios de intensidad diarios en el domicilio, da lugar a una recuperación en la velocidad de la marcha, fuerza muscular y longitud del paso.

Ninguna intervención presenta evidencia empírica para la realización de ejercicios de forma protocolizada en una unidad de rehabilitación. Sin embargo, la continuidad de ejercicios de intensidad en el domicilio favorece la recuperación, y un programa integral e interdisciplinar mejora la calidad de vida relacionada con la salud física.

**Palabras clave:** fracturas de cadera, complicaciones, rehabilitación, anciano

**ABSTRACT**

Hip fracture is a leading cause of hospitalisation in elderly population, which not only causes orthopedic damages, but also it has health economic implications.

**Objectives and methodology:** The aims of this study are: To analyze the available scientific information about hip fractures in the population above 65 years of age. To identify the factors which have influence on rehabilitation. To analyse different rehabilitation programmes which currently exist in order to determine lines of action in this area. A literature review method was used in this study.

The results show that, the older the adults with comorbidities, the higher the levels of dependency. Mortality rate increases 45% among institutionalized elders. Comprehensive interdisciplinary care programs are more likely to make positive changes in physical health.

Doing daily intensity exercises at home leading to regain gait speed, muscle strength and stride length

Any intervention show empirical evidence to do exercises in the Rehabilitation unit. However, regular in-home exercises even at low levels of intensity improve recovery as well as a comprehensive and interdisciplinary care program improves health-related quality of life.

**Keywords:** hip fractures, complications, rehabilitation, aged

**INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

Las fracturas del extremo superior del fémur aparecieron descritas por primera vez en los trabajos de Hipócrates, pero no fue hasta el siglo XVI cuando Ambrosio Pare ideó un método para su tratamiento y a su vez, Smith Petersen, popularizó la osteosíntesis con un clavo trilaminar para las fracturas de este tipo<sup>1,2</sup>.

La osteoporosis, es una enfermedad producida por la pérdida de tejido óseo, que además se asocia con un aumento de riesgo de fracturas en las personas de edad avanzada. Se define como una enfermedad ósea sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea en función de la edad y el sexo del individuo, con alteración de la microarquitectura de los huesos, lo que confiere un aumento de la fragilidad ósea y una mayor facilidad para la aparición de fracturas. Se debe considerar además de la osteoporosis, otras muchas causas que también pueden debilitar el hueso de la persona mayor, entre las cuales se puede mencionar ciertos medicamentos, como los corticoides o la tiroxina, que tienen efecto sobre el metabolismo fósforo-calcio, la falta de ejercicio, o el déficit de calcio y vitamina D. Se observa, que esta incidencia es mayor en las mujeres, esto, como consecuencia de diversos factores tales como: pelvis ósea más ancha con tendencia a la coxa vara, suelen ser personas menos activas

físicamente, y además su promedio de vida es mayor que en los hombres, por lo que existe una tendencia a padecer osteoporosis con más facilidad<sup>1,7</sup>.

Generalmente se cuestiona si se produce dicha fractura antes o después de las respectivas caídas, pues bien, la mayoría de estos accidentes se producen por fracturas espontáneas del cuello del fémur o de la región trocantérea (situada por debajo del cuello del fémur) y esto ocasiona la caída<sup>1,3</sup>.

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencia ortopédicos. Esta patología acarrea problemas que van más allá del daño ortopédico, ocasionando repercusión en áreas tales como medicina interna, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social y en la economía de la atención sanitaria. El incremento, más que evidente, de la esperanza de vida que se ha experimentado a nivel mundial, junto con la alta incidencia de las fracturas de cadera en personas de edades avanzadas, ubican a este grupo de población como el de mayor mortalidad tras sufrir cualquier tipo de lesión traumática ósea<sup>2,3,4</sup>.

A escala mundial, en el año 1990, se estableció que la incidencia de la fractura de cadera se estimaba en 1.700.000 casos, con una repercusión para las mujeres del 70%, según la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Actualmente, se prevé un crecimiento constante de esas fracturas, y se considera que en 2050 alcanzará la cifra de 6.300.000 casos,

aunque el aumento de la incidencia repercutirá de forma especial en los continentes asiático y africano, por la adquisición de estilos de vida y hábitos occidentales (aumento del consumo de alcohol, sedentarismo). Este problema ha ido aumentando desde hace varios años. En la Comunidad Europea se estima un aumento del 135% de fracturas de cadera en los próximos 50 años, y para 2050 se esperan más de 6 millones de fracturas de cadera en el mundo y más de 1 millón en Europa<sup>1,2,5</sup>.

Los pacientes que sufren una fractura de cadera pueden padecer serias complicaciones, que van desde distintos grados de discapacidad hasta una completa pérdida de su autonomía. La meta principal del tratamiento tras una fractura de cadera es retornar al paciente a su nivel de funcionalidad previo. En la mayoría de los pacientes este objetivo se consigue por medio de cirugía seguida de una movilización precoz, la cual es esencial para evitar las complicaciones asociadas al periodo de rehabilitación. En este periodo es importante planificar las estrategias rehabilitadoras y analizar los resultados conseguidos. El propósito de la rehabilitación es que el paciente recupere la capacidad que tenía anterior a la fractura para poder realizar con la mayor autonomía posible las actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, uso de váter, transferencias, deambulación, alimentación y continencia), así como llevar a cabo las actividades instrumentales (utilizar el transporte público, realizar tareas domésticas, uso de teléfono, comprar, manejo de su economía y responsabilidad con la medicación)<sup>2,4,5,6</sup>.

Se deben reconocer los complejos problemas asociados con las fracturas de cadera y desarrollar planes de tratamiento dirigidos a controlar todos los factores que puedan afectar sus resultados. La complejidad de cuidados necesarios en la fractura de cadera convierte a esta condición en una verdadera prueba y puede considerarse como marcador de efectividad de los cuidados de salud<sup>1,6</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Las fracturas de cadera constituyen un importante problema de salud pública, dada su prevalencia y efecto devastador en la autonomía personal.

Los profesionales de Enfermería, en el desempeño de sus competencias, poseen roles importantes en la prevención de la discapacidad y la dependencia de las personas intervenidas tras una fractura de cadera. Por lo tanto, es fundamental analizar desde un enfoque integral el abordaje sociosanitario de las personas que requieren este tipo de cuidados con el fin de diseñar líneas de actuación dirigidas a la mejora continua en la calidad y la atención.

Asimismo, esta revisión resulta importante para adoptar estrategias eficaces en materia de prevención de la discapacidad y la dependencia, además de poder determinar las directrices adecuadas y actuales, y extrapolarlas al quehacer diario de las enfermeras.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal:

1. Analizar la información científica encontrada a través de la búsqueda bibliográfica de fracturas de cadera en personas mayores de 65 años.

### Objetivos secundarios:

1. Identificar los factores que influyen positiva o negativamente en la rehabilitación tras la fractura de cadera.
2. Ampliar conocimientos sobre los diferentes programas rehabilitadores llevados a cabo en los últimos años para la mejora del estado funcional tras una fractura de cadera.
3. Elaborar unas directrices para los equipos profesionales implicados en el trabajo clínico rehabilitador.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la información científica disponible sobre aquellos artículos que permitieran mostrar los factores influyentes en la rehabilitación tras una fractura de cadera, para poder ampliar conocimientos sobre los diferentes programas rehabilitadores y establecer unas directrices que nos permitan minimizar complicaciones y mejorar la funcionalidad a largo plazo.

La búsqueda de la bibliografía se llevó a cabo en noviembre de 2015. Mas tarde, se realizó una segunda búsqueda en julio de 2018, con el fin de obtener una información lo más actualizada posible sobre el tema. Por lo tanto, se revisaron todos los artículos publicados entre 2008 y 2018.

La base de datos consultada fue PubMed-MEDLINE a través de los descriptores Medical Subject Headings (MeSH): hip fracture, rehabilitation, complication and aged. Se han añadido los filtros de búsqueda de forma que los artículos tuvieran acceso al texto completo, estuvieran publicados en los últimos 10 años y fueran referentes a la especie humana.

Con respecto al idioma, solo se tuvieron en cuenta aquellos artículos publicados en lengua castellana o inglesa.

Como criterio de la búsqueda, se utilizó además las siguientes palabras clave: Fractura de cadera, complicaciones, rehabilitación y anciano.

Se utilizó la lógica booleana para la búsqueda de la información, utilizando operadores de tipo AND y OR.

Para administrar las referencias bibliográficas se hizo uso del programa RefWorks siguiendo las normas Vancouver.

## RESULTADOS

De los 77 artículos obtenidos, 67 fueron descartados tras su lectura: 21 estudian situaciones o complicaciones que se pueden dar en el ámbito hospitalario (necesidad de transfusión sanguínea, control del dolor, trombosis venosa profunda, infección y úlceras de decúbito); 19 estudiaban la fractura de cadera como consecuencia de una determinada enfermedad o factor predisponente (diabetes, desnutrición y anemia), 12 realizaban estudios comparativos entre dos tipos de técnicas quirúrgicas, 9 estudiaban la rehabilitación y las complicaciones en diferentes tipos de fracturas, de forma que la fractura de cadera no era el principal motivo de estudio, para 2 de los estudios el fin principal era conocer la influencia de los factores causantes de una fractura de cadera, y por último, 4 estudios fueron excluidos por no contener resumen.

Se incluyeron 10 artículos en la muestra total, el más antiguo de febrero de 2011 y el más reciente de marzo de 2016. Todos



Fractura de cadera. Rehabilitación y complicaciones en personas mayores de 65 años. Revisión bibliográfica. *Hip fracture. Rehabilitation and complications in people over 65 years. Bibliographic review*

ellos, estudios longitudinales de cohortes y casos-control, con una intervención máxima de 19 meses, lo que determina una mayor calidad del estudio. Además, los datos se obtuvieron mediante encuestas o valoraciones directas con la población, sin necesidad de familiares ni otros intermediarios.

Se puede considerar un sesgo en la búsqueda, ya que la consulta se realizó exclusivamente en una sola base de datos (PubMed-MEDLINE), y la muestra obtenida fue en su totalidad de esta fuente.

A partir de la información contenida, se elabora una tabla resumen (Anexo 1) relacionando título, año y país de publicación, tipo de estudio, tamaño muestral, intervención, resultados y conclusiones.

Los países de procedencia son: tres de origen americano (dos de USA<sup>9,10</sup> y uno de Canadá<sup>12</sup>), dos de origen europeo (España<sup>8</sup> y Finlandia<sup>16</sup>) y dos australianos<sup>11,14</sup>. Los tres últimos son de origen asiático (Japón<sup>13</sup> y Taiwán<sup>15,17</sup>).

Los artículos consultados exponen muestras de individuos adultos mayores de 60 años de ambos sexos a excepción de dos artículos que cuentan únicamente con mujeres<sup>9,10</sup> y en otros dos estudios, el porcentaje femenino alcanza un 70% e incluso un 80% de la muestra seleccionada<sup>11,12</sup>.

En cuanto a los factores influyentes en la rehabilitación, existen resultados estadísticamente significativos de que a mayor edad y más comorbilidad mayor dependencia de las personas. Disminuyendo un 23% los resultados del test de Barthel y un 26% del test de Lawton<sup>8</sup>.

El 45% (n=27) de los pacientes institucionalizados falleció al año, y un 38% (n=23) mejoró de manera funcional<sup>12</sup>.

El sexo, la edad, la institucionalización, la comorbilidad, desnutrición, depresión, falta de apoyo social y el riesgo de caídas, son factores negativos influyentes en la rehabilitación, impidiendo alcanzar una mejor funcionalidad de la extremidad y una mejor calidad de vida al año, aumentando la dependencia y la mortalidad<sup>8,12,17</sup>. Sin embargo la presencia de barreras arquitectónicas da lugar a una mejora en la actividad física ( $p > 0,05$ ) que a su vez mejora la capacidad funcional de la cadera<sup>16</sup>.

Existe una correlación positiva entre rendimiento y percepción positiva, tanto para fuerza ( $r = 0,17$ ), movilidad ( $r = 0,45$ ) y equilibrio ( $r = 0,37$ )<sup>11</sup>. Una marcha superior a 0,09m/s se asocia a una mejor autopercepción ( $p < 0,05$ )<sup>9</sup>. Mostrado así, que los test de marcha, movilidad, intensidad y equilibrio se ven mejorados cuando existe una autopercepción positiva de la funcionalidad y calidad por parte de la persona<sup>9,11</sup>.

Al comparar los programas de rehabilitación, el grupo de domicilio realiza más ejercicio que el grupo del centro sanitario ( $p < 0,05$ )<sup>10</sup>. Los programas (ANEXO I) referidos a: Interdisciplinar (consulta geriátrica, planificación alta hospitalaria y 4 meses rehabilitación hogar) y el Integral (atención interdisciplinaria, manejo desnutrición, depresión, prevención de caídas y 12 meses rehabilitación) fueron 2,69 y 3,75 veces más proclives de experimentar cambios positivos en la escala de valoración psicométrica del componente físico, mientras que con el programa de atención habitual (Rehabilitación en el hospital y planificación del alta hospitalaria ocasional) no se produjeron cambios<sup>17</sup>.

Una rehabilitación orientada a mejorar la autonomía, sobre todo en la realización de las actividades básicas de la vida diaria reduce la mortalidad en un 81% y la institucionalización en centros de la tercera edad en un 84%<sup>14</sup>.

Así también, existen datos estadísticamente significativos

de que realizar ejercicios de intensidad diarios en el domicilio, da lugar a una recuperación en la velocidad de la marcha, fuerza muscular y longitud del paso<sup>13</sup>.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los datos analizados presentan dificultades de extrapolación al contexto de la población española, ya que los países de procedencia de los artículos son distintos. En cualquier caso, pueden considerarse un referente de aplicación en los cuidados de pacientes intervenidos de una fractura de cadera.

Los profesionales de Enfermería tienen un rol importante en la prevención de la discapacidad y la dependencia de las personas, por lo que resulta interesante identificar los factores que pueden obstaculizar o favorecer en la rehabilitación. De esta forma el profesional conocerá los factores en los que hay que incidir más exhaustivamente. En la literatura consultada, el sexo, la edad, la institucionalización, la depresión, la desnutrición y la falta de apoyo social son factores de influencia negativa que obstaculizan una pronta recuperación y aumentan la mortalidad. Sin embargo, la presencia de barreras arquitectónicas y una autopercepción positiva mejoran la funcionalidad y calidad de vida dando lugar a una rehabilitación más efectiva.

Ninguna intervención presenta evidencia empírica para la realización de los ejercicios propuestos en cada uno de los artículos de forma protocolizada en una unidad de rehabilitación. Por lo que no se pueden llevar a cabo unas directrices protocolizadas que faciliten el trabajo de los profesionales.

Del mismo modo, no queda demostrado si se logran más beneficios para el paciente con un programa rehabilitador domiciliario o con uno llevado a cabo en un centro sanitario. Sin embargo, existen evidencias de que la continuidad de los ejercicios en el domicilio favorece una pronta recuperación y un programa integral e interdisciplinar donde la intervención de diversos profesionales sanitarios, entre ellos enfermería, facilitan una pronta recuperación en la calidad de vida y autonomía de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

- Benítez Herrera A, Ylizastegui Romero LE, Ramírez Agüera PJ, Rodríguez García E. Fracturas trocántericas: tratamiento de urgencia con el sistema AO. *Rev cubana Ortop Traumatol* 1993;7(1-2):24-9.
- Juan Antonio AZ, Luis FP. Guía de la buena práctica clínica en Geriátrica. Anciano afecto de fractura de cadera. Elsevier Doyma. 2007.
- Baixauli F. Fracturas de la extremidad superior del fémur. *Rev Ortop Traumatol Supl* 1991; 1:9-11.
- Álvarez Cambras R, Álvarez Lorenzo R, Lorenzo García F, Infante Serrá A, González Cabrera RD, Quintana Elejalde I, et al. tratamiento de las fracturas de cadera con el fijador externo RALCA: técnica original. *Rev cubana Ortop Traumatol* 1995;9(1-2):24-34.
- García, S., Plaza, R., Popescu, D., & Estaban, P. L. Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años: diagnóstico y tratamiento. 2005 *ener*; 69(1): 574.
- Gastañaga M. De osteoporosis, factores de riesgo nosocomial, osteoporosis y fracturas en el anciano. *Apuntes de Geriátrica en Equipo*. 2009:171.
- Ylizastegui Romero LE, Enoa Castillo A, Brito Galdo JL, Rey Moreno F, Barrero Mompié JC, Benítez Herrera A. Análisis evolutivo en pa-



cientes con fractura de cadera operados: su relación con el tiempo preoperatorio. *Rev cubana Ortop Traumatol* 1990;4(2):97-103.

8. Vergara I, Vrotsou K, Orive M, Gonzalez N, Garcia S, Quintana JM. Factors related to functional prognosis in elderly patients after accidental hip fractures: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* 2014 Nov 26; 14:124-2318-14-124.

9. Alley DE, Hicks GE, Shardell M, Hawkes W, Miller R, Craik RL, et al. Meaningful improvement in gait speed in hip fracture recovery. *J Am Geriatr Soc* 2011 Sep;59(9):1650-1657.

10. Orwig DL, Hochberg M, Yu-Yahiro J, Resnick B, Hawkes WG, Shardell M, et al. Delivery and outcomes of a yearlong home exercise program after hip fracture: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2011 Feb 28;171(4):323-331.

11. Kubota M, Uchida K, Kokubo Y, Shimada S, Matsuo H, Yayama T, et al. Changes in gait pattern and hip muscle strength after open reduction and internal fixation of acetabular fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 2012 Nov;93(11):2015-2021.

12. Farag I, Sherrington C, Kamper SJ, Ferreira M, Moseley AM, Lord SR, et al. Measures of physical functioning after hip fracture: construct validity and responsiveness of performance-based and self-reported measures. *Age Ageing* 2012 Sep;41(5):659-664.

13. Beaupre LA, Jones CA, Johnston DW, Wilson DM, Majumdar SR. Recovery of function following a hip fracture in geriatric ambulatory persons living in nursing homes: prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2012 Jul;60(7):1268-1273.

14. Singh NA, Quine S, Clemson LM, Williams EJ, Williamson DA, Stavrinou TM, et al. Effects of high-intensity progressive resistance training and targeted multidisciplinary treatment of frailty on mortality and nursing home admissions after hip fracture: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2012 Jan;13(1):24-30.

15. Shyu YI, Liang J, Tseng MY, Li HJ, Wu CC, Cheng HS, et al. Comprehensive care improves health outcomes among elderly Taiwanese patients with hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013 Feb;68(2):188-197.

16. Portegijs E, Rantakokko M, Edgren J, Salpakoski A, Heinonen A, Arkela M, et al. Effects of a rehabilitation program on perceived environmental barriers in older patients recovering from hip fracture: a randomized controlled trial. *Biomed Res Int* 2013;2013:769645

17. TSENG, Ming-Yueh, et al. Effects of interventions on trajectories of health-related quality of life among older patients with hip fracture: a prospective randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 2016;17(1):114.


## ANEXO

### Tablas resumen de los estudios analizados

Título del artículo	Año y país de publicación	Estudio	Sujetos	Intervención	Resultados	Conclusiones
Factor related to functional prognosis in elderly patients after accidental hip fractures a prospective cohort study <sup>8</sup>	Noviembre 2014, España	Estudio longitudinal	n = 557	Búsqueda de asociación de pronóstico con: edad, sexo, comorbilidades, Índice de Lawton, medicación, nivel educativo y caídas previas	A los 6 meses de la fractura, reducción media de 23,7 puntos en el Barthel y de 1,6 en el Lawton. A mayor edad, mayor comorbilidad y menos estudios, mayor deterioro (p<0,05)	El pronóstico funcional está determinado por factores clínicos y sociales
Meaningful improvement in gait speed in hip fracture recovery <sup>9</sup>	Agosto 2011, EEUU	Estudio longitudinal	n = 180 mujeres	Observación de la velocidad de la marcha al andar y subir escaleras y su relación con la autopercepción de la funcionalidad	La velocidad de la marcha superior a 0,09m/s se asocia a una mejor autopercepción (p<005)	La autopercepción positiva sobre la evolución del nivel funcional se asocia a una mejora en la velocidad de la marcha
Delivery and outcomes of a yearlong home exercise program after hip fracture: a randomized controlled trial <sup>10</sup>	Febrero 2011, EEUU	Estudio longitudinal	n = 180 mujeres	Comparar dos intervenciones: rehabilitación en domicilio y llamadas telefónicas o rehabilitación en el centro	El grupo a domicilio realiza más ejercicio que el grupo del centro (p<0,05) No hay diferencia en densidad ósea ni Kcal gastadas (p>0,05)	Queda demostrada la viabilidad para la elaboración de un programa de ejercicios en el domicilio, pero sin cambios clínicos significativos
Measures of physical functioning after hip fracture: construct validity and responsiveness of performance-based and self-reported measures <sup>11</sup>	Septiembre 2012, Australia	Estudio longitudinal	n = 148 (118 mujeres)	Estudio de una intervención, observando mejoras en el rendimiento, constituido por fuerza, movilidad y equilibrio en relación con autopercepción	Correlación positiva entre rendimiento y percepción subjetiva, tanto para fuerza (r=0,17), movilidad (r=0,45) y equilibrio (r=0,37)	Una rehabilitación será mucho más efectiva si se acompaña de autopercepción positiva

Fractura de cadera. Rehabilitación y complicaciones en personas mayores de 65 años. Revisión bibliográfica. *Hip fracture. Rehabilitation and complications in people over 65 years. Bibliographic review*

Recovery of function following a hip fracture in geriatric ambulatory persons living in nursing homes: Prospective cohort study <sup>12</sup>	Julio 2012, Canadá	Estudio longitudinal	n = 60 (42 mujeres)	Estudiar la recuperación funcional, mortalidad y calidad de vida a los 3,6 y 12 meses en pacientes institucionalizados, mediante informes y entrevistas telefónicas.	45% fallecido al año y 17% no deseaban continuar con el estudio 23 pacientes: mejora funcional (p>0,05), 8 independientes para caminar y 11 ya no en residencia	La fractura de cadera se asocia a una pérdida de independencia funcional y altas tasas de mortalidad en pacientes institucionalizados
Changes in gait pattern and hip muscle strength after open reduction and internal fixation of acetabular fracture <sup>13</sup>	Noviembre 2012, Japón	Estudio longitudinal	n = 19	Conocer efectividad de un programa de rehabilitación (ejercicios de resistencia y ejercicios diarios en domicilio), observando velocidad de la marcha, fuerza muscular, longitud del paso, inclinación de la pelvis, etc.	A los 12 meses, existen datos significativos (p<0,05) de que se producía recuperación similar, pero con una alteración en la abducción y en la inclinación de la pelvis	El programa de rehabilitación da lugar a una recuperación incompleta
Effects of high-intensity progressive resistance training and targeted multidisciplinary treatment of frailty on mortality and nursing home admissions after hip fracture: A randomized controlled trial <sup>14</sup>	Enero 2012, Australia	Estudio longitudinal	n = 124	Compara una rehabilitación tradicional con un programa basado en sesiones de levantamiento de pesas alta intensidad y tratamiento específico de equilibrio, nutrición, visión, osteoporosis, depresión y apoyo social.	Reducción significativa de la mortalidad (81%) y de la institucionalización (84%). (p>0,05)	La intensidad de ejercicios durante la rehabilitación podría ser recomendable, de forma que se aborde la fragilidad general de la persona y no únicamente la articulación afectada.
Comprehensive care improves health outcomes among elderly taiwanese patients with hip fracture <sup>15</sup>	Febrero 2013, Taiwan	Estudio longitudinal	n = 299	Comparación de un programa habitual (rehabilitación), interdisciplinar (+consulta de geriatría) e integral (+consultas nutrición, manejo depresión, prevención de caídas)	La atención integral, mejora capacidad de autocuidado, menor riesgo de depresión y desnutrición (p<0.05)	Los pacientes se benefician más de una atención integral e interdisciplinar.
Effects of rehabilitation program on perceived environmental barriers in older patients recovering from hip fracture: A randomized controlled trial <sup>16</sup>	Diciembre 2010, Finlandia	Estudio longitudinal	n = 81	Comparación de dos grupos, eliminando en uno de ellos las barreras ambientales	No existe mejora funcional tras la reducción de barreras ambientales, aunque sí que da lugar a una mejora en la actividad física (p>0,05) mejorando la funcionalidad.	La combinación perdida de función con barreras arquitectónicas puede representar un obstáculo en la recuperación de la independencia.
Effects of interventions on trajectories of health-related quality of life among older patients with hip fracture: A prospective randomized controlled trial <sup>17</sup>	Marzo 2016, Taiwan	Estudio longitudinal	n=281	Comparar tres programas: Interdisciplinar (Consulta geriátrica, planificación alta hospitalaria y 4 meses rehabilitación hogar) Integral (atención interdisciplinaria, manejo desnutrición, depresión, prevención caídas y 12 meses rehabilitación) Habitual (Rehabilitación en hospital y planificación de alta hospitalaria ocasional) Utilización de las escalas The physical component summary scale (PCS) y the mental component summary scale (MCS)	La atención interdisciplinar 3,75 veces más propenso de experimentar PCS buenos y la atención integral 2,69 frente a la atención habitual. No datos estadísticos para MSC.	La atención integral e interdisciplinar mejoran la calidad de vida relacionada con salud física, sobre todo en aquellas personas que tenían una calidad de vida más deficiente antes de la fractura.



# **Triage en emergencias y catástrofes Nuevo reto para la enfermería. Revisión bibliográfica. Segunda parte. *Extrahospital triage in emergencies and catastrophes. New nursing challenge. Second part.***

**Autora:**

**Sonia Rábago Macho**

*Graduada en Enfermería. Enfermera del  
Hospital Tres Mares. Servicio Cántabro de  
Salud. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:  
[soniarabago20@gmail.com](mailto:soniarabago20@gmail.com)*

Recibido: 12 de septiembre de 2018  
Aceptado: 4 de enero de 2019

Esta revisión bibliográfica, en su segunda parte, se corresponde con el Trabajo Fin de Grado tutorizado por la profesora Gloria de Alfonso Blanes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por la autora a las normas de publicación de Nuberos Científica. Se encuentra disponible en su totalidad en el Repositorio UCrea.

**RESUMEN**

Además de la historia de los servicios de emergencias y catástrofes y el nacimiento de la atención de enfermería en situaciones de guerra, la evolución de las urgencias y emergencias extrahospitalarias en España se inicia en el año 1948 cuando se crea SNU.

El cambio importante viene del SEM 112. El Servicio de Emergencias 112 fue creado el 29 de julio de 1991 por el Consejo de las Comunidades Europeas.

En la actualidad, la atención de urgencia, viene determinado por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, a través de los números 112, 061 u otros. Estos centros garantizan la coordinación de los recursos disponibles y la accesibilidad las 24 horas.

Exponer la actuación de los profesionales, específicamente el rol enfermero y los principios bioéticos en este contexto, completan esta revisión bibliográfica.

La "cadena de la asistencia de emergencias y urgencias médicas" es el primer paso. El rol enfermero se encuentra enmarcado en el equipo a través de los protocolos existentes con sus propias particularidades. Los principios bioéticos, aunque con escasa literatura, facilitarán las conductas morales, evitando creencias y valores personales de cada individuo, tratando de aportar la asistencia más digna y adecuada a las personas atendidas.

**Palabras clave:** urgencias médicas, atención de emergencias, catástrofes, triaje, enfermería

**ABSTRACT**

In addition to the history of emergency and catastrophe services and the birth of nursing care in war situations, the evolution of extra-hospital emergencies in Spain begins in the year 1948 when UNS is created.

The major change comes from the SEM 112. On July 29th, 1991, the 112 Emergency Service was created by the Council of the European Communities.

Nowadays, emergency care is determined by health emergency coordinating centers, through the telephone numbers 112, 061 or others. These centers ensure the coordination of available resources and 24-hour accessibility.

To complete this bibliographic review, it is expose the performance of the professionals, specially the nurse role and the bioethical principles in this context.

The "medical emergency assistant chain" is the first step. The nurse role is involved in the team through the existing protocols with their own peculiarities. The bioethical principles, although the lack of literature, will facilitate moral behavior, avoiding beliefs and personal values of each patient, trying to provide the most dignified and appropriate assistance to the people served.

**Keywords:** emergencies, triage, nursing

**INTRODUCCIÓN**

Primeramente, es importante historiar, que el inicio de la Enfermería como profesión surgió en el ámbito de la asistencia militar gracias a su precursora Florence Nightingale, quien fue enviada en el año 1854 a Turquía con el fin de atender a los heridos de la guerra de Crimea. Así, fue nombrada "Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía"<sup>1</sup>. En este lugar atendió a los heridos de guerra, hacinados en lugares a modo de hospitales, otorgando especial importancia a su higiene personal y su alimentación, así como a la higiene de las estancias.

Uno de los grandes movimientos surgidos en la asistencia sanitaria militar, llegó de la mano de Henry Dunant en el siglo XIX, más concretamente en el año 1863 cuando se creó el Comité Internacional de la Cruz Roja<sup>2</sup>. Este movimiento internacional de la Cruz Roja nació tras la batalla de Solferino el 24 de junio de 1895, cuando Dunant quedó impactado al presenciar cómo miles de heridos no eran atendidos y morían en el campo de batalla, debido a la falta de asistencia sanitaria. Tanto él como un grupo de mujeres acudieron a socorrerlos, sin hacer distinciones en cuanto a nacionalidad ni rango<sup>3</sup>.

Dicho movimiento nacido para actuar frente a conflictos bélicos fue evolucionando hasta englobar, desde la actuación en situaciones de guerra, la acción humanitaria hacia víctimas de desastres naturales y el desarrollo de actuaciones preventivas apoyando el bienestar social y la calidad de vida de las personas.

Ya introducido el siglo XX y con el inicio de la Gran Guerra o Primera Guerra Mundial de los años 1914 al 1918, se observan grandes mejoras en cuanto a la asistencia en campaña, ya que se establecían tres tipos de grupos sanitarios: los camilleros, las ambulancias y los hospitales<sup>3</sup>.

Al igual que Dominique Larrey, creador de la primera ambulancia en 1792 en el transcurso de las guerras napoleónicas que permitió la evacuación de los heridos de manera rápida<sup>4</sup>. En el siglo XVIII, los heridos eran evacuados del campo de batalla según su gravedad, clasificados en dos grupos: el primero, aquellos heridos de menor gravedad que eran evacuados a las ambulancias (con un equipo médico), y un segundo grupo, de mayor gravedad evacuado a los hospitales<sup>3</sup>.

La sanidad militar al igual que la sanidad civil hospitalaria y posteriormente la sanidad extrahospitalaria ha ido evolucionando a lo largo de los años, adecuándose a las necesidades de la sociedad.

La evolución de las urgencias y emergencias extrahospitalarias en España tiene su inicio en el año 1948 cuando se crea SNU, en el año 1964 aparecen dos servicios de urgencia, los "servicios normales" que no disponían de servicios móviles y los servicios especiales que disponían de dichos recursos móviles. Ambos servicios estaban englobados dentro del Sistema de Seguridad Social<sup>5</sup>.

En el año 1966 se crean paralelamente dos servicios de atención en carretera, por un lado, el Servicio de Auxilio en Carretera que dependía de la DGT, y por el otro la Asociación de ayuda en

Carretera DYA, impulsado el ginecólogo Juan Antonio Usparicha Lecumberri en el País Vasco y que se extendió a varias provincias<sup>5</sup>.

La década de los 80 fue la época en la cual se desarrollaron y crearon diversas sociedades científicas, como la SEMU, la SEMES, SEMIUC o la SEC, sociedades que han servido y ayudado en el desarrollo y mejora de los servicios de emergencias extrahospitalarias en España, debido a la necesidad de mejorar la atención en la patología cardiaca o traumática, disminuyendo la morbi-mortalidad<sup>5</sup>.

Es a través de la SEMES que se comienzan a utilizar Unidades Móviles Medicalizadas o sanitizadas para atender las emergencias extrahospitalarias.

La SEMIUC, en el año 1983, elabora un PAU, en el que se concretan los servicios de asistencia médica: para la atención en las urgencias extrahospitalarias, para atención a la cardiopatía isquémica y para la atención en catástrofes. Y comienza a desarrollarse la idea de crear un SAMU<sup>5</sup>. A partir de ese año el SAMU fue instaurándose en las diferentes comunidades autónomas de este país y en el año 1986 llega a Cantabria.

Pero el cambio realmente importante en cuanto a la atención en urgencias, viene de la mano de la creación del SEM 112, el cual permite la asistencia más inmediata a aquellas demandas por parte de los ciudadanos, que se encuentran en una situación de riesgo personal o colectivo. El 29 de julio de 1991 el Servicio de Emergencias 112 fue creado por el Consejo de las Comunidades Europeas<sup>6</sup>.

La vía telefónica resultó ser el mejor acceso del ciudadano a los servicios de urgencias, por lo tanto se estableció un número de teléfono único (112) de llamada a nivel europeo. Las infraestructuras y tecnologías de aquellos años, prestaban una oportunidad inmejorable.

En Cantabria (España) este servicio, fue activado el 28 de mayo de 1999<sup>7</sup>. En el año 2004 dicho servicio se convierte en un Centro de Coordinación de Emergencias, de tal forma que pasa a gestionar de manera integral las emergencias<sup>7</sup>. Coordinando bomberos, policía, guardia civil, protección civil y salvamento marítimo.

El acceso a la atención de urgencia, viene determinado por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, a través de los números 112, 061 u otros. Estos centros garantizarán la coordinación de los recursos disponibles y la accesibilidad las 24 horas<sup>8</sup>.

La atención prestada en este servicio viene determinada por una "cartera de servicios", un catálogo que comprende las prestaciones que se ofrecen, las cuales son<sup>8,9</sup>:

- La atención telefónica, a través de la cual, se determina la respuesta más adecuada a la demanda asistencial.
- La inmediata e inicial evaluación de los pacientes, que determinará cual es el nivel de asistencia sanitaria que requieren. Esta priorización, se realiza a través del triage.
- La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados a la situación.
- La monitorización, observación y reevaluación de los pacientes.
- La selección del transporte sanitario más adecuado a la situación en la que se encuentra el paciente.
- La aportación de información y/o asesoramiento a los pacientes y/o acompañantes sobre la atención prestada.
- El alta o la derivación de los pacientes a niveles asistenciales más adecuados de acuerdo con su situación clínica.

- En situaciones de sospecha de violencia de género o malos tratos en menores, ancianos o personas con discapacidad, se comunicará a las autoridades pertinentes.

Desde al año 2004, este Centro de Coordinación de Emergencias en Cantabria con la correspondiente cartera de servicios vienen prestando servicio a los ciudadanos.

## JUSTIFICACIÓN

Como continuación de la amplia revisión bibliográfica relacionada con los temas de emergencias, catástrofes, su historia y sus correspondientes triages, así como el desempeño enfermero, sirva este texto para completar los conocimientos que no se incluyen en la primera parte.

Parece de especial relevancia dar a conocer el rol enfermero en este contexto, asimismo los aspectos bioéticos de deben impregnar las actuaciones clínicas de los profesionales.

## OBJETIVOS

Referir la "Cadena de la asistencia de emergencias y urgencias médicas" de aplicación en el contexto español.

Mostrar las características del rol enfermero en la asistencia sanitaria ante situaciones de emergencias y catástrofes.

Exponer los aspectos éticos de las situaciones de emergencias y catástrofes.

## METODOLOGÍA

La realización se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos, a las que está suscrita la Universidad de Cantabria: Google Académico, Dialnet y Pubmed. Reuniendo información a través de manuales, siendo principales los obtenidos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, y libros. Junto con el Boletín Oficial del Estado y el Boletín Oficial de Cantabria (en lo referente a legislación). Páginas Web y revistas electrónicas tales como Scielo, Elsevier, Emergencias, Metas de Enfermería, EIDON Revista Española de Bioética

Para la elección de la bibliografía se utilizaron los términos DeCS: "Urgencias Médicas", "Atención De Emergencias Prehospitalarias", "Catástrofe", "Triage" y "Enfermería".

Para la búsqueda de información también se utilizó la lógica booleana, utilizando operadores de tipo AND, OR y NOT.

Durante la búsqueda bibliográfica se aplicaron filtros en las bases de datos, descartando aquellos artículos que no estuvieran en lengua española o inglesa y con una antigüedad de más de 5 años, tratando de utilizar la información más actualizada posible, exceptuando aquellos contenidos con referencias históricas.

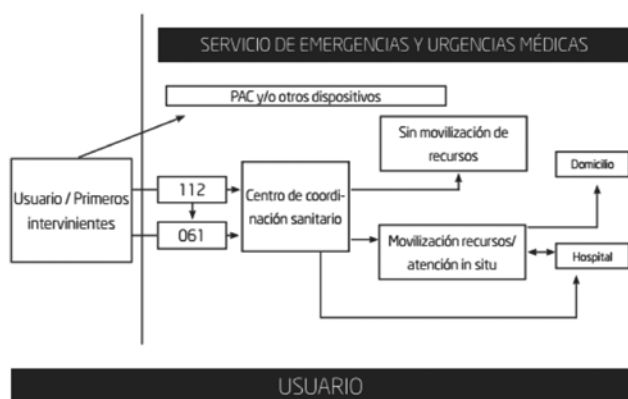
El programa RefWorks fue el elegido para administrar las referencias bibliográficas encontradas al final de este trabajo en estilo Vancouver.



## RESULTADOS

La “**Cadena de la asistencia de emergencias y urgencias médicas**” es el primer paso que realizar en la atención a una urgencia, es determinar y clasificar la gravedad de ésta y el tiempo de respuesta (triage)<sup>10</sup>, una vez realizada esta clasificación se determinan los recursos necesarios mediante protocolos establecidos.

El tipo de atención se puede llevar a cabo; mediante los centros coordinadores, sin la necesidad de movilizar recursos, a través de la consulta telefónica, en dispositivos de atención primaria, a domicilio o en la calle. Por lo que se establece una cadena de intervención, iniciando con la primera intervención, realizada por el propio usuario u otras personas y finalizando con la atención al usuario in situ o la derivación a centros hospitalarios<sup>11</sup>. Dicha cadena viene representada a través de un gráfico (Figura 1):



**Figura 1: Cadena de la asistencia de emergencias y urgencias médicas. Fuente SEMS<sup>11</sup>**

El acceso al SEM en Cantabria se realiza a través del teléfono 061 o derivado por el número 112, la gestión de dicho servicio es a través de la GAP061, siendo quien controla organizativamente la asistencia a la urgencia en la comunidad, por lo que en el caso de que la atención se produzca en un SUAP es el 061 el encargado de la movilización de recursos. Los equipos de trabajo, formados entre otros por los profesionales asistenciales, participan activamente en la toma de decisiones en aquellas cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria. Dichos equipos se establecen mediante la metodología REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)<sup>12</sup>.

En nuestra comunidad el servicio 061 cuenta con un CCU, 4 Bases Asistenciales Fijas y una red de UMES. Está formado por un total de 46 profesionales sanitarios, 20 teleoperadoras y 206 TTS<sup>13</sup> principios generales de los ejercicios de las profesiones sanitarias<sup>14</sup>.

El RD 85/1992 de Planes de Emergencias<sup>15</sup>, es el tronco principal de donde derivan todos los demás Planes de Protección Civil de las Comunidades Autónomas. En Cantabria mediante el Real Decreto 137/2005, de 18 de noviembre, por el que se aprueba el PLATERCANT<sup>10,16</sup>. El cual define los mecanismos empleados para la movilización de los recursos humanos y materiales que se precisan en casos de grave riesgo colectivo, catástrofe o calamidad pública con el fin de proteger personas y bienes. A través de dicho plan, se trata de asegurar que la respuesta en una situa-

ción de emergencia sea coordinada, rápida y ágil<sup>16</sup>. Para ello, las medidas y procedimientos a realizar se planifican de la siguiente manera<sup>16</sup>:

- Fases y situaciones.
- Establecimiento de niveles.
- Procedimiento operativo.
- Modalidades de aplicación del plan.
- Interfase con el plan de emergencias municipal.
- Medidas operativas.

En cuanto al **rol enfermero** y sus características en la asistencia sanitaria en emergencias y catástrofes y dado se trata de un proceso complejo, precisa de la coordinación de todos los miembros del equipo implicados.

La comunidad de Cantabria, elaborado por el Servicio Cántabro de Salud, ha establecido una guía de actuación ante Accidentes de Múltiples Víctimas (AMV) Y Catástrofes, contiene un conjunto de protocolos que aseguran el correcto proceder en tales escenarios, así como la actuación, las funciones y las responsabilidades por parte de cada miembro del equipo. Dicha guía está elaborada a partes iguales entre médicos y profesionales de enfermería.

En esta guía se establecen las actuaciones que debe llevar a cabo el personal de la UME que acude en un primer momento al lugar del AMV y permanece en el lugar hasta que todas las víctimas han sido evacuadas y mientras exista un riesgo para el resto de intervinientes<sup>17</sup>. Además, determinará las actuaciones, que será principalmente asistenciales, del resto de UME que se desplacen al lugar y establece el personal que participa en la atención sanitaria siendo<sup>16</sup>: una enfermera, un médico, un TTS-conductor y un TTS.

Previamente a las actuaciones en el área del suceso, todo el equipo integrado pondrá en marcha el operativo de rescate. En este caso se destaca la intervención de enfermería en la regulación telefónica asistencial urgente en el CCU, la cual se llevará a cabo mediante la escucha activa al paciente, a través de esta llamada se determinarán las necesidades y requerimientos precisos para su asistencia, clasificando el suceso según el nivel de urgencia. Una vez realizada dicha intervención se determinarán los recursos necesarios, tratando de obtener la mayor calidad en cuanto a optimización y asistencia<sup>18</sup>.

Además, cada uno de los profesionales del equipo tiene sus funciones determinadas, distribuyéndose de la siguiente manera (Anexo I).

Las funciones organizativas desarrolladas por el equipo médico<sup>19</sup>, estableciendo una coordinación “horizontal” entre las personas que participen en la asistencia, se instaura una correcta, efectiva y ágil comunicación entre los diferentes mandos intervinientes. Se debe evaluar la escena, controlando los cordones y las áreas establecidas para las diferentes actuaciones. Además, las actividades que deben llevar a cabo los diferentes miembros del equipo primordialmente aseguran la seguridad de todo el personal proporcionando y supervisando que todas las personas que participen en la intervención estén dotadas del EPI<sup>19</sup> y distribuye los recursos de los que se dispone evitando la evacuación masiva de los heridos<sup>17</sup>.

Una vez llevados a cabo los pasos de coordinación, seguridad mediante un correcto balizamiento, comunicación y valoración se inician las funciones asistenciales que serán realizadas tanto por la enfermera como por el médico, siendo estas, maniobras de triage, estabilización y evacuación de los heridos<sup>17</sup>.

El conjunto de funciones a seguir por el profesional de enfermería además del triage, la función asistencial y la evacuación, se encuentra llevar el mando del puesto médico avanzado<sup>17</sup>, en el caso de pertenecer a la UME-1 se encargará de coordinar al resto de profesionales de enfermería y TTS que se incorporen al lugar del siniestro, aportando información del estado del trabajo asistencial y de los heridos.

El TTS-conductor será el encargado de proporcionar la información acerca del incidente (no siempre es el TTS-conductor el encargado de esta labor, si no el TTS más experimentado en estas situaciones), la localización, el tipo, el número de heridos, los servicios presentes y los necesarios, los riesgos potenciales y existentes<sup>19</sup>. Además es el encargado de organizar la "noria de camillero" (método utilizado para la evacuación de heridos, consiste en una rueda de personas que transporta a los heridos en camillas, en brazos o con apoyos)<sup>20</sup>. También, participa junto con el profesional de enfermería en las maniobras de estabilización de pacientes a través de la movilización e inmovilización.

La correcta valoración del paciente politraumatizado en el "triage avanzado" extrahospitalario será llevada a cabo por profesionales sanitarios cualificados, para ello se utilizan índices de gravedad en el traumatismo. Estos índices serán principalmente:

- La GCS es una herramienta utilizada para valorar el nivel de consciencia (estado de alerta y estado cognoscitivo), analizando la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Su alta especificidad y sensibilidad<sup>21,22</sup>, servirá para determinar la severidad del traumatismo craneoencefálico, el pronóstico y el tipo de asistencia que precisa el herido, se considera Glasgow leve cuando la puntuación es 14-15, Glasgow moderado cuando es 9-13 y Glasgow grave si es 8 o menor<sup>22</sup> (Figura 2).

APERTURA DE OJOS	
Espontáneamente	4
A estímulo verbal fuerte	3
A estímulo doloroso	2
No abre	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece órdenes	6
Localiza estímulos	5
Retirada a estímulos	4
Postura en flexión anormal	3
Postura en extensión	2
No hay respuesta	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientado	5
Confuso, desorientado	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No hay respuesta	1

**Figura 2: Escala de Coma de Glasgow.**

**Fuente: Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado<sup>22</sup>**

- El trauma Score revisado que valorará la frecuencia respiratoria, la tensión arterial sistólica, la expansión torácica y la GCS, se obtiene una puntuación de 0 a 12, siendo 0 la afectación máxima (Figura 3).

GCS	TAS	FR	PUNTOS
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

**Figura 3: Trauma Score Revisado.**

**Fuente: SEMICYU<sup>23</sup>**

El principal requisito para realizar el triage es tener una amplia experiencia en emergencias, adquirir destreza para llevar a cabo dicha función que está ligado a los conocimientos del profesional. Es preciso que el enfermero/a conozca los protocolos, los tiempos, la cadena asistencial y la organización, además de los recursos materiales y humanos en el momento de actuar frente a una emergencia o catástrofe. De la misma manera la destreza y los conocimientos referidos a la función asistencial, valoración y reanimación son de gran importancia ya que determinarán la calidad asistencial reduciendo en gran medida la morbilidad y/o mortalidad<sup>24</sup>.

Todo ello porque el triage requiere gran agilidad en la valoración de los pacientes, lo que permite que su clasificación y atención sean adecuadas a sus necesidades, conociendo y dominando tanto la GCS y el trauma Score revisado como las maniobras salvadoras y estabilizadoras aplicadas a los heridos<sup>21</sup>. Dentro del triage el profesional de enfermería lleva a cabo el proceso enfermero, aunque adaptado a la situación y ámbito en el que se encuentra<sup>21,24</sup>:

**Valoración:** ha de ser rápida y sistemática, focalizada en las características y alteraciones principales.

**Diagnóstico:** La elaboración de diagnósticos enfermeros se presenta muy compleja en situaciones de emergencia, ya que las intervenciones que se derivan van destinadas a solucionar los problemas de colaboración o las complicaciones potenciales surgidas de las lesiones, heridas y estado general.

**Planificación:** Las intervenciones realizadas en este ámbito están siempre protocolizadas, de ahí la importancia de que el profesional de enfermería conozca los protocolos que se aplican en dichas situaciones e intervenga en consecuencia, según sus pautas.

**Ejecución:** Aplicación de las intervenciones previamente planificadas y previstas en los protocolos.

**Evaluación:** y reevaluación continua de los heridos y ajuste de intervenciones si resulta necesario.

Además de la formación académica y experiencia, el profesional de enfermería debe tener un gran sentido clínico y psicosocial, dotes de mando, autocontrol y serenidad, junto con una gran capacidad de organización<sup>2</sup>.

Realizar una labor de investigación y renovación de conocimientos es uno de los requerimientos que se exigen a los profesionales de enfermería, ya que la atención a los pacientes politraumatizados está evolucionando, en cuanto a las técnicas, el instrumental. Por ello la lectura de bibliografía basada en la evidencia es de gran importancia<sup>21,26</sup>.

Triage en emergencias y catástrofes Nuevo reto para la enfermería. Revisión bibliográfica. Segunda parte. *Extrahospital triage in emergencies and catastrophes. New nursing challenge. Second part*

Una manera de reducir el impacto emocional en las personas atendidas se podría ver reducido si se protocolizan las actuaciones sanitarias. Siendo el modo estandarizado y correcto de gestionar las situaciones catastróficas<sup>27</sup>.

En relación a los principios bioéticos, todos los aspectos reflejados en el apartado anterior en cuanto a las funciones de los profesionales de enfermería, en definitiva, el pensamiento crítico, sirven no sólo para asegurar la calidad en el cuidado, sino también para proporcionar una base sólida que permite tomar decisiones éticas difíciles, como es el caso de las situaciones críticas y excepcionales como son las catástrofes, existiendo escasa bibliografía acerca del tema<sup>27</sup>. Por ello es necesario que el profesional conozca los principios bioéticos, los cuales facilitarán las conductas morales, dejando a un lado las creencias y valores personales de cada individuo, tratando de aportar la asistencia más digna y adecuada a las personas atendidas<sup>26</sup>.

Los principios bioéticos son cuatro, la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia.

- Principio de autonomía: el ámbito extrahospitalario a menudo se presenta en condiciones en las que respetar dicho principio se vuelve complejo. Es obligación del equipo sanitario informar al paciente acerca de los procedimientos que se van a llevar a cabo, pero en situaciones en las que es particularmente difícil obtener esta información, el personal sanitario actuará de acuerdo con sus principios, tratando de salvar la vida a aquellas personas en situación crítica, exceptuando los casos en los que exista una orden médica extrahospitalaria u orden de no reanimación. Por ejemplo, en una situación de parada cardiaca, en la que la comunicación con el paciente no es posible, se tiene en cuenta el criterio de voluntades anticipadas<sup>26,27,28</sup>.
- Principio de no maleficencia: este principio obliga a los profesionales sanitarios a no tomar decisiones que puedan poner en peligro o dañar la salud de los heridos, en muchas ocasiones la falta de información por parte de los profesionales en situaciones de emergencia, no asegura que las intervenciones realizadas no dañen la salud de los heridos, poniendo como ejemplo la administración de alguna medicación considerada vital en el caso que se trata, pero que provoca un efecto adverso grave<sup>27</sup>.
- Principio de beneficencia: considerándose aquellas acciones que implican aumentar los beneficios en salud de los pacientes atendidos y disminuir las situaciones de riesgo. En este supuesto existen recomendaciones clínicas que ayudan a los profesionales sanitarios a tomar las decisiones más apropiadas<sup>27</sup>.
- Principio de justicia: la justicia normalmente es definida como aquello que es equitativo o justo, en el caso de las intervenciones extrahospitalarias esta definición no es aplicable, ya que el trato y la asistencia sanitaria no se realiza por igual a todos los heridos, sino por su gravedad, siendo aplicados más recursos y atenciones a aquellos pacientes con una mayor posibilidad de supervivencia<sup>27</sup>.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El acceso a los servicios de emergencias en Cantabria se realiza a través del teléfono 061 o derivado del número 112, siendo quien organiza y coordina los recursos asistenciales en función

de la gravedad del hecho. Precizando la coordinación de todo el equipo sanitario, que tiene determinadas sus propias funciones.

El rol enfermero costa de la adaptación del proceso de atención de enfermería a una situación especial como es la catástrofe, se observa que la fase de diagnóstico se presenta muy compleja, no obstante, la enfermera puede identificar diagnósticos enfermeros autónomos, que si bien no están incluidos en los protocolos, tales pueden ser: ansiedad ante la muerte (00147) o afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)<sup>29</sup> que deberá abordar en el contexto del proceso enfermero.

Además, el proceso de valoración se llevará a cabo aplicando el triage y utilizando herramientas como la GCS y trauma score.

Todo lo anterior, permite proporcionar una toma de decisiones éticas que garanticen conservar y respetar los principios bioéticos y reducir el impacto en la persona atendida. Se observa la escasa bibliografía respecto a este tema y la falta de protocolos que garanticen la excelencia en la atención en tragedias y catástrofes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Young P, Hortis de Smith V, Chambi M, Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Rev Med Chile* [Internet] 2011 [acceso el 20 de febrero de 2016]; 139: 807-813. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017)
2. Cruz Roja [Internet]. Madrid: Cruz Roja Española; 2016 [acceso el 2 de marzo de 2016]. Historia de Cruz Roja. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/nuestra-historia>
3. Gómez Rodríguez L. "Los hijos de Asclepio" Asistencia sanitaria en guerras y catástrofes [tesis doctoral]. Instituto Universitario "General Gutiérrez Mellado", Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2013.
4. de la Garza Villaseñor L. Dominique Jean Larrey La Cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio. (Parte II). *Cirujano General*. [Internet] 2004 [acceso el 20 de enero de 2016];26(1):59. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2004/cg041k.pdf>
5. Pacheco Rodríguez A, Álvarez García A, Hermoso Gadeo FE, Serrano Moraza A. Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (I). Historia y fundamentos preliminares. *Emergencias* [Internet]1998[acceso el 3 de marzo de 2016];10(3). Disponible en: [http://emergencias.portalsemes.org/download/servicios-de-emergencia-medica-extrahospitalaria-en-espana-i-historia-y-fundamentos-preliminares/force\\_download/](http://emergencias.portalsemes.org/download/servicios-de-emergencia-medica-extrahospitalaria-en-espana-i-historia-y-fundamentos-preliminares/force_download/)
6. Pacheco Rodríguez A, Alvarez García A, Hermoso Gadeo F, et al. Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (I) historia y fundamentos preliminares. *Emergencias* [Internet] 1998 [acceso el 23 de enero de 2016];10(3):173-187. Disponible en: [file:///C:/Users/Sonia%20Rabago/Downloads/Emergencias-1998\\_10\\_3\\_173-187%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Sonia%20Rabago/Downloads/Emergencias-1998_10_3_173-187%20(4).pdf)
7. Gobierno de Cantabria [Internet] Santander: 112 Cantabria [acceso el 10 de febrero de 2016] Presentación. Disponible en: <http://112.cantabria.es/web/112cantabria/presentacion>
8. Barroeta Urquiza J, Boada Bravo, N. Marco Legislativo [Internet]. Madrid: Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España; 2011 [acceso el 18 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los\\_SEM\\_en\\_Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)

9. Cantabria.es [Internet]. Santander: Dirección General de Protección Civil;2010 [fecha de actualización 5 de octubre de 2010; acceso el 18 de febrero de 2016]. Dirección General de Protección Civil. Disponible en: [https://www.cantabria.es/web/direccion-general-organizacion-y-tecnologia/detalle/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_DETALLE/2062330/2519913](https://www.cantabria.es/web/direccion-general-organizacion-y-tecnologia/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/2062330/2519913)
10. Rábago Macho S. Triage en emergencias y catástrofes extrahospitalarias. Nuevo reto para la enfermería. Nuber Científ [Internet]. Santander; 2018 [acceso el 1 de noviembre de 2018];3(25): 67-73. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Nuberos\\_Cientifica\\_2\\_6.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Nuberos_Cientifica_2_6.pdf)
11. Barroeta Urquiza J, Boada Bravo, N. Configuración de los servicios de emergencia y urgencia médica [Internet]. Madrid: Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España; 2011 [acceso el 30 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los\\_SEM\\_en\\_Espana.pdf](http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf)
12. Barroeta Urquiza J, Boada Bravo, N. El sistema de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en Cantabria [Internet]. Madrid: Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España; 2011 [acceso el 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.epes.es/visita/SEMS/capitulos/9.5.pdf>
13. Servicio Cántabro de Salud [Internet]. Santander: Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad [acceso el 18 de febrero de 2016]. Atención 061. Disponible en: <http://www.scsalud.es/web/scs/atencion061>
14. Ley de ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003, de 22 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, N° 280, (28 de marzo de 2014).
15. Real Decreto de Planes de Emergencias. RD 85/1992, de 24 de abril. Boletín Oficial del Estado, n° 105, (1 de mayo de 1992).
16. Real Decreto por el que se aprueba el Plan Territorial de Emergencias de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de Cantabria (PLATERCANT). RD 137/2005, de 18 de noviembre. Boletín Oficial de Cantabria, n° 230, (1 de diciembre de 2005).
17. Lomba JM. Coordinador. Guía Rápida AMV y Catástrofes 061. Santander: Servicio Cántabro de Salud.
18. Menchaca Anduaga M, Huerta Arroyo A, Cerdeira Varela J, et al. Módulo 1 Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes. [Internet]. Madrid: SUMMA 112; 2012 [acceso el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DModulo+1.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352868957892&ssbinary=true>
19. Martínez Tenorio P. coordinador. Manual para el manejo de los incidentes de múltiples víctimas en la urgencia extrahospitalaria. [Internet]. SUMMA 112 [acceso el 22 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://semesmadrid.portalsemes.org/wp-content/uploads/manual-ManejoIncidentes-1.pdf>
20. Díaz Herrero A, Álvarez López J, Pardillos Ferrer L. Atención sanitaria inicial a múltiples víctimas. Soporte vital y organización ante emergencias colectivas. 2ª ed. Vigo: Ideaspropias Editorial; 2014.
21. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). PHTLS Soporte Vital de Trauma Prehospitalario. 8ª ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
22. Muñana Rodríguez JE, Ramírez Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enfermería Universitaria [Internet] 2014 [acceso el 26 de mayo de 2016]; 11 (4):24-35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-escala-coma-glasgow-origen-analisis-90335854>
23. SEMICYUC Los profesionales del enfermo crítico. [Internet]. Madrid: Plan Nacional de RCP.16. Índices de Gravedad en el Traumatismo. [acceso el 28 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.semicyuc.org/files/RCP\\_files/SVAT\\_16.pdf](http://www.semicyuc.org/files/RCP_files/SVAT_16.pdf)
24. Fernández Rodríguez B, Morillo Rodríguez J. Atención enfermera en urgencias y emergencias [Internet]. 1ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2004 [acceso el 1 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/atencion-de-enfermeria-en-urgencias-y-emergencias-ed-metas.pdf>
25. Montero Rodríguez MG, Gómez Rodríguez A, Domínguez Rodríguez E. Triage prehospitalario: nociones básicas para profesionales no entrenados. Metas de Enferm [Internet] 2013 [acceso el 12 de enero de 2016]; 16(9): 6-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4457654>
26. Gracia D. La ética en situaciones trágicas Urgencias, Emergencias y Catástrofes. EIDON Revista Española de Bioética. [Internet]. 2016 [acceso el 27 de octubre de 2018]; 46:70-82. Disponible en: [http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2016/46\\_diciembre.pdf](http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2016/46_diciembre.pdf)
27. Pose C. La ética en situaciones trágicas. XVI Ateneo de bioética. EIDON Revista Española de Bioética. [Internet]. 2015 [acceso el 27 de octubre de 2018]; 44:132-144. Disponible en: [http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2015/44\\_diciembre.pdf](http://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2015/44_diciembre.pdf)
28. Nunes L. Los problemas éticos identificados por enfermeros en relación a los pacientes en estado crítico. Rev.bioét. [Internet]. 2015 [acceso el 28 de octubre de 2018]; 23(1): 191-203. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/es\\_1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/es_1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf)
29. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Elsevier;2012.



**ANEXOS**

**Anexo I: Funciones del personal sanitario ante AMV-Catástrofe.**

MÉDICO -1	1º <b>ORGANIZAR LA ESCENA Y DISTRIBUIR LOS RECURSOS.</b> Bloquear evacuación indiscriminada
	2º <b>TRIAGE</b>
	3º <b>ASISTENCIA SANITARIA</b>

DUE-1	Su función principal es <b>ASISTENCIAL</b>
	Interviene en el Triage
	Despliegue de material y preparación del área asistencial
	Asistencia Sanitaria. <b>Responsable del Puesto Médico Avanzado</b>

CONDUCTOR UME-1 (TTS-1)	<b>Informa al CCU:</b> Localización exacta, confirma ruta o propone alternativas en función de seguridad, rapidez...
	<b>Jefe de camilleros</b> y organiza la Noria de Camilleo.
	Despliegue de material de movilización e inmovilización.
	Moviliza e inmoviliza víctimas.

TTS-2	Despliegue de material de movilización e inmovilización.
	Moviliza e inmoviliza víctimas.
	Ayuda a DUE-1 en el Área Asistencial

Fuente: Guía Rápida AMV y Catástrofe 061<sup>17</sup>.

**ABREVIATURAS**

SNU	Servicio Nocturno de Urgencias
DGT	Dirección General de Tráfico
DYA	Detente y Ayuda
SEMU	Sociedad Española de Medicina de Urgencias
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Emergencias
SEMIUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias
SEC	Sociedad Española de Cardiología
PAU	Plan de Actuación de Urgencia
SAMU	Sistema de Asistencia Médica de Urgencia
SEM	Servicio de Emergencias
GAP061	Gerencia de Atención Primaria 061
SUAP	Servicio de Urgencia de Atención Primaria
CCU	Centro Coordinador de Urgencias
UMES	Unidades Medicalizadas de Emergencias
TTS	Técnicos de transporte sanitario
PLATERCANT	Plan Territorial de Emergencias de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de Cantabria
AMV	Accidente múltiples víctimas
EPI	Equipo protección individual
GCS	Escala de Coma de Glasgow



IV JORNADAS DE ENFERMERÍA INTEGRATIVA  
**CUIDANDO LAS EMOCIONES**  
 Paraninfo de la Magdalena, 4 y 5 de abril 2019





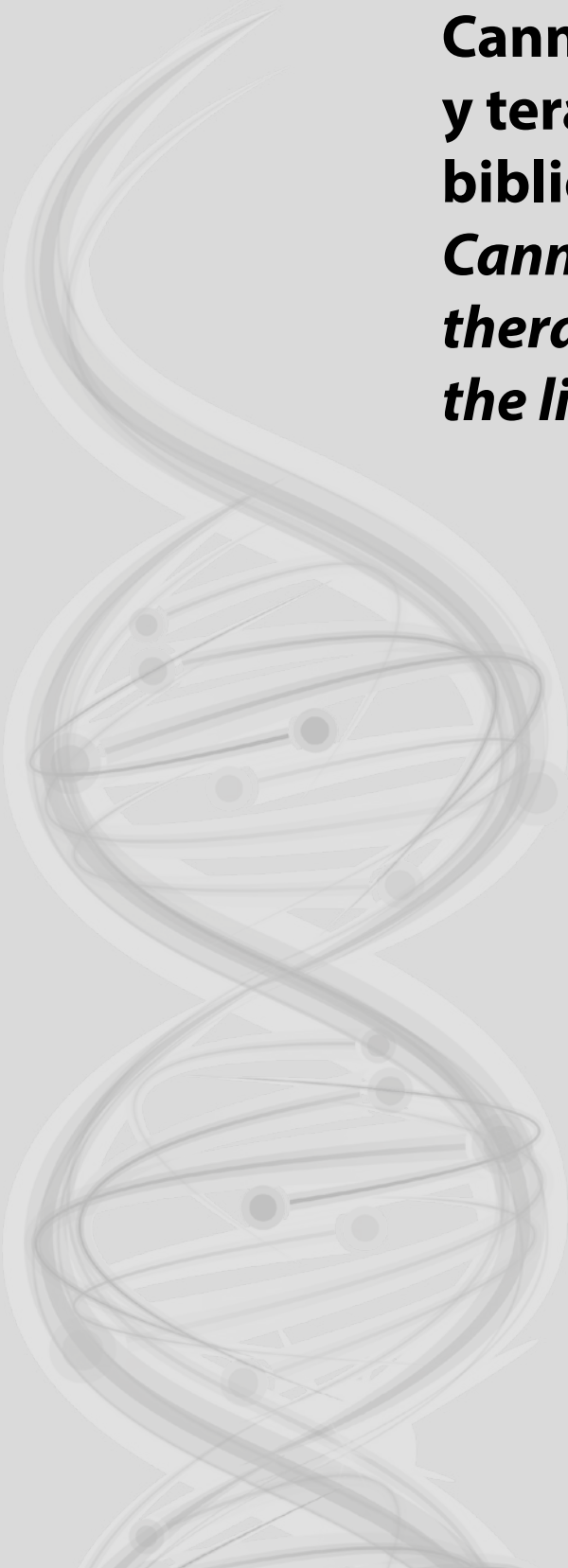


FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



**Cannabis, efectos adversos  
y terapéuticos. Revisión  
bibliográfica.  
*Cannabis, adverse and  
therapeutic effects. Review of  
the literature.***

**Autora:**

**Andrea Meléndez Cruz**

*Graduada en Enfermería. Enfermera en el  
Hospital Sierrallana. Torrelavega Cantabria.  
España.*

*Dirección para correspondencia:*

*anmecruz92@gmail.com*

Recibido: 20 de octubre de 2018

Aceptado: 1 de febrero de 2019

Esta revisión bibliográfica se corresponde con el Trabajo Fin de Grado tutorizado por el profesor Francisco Javier Ayesta Ayesta de la Escuela Universitaria de Enfermería de La Universidad de Cantabria y adaptado por la autora a las normas de publicación de Nuberos Científica. En su origen se encuentra en el repositorio UCrea.

**RESUMEN**

El cannabis es una planta que podría tener aplicaciones terapéuticas, aunque produce un número considerable de efectos adversos. El consumo en población juvenil es elevado, aunque se consume a todas las edades. La vía de administración es intrapulmonar y, por su alta absorción, produce diversos efectos psicotrónicos y adversos. En nuestro medio se utiliza con finalidades recreativas.

Se realiza una revisión de la literatura publicada con el objetivo de describir sus efectos adversos y terapéuticos.

Su consumo regular se asocia con un conjunto de patologías de carácter psiquiátrico además de diversos efectos adversos sobre otros sistemas del organismo, generando problemática social y de salud pública.

Por otro lado, los cannabinoides tienen potenciales efectos terapéuticos. Algunos derivados están comercializados para este uso. En la actualidad se está investigando el uso de derivados cannábicos en diversas indicaciones.

Los profesionales de enfermería forman parte del equipo multidisciplinar, desarrollando competencias asistenciales, educadoras y preventivas.

Es necesario continuar investigando para determinar cuál podría ser su correcta utilización en el campo de la salud y sus posibles usos en el futuro.

**Palabras clave:** cannabis, efectos terapéuticos, efectos adversos, consumo

**ABSTRACT**

Cannabis is a plant that could have therapeutic applications, although it produces a considerable number of adverse effects. Consumption in young people is high, and it is consumed at all ages. The administration of cannabis into the body is intrapulmonary, by smoking it. Its high absorption can produce different psychotropic and adverse effects. In our environment it is used for recreational purposes.

This is a review of the literature published in order to describe the therapeutic and adverse effects.

Its regular consumption is associated to a set of psychiatric pathologies. Besides, various adverse effects on other systems of the body can occur, generating social and public health problems.

On the other hand, cannabinoids can have therapeutic effects. Some drugs are marketed for this use. Many experts are currently investigating the use of cannabis derivatives in different medical directions.

Nurses are part of the multidisciplinary team, improving health care by developing educative and preventive abilities.

It is necessary to continue investigating in order to determine not only its correct use in the field of health, but also its possible uses in the future.

**Keywords:** cannabis, adverse effects, therapeutic effects, consumption

**INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA. JUSTIFICACIÓN**

Los derivados cannábicos que se utilizan para uso recreativo o uso terapéutico provienen de la planta del cáñamo. Existen tres especies o subespecies de esta planta que pueden tener interés terapéutico: *cannabis s. sativa*, *cannabis s. indica* y *cannabis s. ruderalis*<sup>1</sup>.

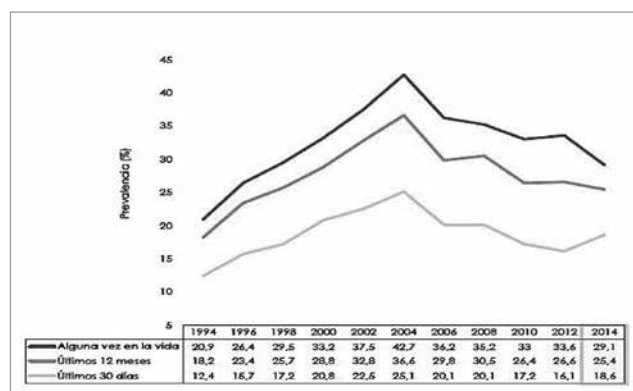
Desde la perspectiva sanitaria, en la actualidad, el uso más frecuente de los derivados cannábicos es el recreativo y en ocasiones el médico<sup>2</sup>.

La situación legal del consumo recreativo del cannabis en el mundo está en constante cambio. Solo un país, Uruguay, y cuatro estados de Estados Unidos, junto el Distrito de Columbia, tienen legalizado el consumo recreativo en determinadas circunstancias<sup>2</sup>. Ningún país pone problemas legales al consumo terapéutico de los derivados cannábicos por vía no inhalada, siempre que esté apoyado por la evidencia científica.

El cannabis es la droga ilegal que más se consume tanto en el panorama nacional como internacional<sup>3</sup>. En el caso de España, el 30,4% de la población de entre 15 y 64 años, afirma haber consumido cannabis alguna vez en la vida, un 9,2% en el último año y un 6,6% en el último mes; en el caso de la población más joven (de 15 a 34 años) los porcentajes son algo más altos (40,2%, 17,0% y 12,2%, respectivamente). El consumo es mayor en los hombres que en las mujeres (12,9% frente a 5,4%)<sup>4</sup>.

El consumo problemático de cannabis es el que genera problemas tanto a la persona que lo consume como a su entorno.

En España, un 2,2% de la población adulta presenta un consumo problemático de cannabis, siendo de 3,9% en la población de 14 a 18 años. El consumo problemático disminuye con la edad<sup>4</sup>. El cannabis es la primera droga de consumo ilegal<sup>1</sup>; dicho consumo, en adolescentes ha disminuido en los últimos años, aunque los individuos que lo utilizan lo hacen de manera más crónica que en el pasado<sup>3</sup>.



**Figura 1. Consumo de Cannabis en adolescentes españoles de entre 14 y 18 años<sup>3</sup>**

Las vías de consumo influyen en la cantidad de  $\Delta^9$ -THC que se absorbe y en la velocidad en que lo hace. La forma más habitual de consumo de cannabis es vía intrapulmonar (fumada). Esta vía es tan rápida como la intravenosa y el  $\Delta^9$ -THC se detecta en sangre solo pocos segundos después de la primera calada<sup>1</sup>.

Una vez inhalado el humo, los efectos son inmediatos, su máximo es a los 20-30 minutos tras haberlo consumido y el efecto del cannabis puede durar hasta 2-3 horas, por estas razones es la vía de consumo más potente<sup>5</sup>.

Por vía oral su absorción es menor, debido a la destrucción que sufre por medio del jugo gástrico y a la metabolización hepática de primer paso. Además los efectos son más diferidos, aunque más prolongados<sup>1</sup>.

La administración de  $\Delta^9$ -THC rectal o mediante parches por vía transdérmica se podría considerar una vía adecuada si se pretende evitar la metabolización hepática de primer paso<sup>1</sup>.

El  $\Delta^9$ -THC tiene una gran afinidad por los CB<sub>1</sub>R<sup>6</sup> que se encuentran en áreas de alta densidad de terminales neuronales de diferentes estructuras cerebrales, encargadas de la actividad motora, la coordinación, la memoria a corto plazo, funciones de ejecución, el apetito y la sedación<sup>7</sup>.

El sistema endocannabioide también contiene CB<sub>2</sub>R que se encuentran fundamental, aunque no exclusivamente, en células inmunológicas<sup>8</sup>.

La eliminación de los cannabinoides por parte del organismo es muy lenta. Esto se debe a su naturaleza liposoluble que hace que se acumulen en tejido adiposo y no puedan ser metabolizados. Su lenta eliminación hace que puedan ser detectados, en sangre y en orina, semanas después del consumo<sup>5</sup>.

El principal efecto agudo del cannabis, a nivel del sistema nervioso central, es una acción depresora; no obstante, sus efectos dependen del ambiente en el que se produzca su consumo: si su consumo se realiza en un lugar tranquilo, los efectos que produce son apatía y somnolencia; por el contrario, si su consumo se realiza en un lugar animado, el efecto, más eufórico, se manifiesta en forma de verborrea, gregarismo y felicidad<sup>5</sup>.

Tras su consumo pueden aparecer alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, siempre siendo conocedor de la verdadera realidad. En las últimas fases de la intoxicación se aprecia sedación y la somnolencia profunda y prolongada<sup>5</sup>.

Durante la intoxicación pueden apreciarse también alteración en la coordinación motora, aumento del apetito, taquicardia e inyección conjuntival. Se pueden dar otros efectos menos comunes como son la blefarosis (descenso del párpado superior), sequedad de boca y descenso, incluso inhibición, de la sudoración<sup>5</sup>.

Según Ayesta FJ et cols. "Un trastorno adictivo, una **dependencia**, se caracteriza por una disminución en el control sobre el consumo de una sustancia"<sup>5</sup>. Las solicitudes de tratamiento por dependencia de cannabis suponen el 10-15% de todas las demandas de sustancias ilegales en España y el 75-80% de las solicitudes en menores de 18 años<sup>5</sup>.

El cese de consumo de cannabis, no tiene un síndrome de abstinencia como tal; además, la mayoría de los pacientes no tienen más síntoma que las propias ganas de consumir de nuevo la sustancia. Sólo aparece alguna sintomatología en grandes consumidores y suele ser poco intensa y relativamente inespecífica<sup>5</sup>.

## OBJETIVOS

- Mostrar los efectos adversos del consumo de cannabis.
- Poner de manifiesto los efectos terapéuticos de la sustancia
- Especificar el rol enfermero relacionado con el cannabis.

## METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Cuiden y Cochrane, mediante Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) en el periodo enero-junio 2016.

Criterios de inclusión: Límite temporal: 10 años; inglés y español; acceso libre a través de la Universidad de Cantabria o el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Términos DeCS	Términos MeSH
Cannabis	Cannabis
Cannabidiol	Cannabidiol
Impactos en la salud	Impacts on health
Uso terapéutico	Therapeutic use
Toxicidad	Toxicity

## RESULTADOS

### EFFECTOS ADVERSOS DEL CONSUMO DE CANNABIS

El índice terapéutico de las preparaciones de cannabis es muy alto; de hecho, no se han descrito muertes atribuibles inequívocamente a sobredosis<sup>5</sup>.

Se clasifican en:

- Psiquiátricos y del Sistema Nervioso Central.
- Ansiedad
- Depresión
- Psicosis y esquizofrenia
- Otras acciones de carácter central
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratorio
- Efectos oculares
- Aparato digestivo
- Embarazo y lactancia
- Salud Pública y Seguridad

### Psiquiátricos y del Sistema Nervioso Central

Tras el consumo agudo puede aparecer ansiedad, irritabilidad, inquietud, tristeza, síntomas paranoides y ataques de pánico; todos ellos desaparecen de manera espontánea cuando finaliza la intoxicación. En un modo más extremo, pueden aparecer episodios psicóticos agudos, acompañados de ideas delirantes, alucinaciones, confusión, amnesia, ansiedad y agitación<sup>1</sup>.

Los trastornos crónicos relacionados con el consumo de cannabis son con mayor frecuencia ansiedad, depresión y psicosis. Como trastornos más infrecuentes se encuentran los flashbacks y trastornos de personalidad<sup>1</sup>.

### Ansiedad

Los consumidores tienen una alta prevalencia de ansiedad y, por otro lado, los individuos que padecen ansiedad tienen altas tasas de consumo de cannabis<sup>9</sup>. Un metanálisis<sup>10</sup> en el que se analizan 31 estudios de diez países en los que habían participado unas 112.000 personas ambulatorias, ha encontrado una ligera asociación entre consumo actual de cannabis y presencia de trastornos de ansiedad (OR= 1,24; 95%CI: 1,06-1,45), asociación que se mantenía tras eliminar todos los potenciales factores de confusión habituales. La edad de inicio en el consumo de cannabis es uno de los factores que más se asocia con la aparición de patología ansiosa<sup>9</sup>.

### Depresión

La asociación del consumo de cannabis con depresión se ha observado en una revisión que analiza 14 estudios con más de 76.000 pacientes en el que se objetiva que los grandes consumidores de cannabis presentaban una mayor probabilidad de desarrollar patología depresiva (OR: 1,62; 95%CI: 1,21-2,16); el incremento en el resto de los fumadores de cannabis era mucho menor, aunque significativo (OR: 1,17; 95%CI: 1,05-1,30)<sup>10</sup>.

### Psicosis y esquizofrenia

Aunque no es frecuente, un solo consumo de cannabis, en ocasiones el primero, puede inducir una psicosis aguda tóxica transitoria, caracterizada por la presencia de alucinaciones paranoicas con juicio de realidad intacto<sup>5</sup>.

El consumo de cannabis se asocia con un mayor riesgo de desarrollar psicosis posteriormente y este riesgo es dosis-dependiente<sup>11</sup>.

El consumo crónico de cannabis aumenta las posibilidades y puede llegar a desencadenar esquizofrenia en personas predispuestas genéticamente a padecerla. El consumo de cannabis se asocia con una más temprana aparición (2,5-3,0 años antes respecto a los no consumidores) del inicio de la psicosis<sup>8</sup>.

La evidencia muestra que cuanto más temprana sea la exposición más temprano será el comienzo de la patología y que la relación trastorno psicótico / consumo de cannabis es bidireccional<sup>12</sup>.

Las personas con una historia familiar de trastornos psicóticos o una historia de trauma infantil pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicóticos en asociación con los cannabinoides, al igual que lo están quienes presentan determinados polimorfismos en los genes COMT y AKT1<sup>11</sup>.

### Otras acciones de carácter central

El consumo de cannabis afecta a la memoria reciente y a la concentración, dando lugar a una disminución de la atención. A nivel cognitivo, se produce un enlentecimiento en la velocidad de reacción, la memoria a corto plazo se ve alterada, hay una incoordinación motora general, problemas de concentración y mayor dificultad para atender a varias cosas a la vez<sup>1</sup>.

Aun así, los daños cognitivos tras el consumo diario prolongado de derivados cannábicos se pueden corregir en un periodo de tiempo breve tras el cese del consumo de la sustancia<sup>1</sup>.

### Sistema cardiovascular

El consumo de cannabis da lugar a taquicardia y, en ocasiones a hipotensión ortostática<sup>13</sup>.

En personas con problemas cardiacos, la exposición al can-

nabis puede producir un aumento del gasto cardiaco, una disminución de la tolerancia del individuo al esfuerzo<sup>14</sup>. Además del incremento del gasto cardiaco, a esto contribuye el aumento de catecolaminas circulantes, unos mayores niveles de carboxihemoglobina y la hipotensión postural<sup>13</sup>.

### Sistema respiratorio

Dado que el consumo de derivados cannábicos va asociado en la mayoría de los casos al consumo de tabaco, la toxicidad respiratoria de ambas sustancias se suma o se potencia.

El consumo agudo de cannabis por vía intrapulmonar produce un incremento de la inflamación de las grandes vías respiratorias, incrementando la resistencia de éstas al aire y destruyendo tejido pulmonar. Además, un consumo crónico de cannabis deriva en bronquitis crónica, aumento del riesgo de enfisema, inflamación respiratoria crónica y daño en la función respiratoria. Así mismo, el consumo crónico de cannabis también produce un incremento en el riesgo de padecer cáncer de pulmón<sup>15</sup>.

### Efectos oculares

El efecto más común es la inyección o hiperemia conjuntival. También se genera una reducción en la producción de lágrimas y ptosis palpebral<sup>1</sup>.

### Aparato digestivo

El consumo de cannabis produce una disminución en la segregación de fluidos general en el organismo. A nivel digestivo da lugar a una reducción de la producción salivar, que conlleva sequedad bucal, reduce el peristaltismo intestinal y enlentece el vaciado gástrico<sup>1</sup>.

### Embarazo y lactancia

El consumo de cannabis da lugar a una disminución del peso del niño al nacer, disminución que se cree que está relacionada con la inhalación de monóxido de carbono, que dificulta la llegada de suficiente oxígeno al feto<sup>16</sup>.

Algunos estudios epidemiológicos han descrito que la exposición intraútero del bebé al cannabis pueda originar alteraciones neurobiológicas que se manifiesten como alteraciones neuropsiquiátricas durante la adolescencia y edad adulta<sup>17</sup>.

Por otra parte, al ser una sustancia liposoluble, el  $\Delta^9$ -THC tiene alta afinidad por las grasas. Esto hace que se acumule en la leche materna.

### Salud pública y seguridad

Conducir bajo la influencia del cannabis aumenta de 2 a 7 veces las probabilidades de estar envueltos en un accidente de coche o moto<sup>15</sup>.

Otro problema de salud pública asociado a su consumo es la adicción y/o dependencia que su consumo origina. Aproximadamente el 10% de las personas que inician el consumo de cannabis, acabarán desarrollando un trastorno adictivo<sup>18</sup>; este porcentaje es mayor cuando el comienzo es en la adolescencia y en individuos que consumen la sustancia diariamente<sup>11</sup>.

### UTILIDAD TERAPÉUTICA

*Acciones terapéuticas avaladas con estudios del tipo de metanálisis y revisiones bibliográficas que demuestran su efectividad.*

### Náuseas y vómitos

En estudios experimentales con animales se pudo comprobar la eficacia como antiemético del CP55940, un cannabinoide sintético que imita los efectos del  $\Delta^9$ -THC natural, y se vio que su acción es más potente que la del  $\Delta^9$ -THC. Por otra parte, también se comprobó que el rimonabant es capaz de revertir tanto los efectos del  $\Delta^9$ -THC como los del CP55940<sup>19</sup>.

Entre los preparados disponibles se encuentran: el dronabinol (forma sintética del  $\Delta^9$ -THC, su principio activo), la nabilona (análogo de los cannabinoides, su principio activo:  $\Delta^9$ -THC) y el sativex. Este último es un extracto de Cannabis sativa que contiene como principio activo tanto  $\Delta^9$ -THC como CBD: el  $\Delta^9$ -THC activa los CB<sub>1</sub>R y CB<sub>2</sub>R, mientras que el CBD puede potenciar los efectos de  $\Delta^9$ -THC y modular el receptor TRPV1 (receptor vaniloide)<sup>5,20</sup>.

### Esclerosis múltiple

Los estudios experimentales en animales muestran que los cannabinoides son capaces de controlar la espasticidad. De hecho, en algunos países se han comercializado combinaciones de cannabinoides, THC y cannabidiol en mayor medida, para el tratamiento de la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple<sup>19</sup>.

Sativex®, spray oral que se usa para el tratamiento de la espasticidad, normalmente cuando otros tratamientos orales han fallado, puede contribuir a la mejora de la función motora<sup>18</sup>.

### Dolor

Tanto los endocannabinoides naturales como los sintéticos son capaces de aliviar el dolor en casos de inflamación y dolor neuropático. Este alivio se ha comprobado tanto en dolores agudos como crónicos<sup>21</sup>.

Aunque este efecto analgésico proviene en su mayor parte de la interacción con el CB<sub>1</sub>R, el CB<sub>2</sub>R también contribuye en la reducción del dolor. Los efectos de los cannabinoides exógenos pueden ser amplificados a través del uso de inhibidores del FAAH o metionina gamma-liasas (MGL); al bloquear el enzima que metaboliza, aumenta la concentración de cannabinoides y ello amplifica el efecto<sup>19</sup>.

El uso de analgésicos que provienen del cannabis podría contribuir a limitar la toxicidad derivada del uso de los fármacos utilizados para el dolor crónico, los opioides y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

*Potenciales acciones terapéuticas en las que hay evidencias de que son efectivas pero no con la suficiente evidencia que avalen su uso para las diferentes patologías.*

### Epilepsia

La ausencia de medicaciones eficaces en las epilepsias refractarias (al menos un 20% del total) permite especular sobre la potencial utilidad de los derivados cannábicos, especialmente del CBD, en el tratamiento de los diversos tipos de epilepsia para los que en la actualidad no hay tratamiento útil<sup>19</sup>.

Numerosos estudios en animales de experimentación señalan que los cannabinoides son eficaces previniendo los ataques epilépticos y reduciendo la mortalidad en estos animales. El CBD es mejor anticonvulsivante que el  $\Delta^9$ -THC<sup>15</sup>.

### Trastornos alimentarios

La estimulación del apetito es uno de los efectos adversos

más comunes del consumo de cannabis. La administración de cualquier anandamida (neurotransmisores que imitan los efectos de los cannabinoides) o de 2-araquidonilglicerol (2-AG, ligando de los CB<sub>1</sub>R y CB<sub>2</sub>R) también provoca una estimulación del apetito. Al contrario, el antagonista rimonabant inhibe el apetito de comida con sacarosa<sup>19</sup>.

### Glaucoma

La administración de WIN55212-2 tópico en pacientes con patología de glaucoma refractario da lugar a una rápida reducción de la presión intraocular, aun cuando se les haya suprimido previamente cualquier otra medicación<sup>22</sup>. La misma acción la producen el  $\Delta^9$ -THC y resto de cannabinoides.

### Neurodegeneración/Neuroprotección

En pacientes que sufren la enfermedad de Huntington se puede observar una reducción de la expresión del CB<sub>1</sub>R en las regiones del cerebro que están destinadas a la función locomotora, mientras que los CB<sub>2</sub>R de las células microgliales se reconocen como neuroprotectores para esta enfermedad<sup>23</sup>.

En el caso del Parkinson, los pacientes presentan una pérdida de CB<sub>1</sub>R en las áreas cerebrales locomotoras. El hecho de que en el Parkinson se produzca una destrucción general de las células dopaminérgicas quiere decir que se destruye todo lo que las compone, también los CB<sub>1</sub>R<sup>19</sup>.

Las acciones de los CB<sub>1</sub>R en los pacientes con patología de Alzheimer son contradictorias: hay quien sugiere que se produce un incremento de CB<sub>1</sub>R al comienzo de la enfermedad, en pacientes aún asintomáticos; sin embargo, en otros se afirma que hay una pérdida generalizada de CB<sub>1</sub>R alrededor de las placas<sup>24</sup>.

Se ha visto que los agonistas cannabinoides son eficaces en algunos modelos de isquemia y derrame cerebral; de hecho, los CB<sub>1</sub>R son inducidos tras el derrame cerebral<sup>19</sup>.

### Cáncer

Diversos estudios sugieren que la estimulación farmacológica de los CBR constituye un factor antitumoral para ciertos tipos de cáncer. Se ha descrito que el tratamiento anticancerígeno con cannabinoides para estimular los CBR produce la apoptosis de células cancerígenas, no permite que se produzca una angiogénesis tumoral y bloquea la invasión de la metástasis. El mecanismo que produce para asegurar la muerte de células cancerígenas es la estimulación de la autofagocitosis<sup>25</sup>.

Uno de los factores que podría contribuir al efecto anticancerígeno de los cannabinoides es su capacidad de inhibir la estimulación del factor de crecimiento vascular endotelial, y así privar de vascularización al tumor<sup>25</sup>.

Por último, se ha descrito también la capacidad de los cannabinoides para producir la reducción de la formación de masas tumorales y la de reducir la capacidad de migrar, adherirse e invadir otros tipos de células, por lo que podrían tener también una cierta acción antimetastásica<sup>26</sup>.

### Estrés y ansiedad

El estrés que posteriormente induce ansiedad se asocia con una reducción de los niveles de N-araquidónico etanolamina (AEA) en el sistema nervioso central. Aumentar los cannabinoides endógenos mediante la administración de un inhibidor de la FAAH en un individuo con estrés hace que se produzcan menos efectos ansiogénicos<sup>19</sup>.



En relación con el estrés postraumático, hay datos que sugieren que las personas que padecen estrés postraumático pueden ver aliviados sus síntomas -como la calidad del sueño, una disminución en la frecuencia de pesadillas y menor incidencia de insomnio- con el uso de derivados cannábicos<sup>27</sup>.

### Somnífero

Sedación y somnolencia son dos efectos comunes tras consumir cannabis de manera aguda, algo que parte de los consumidores recreativos refieren buscar. El consumo de cannabis incrementa el tiempo de sueño total en personas que padecen alguna dificultad para mantener el sueño, incluyendo a pacientes con cáncer que sufren de dolor crónico, a las personas que padecen estrés postraumático y a aquellos que padecen de insomnio. Pese a este aumento en el tiempo de sueño total, se puede dar una disminución en la calidad de este<sup>15</sup>.

## ROL DE ENFERMERÍA

Podría decirse que las funciones más importantes de la enfermería en este ámbito son la función asistencial, educadora y preventiva.

La función asistencial es la prestación directa de cuidados y puede ser autónoma o en colaboración con otros profesionales<sup>28</sup>.

La perspectiva asistencial implica que el profesional de enfermería sea una herramienta en la deshabituación cannábica del paciente, en el caso de encontrar a individuos con dependencia hacia la sustancia<sup>29</sup>, o bien tratar al paciente con los derivados cannábicos correspondientes a la mejora de su patología, previa prescripción médica<sup>28</sup>.

Desde el punto de vista de la deshabituación cannábica, el profesional de enfermería forma parte del equipo multidisciplinar que llevará a cabo la intervención<sup>28</sup>. En este caso, la intervención debe ser individualizada con el paciente, centrándose en el manejo clínico de los posibles síntomas, con educación para la salud, adherencia al tratamiento y prevención de posibles recaídas<sup>28</sup>.

La función educadora con enfoque preventivo consiste en instruir a los consumidores, potenciales consumidores, pacientes, otros profesionales y futuros profesionales. Puede realizarse mediante intervenciones puntuales o sistemáticas, cuya intensidad y contenido variarán según la población diana, con el objetivo de transmitir una adecuada percepción del riesgo del consumo y de sus consecuencias.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en nuestro medio, especialmente por la población juvenil y adulto-juvenil.

Aunque el consumo de cannabis presenta una cierta aura de inocuidad, que se debe en parte a la inexistencia de muertes por sobredosis, la evidencia muestra que su consumo no está exento de reacciones adversas graves, especialmente psiquiátricas y sobre todo en las personas más jóvenes. Su consumo crónico, puede originar problemas de salud severos.

Sería conveniente fomentar intervenciones de educación y de apoyo en el cese del consumo, dirigidas a la población con un

consumo problemático y a la población juvenil para prevenir el inicio del consumo, desde el ámbito de la salud comunitaria. De esta manera, se podría realizar un acercamiento y seguimiento a este grupo y tratar de descender el número de consumidores o, al menos, tratar de inculcar un consumo responsable a quienes presentan un consumo problemático.

El uso de los cannabinoides con fines terapéuticos es un tema controvertido, en debate en la sociedad. Frente a usos clínicamente establecidos (como antieméticos o antiespásticos) existen en la actualidad varias y diversas líneas de investigación, especialmente en trastornos que en la actualidad no tienen cura o ésta es deficiente.

El rol enfermero en el consumo cannábico problemático sería el de ser una herramienta en la deshabituación cannábica. Realizaría funciones que irían desde la educación y prevención del consumo, a la realización de procedimientos diagnósticos para verificar el cese del consumo y los efectos ocasionados en el organismo del paciente. Por otra parte, desde el punto de vista terapéutico, desarrollarán, dentro del equipo multidisciplinar, todas las competencias propias de la profesión.

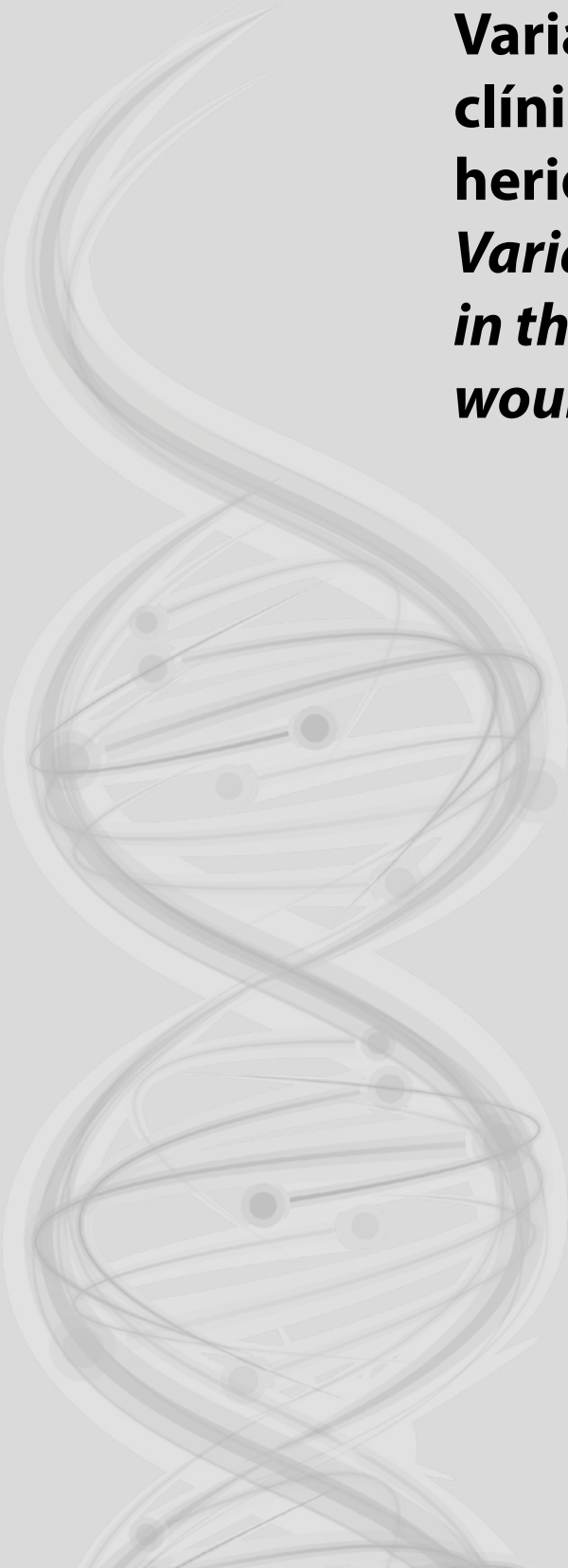
## BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Nacional sobre Drogas. Cannabis II: Informe de la Comisión Clínica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2009
2. Gould J. The cannabis crop. *Nature*. 2015 Sep 24;525(7570):S2-3.
3. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2016
4. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2015.
5. Ayesta FJ, Rodríguez M, Santamaría J. Trastornos adictivos - Farmacodependencias. En J Flórez (ed), *Farmacología Humana*, 6ª ed, Masson, Barcelona, 2014, pp: 547-567
6. McPartland JM, Duncan M, Di Marzo V, Pertwee RG. Are cannabidiol and  $\Delta(9)$ -tetrahydrocannabinol negative modulators of the endocannabinoid system? A systematic review. *Br J Pharmacol*. 2015 Feb;172(3):737-53.
7. Katona I, Freund TF. Endocannabinoid signaling as a synaptic circuit breaker in neurological disease. *Nat Med*. 2008 Sep;14(9):923-30.
8. Suárez-Pinilla P, López-Gil J, Crespo-Facorro B. Immune system: a possible nexus between cannabinoids and psychosis. *Brain Behav Immun*. 2014 Aug;40:269-82.
9. Hanna RC, Perez JM, Ghose S. Cannabis and development of dual diagnoses: A literature review. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2016 Sep 9:1-14. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27612527.
10. Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2014 Mar;44(4):797-810.
11. Radhakrishnan R, Wilkinson ST, D'Souza DC. Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. *Front Psychiatry*. 2014 May 22;5:54.
12. Stefanis NC, Dragovic M, Power BD, Jablensky A, Castle D, Morgan VA. Age at initiation of cannabis use predicts age at onset of psychosis: the 7- to 8-year trend. *Schizophr Bull*. 2013 Mar;39(2):251-4.
13. Jones RT. Cardiovascular system effects of marijuana. *J Clin Pharmacol*. 2002 Nov;42(11 Suppl):58S-63S.

14. Schempf AH, Strobino DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? *J Urban Health*. 2008 Nov;85(6):858-73.
15. Sachs J, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Safety and Toxicology of Cannabinoids. *Neurotherapeutics*. 2015 Oct;12(4):735-46.
16. Trezza V, Cuomo V, Vanderschuren LJ. Cannabis and the developing brain: insights from behavior. *Eur J Pharmacol*. 2008 May 13;585(2-3):441-52.
17. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 2011 Aug;163(7):1344-64.
18. Benbadis SR, Sanchez-Ramos J, Bozorg A, Giarratano M, Kalidas K, Katzin L, Robertson D, Vu T, Smith A, Zesiewicz T. Medical marijuana in neurology. *Expert Rev Neurother*. 2014 Dec;14(12):1453-65.
19. Alexander SP. Therapeutic potential of cannabis-related drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016 Jan 4;64:157-66.
20. May MB, Glode AE. Dronabinol for chemotherapy-induced nausea and vomiting unresponsive to antiemetics. *Cancer Manag Res*. 2016 May 12;8:49-55.
21. Burston JJ, Woodhams SG. Endocannabinoid system and pain: an introduction. *Proc Nutr Soc*. 2014 Feb;73(1):106-17.
22. Porcella A, Maxia C, Gessa GL, Pani L. The synthetic cannabinoid WIN55212-2 decreases the intraocular pressure in human glaucoma resistant to conventional therapies. *Eur J Neurosci*. 2001 Jan;13(2):409-12.
23. Palazuelos J, Aguado T, Pazos MR, Julien B, Carrasco C, Resel E, Sagredo O, Benito C, Romero J, Azcoitia I, Fernández-Ruiz J, Guzmán M, Galve-Roperh I. Microglial CB2 cannabinoid receptors are neuroprotective in Huntington's disease excitotoxicity. *Brain*. 2009 Nov;132(Pt 11):3152-64.
24. Ramírez BG, Blázquez C, Gómez del Pulgar T, Guzmán M, de Ceballos ML. Prevention of Alzheimer's disease pathology by cannabinoids: neuroprotection mediated by blockade of microglial activation. *J Neurosci*. 2005 Feb 23;25(8):1904-13.
25. Velasco G, Hernández-Tiedra S, Dávila D, Lorente M. The use of cannabinoids as anticancer agents. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016 Jan 4;64:259-66.
26. Velasco G, Sánchez C, Guzmán M. Towards the use of cannabinoids as antitumor agents. *Nat Rev Cancer*. 2012 May 4;12(6):436-44.
27. Johnson MJ, Pierce JD, Mavandadi S, Klaus J, Defelice D, Ingram E, Oslin DW. Mental health symptom severity in cannabis using and non-using Veterans with probable PTSD. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15;190:439-42.
28. Martin D - Cannabis: Posibilidades Terapéuticas en el Ámbito Enfermero. *Rev. enferm. CyL Vol 7 - Nº 1, Castilla y León, 2015.*
29. Servicio de asistencia. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, Madrid, 2015.

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

$\Delta^9$ -THC	$\Delta^9$ -Tetrahidrocannabinol
2-AG	2-Araquidonilglicerol
AEA	N-Araquidónico etanolamina
AINES	Antiinflamatorio no esteroideo
CBD	Cannabidiol
CBN	Cannabinol
CBR	Receptores de los cannabinoides
CB <sub>1</sub> R	Receptores de los cannabinoides de tipo 1
CB <sub>2</sub> R	Receptores de los cannabinoides de tipo 2
FAAH	Ácido graso amida hidrolasa
MGL	Metionina gamma-liasa
TRPV1	Receptor vaniloide



**Variabilidad en la práctica  
clínica en el manejo de las  
heridas crónicas.**  
***Variability in clinical practice  
in the management of chronic  
wounds.***

**Autoras:**

**Eva Terán Santana<sup>(1)</sup>**

**Andrea Caballero Gutiérrez<sup>(2)</sup>**

*<sup>(1)</sup> Diplomada en Enfermería. Máster Universitario en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de las Heridas Crónicas. Especialista en enfermería familiar y comunitaria. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. España.*

*<sup>(2)</sup> Diplomada en Enfermería. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud. Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

*Dirección para correspondencia:  
eteransantana@hotmail.com*

Recibido: 18 de julio de 2018  
Aceptado: 8 de diciembre de 2018

Este trabajo ha sido presentado en formato comunicación en el V Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería de FUNCIDEN

## RESUMEN

Las heridas crónicas suponen un problema de salud pública con prevalencia elevada en todos los ámbitos asistenciales, que en ocasiones se cronifican por ausencia de criterios diagnósticos, pautas de tratamiento y cuidados adecuados. La variabilidad en la práctica clínica es un factor a estudiar.

Se realizan búsquedas bibliográficas en las bases de datos: Uptodate, Trip Database, Cochrane plus, Cuiden y Pubmed desde el año 2010 sin restricción de idioma o tipo de estudio. Evaluación de la calidad y grado de recomendación mediante el sistema GRADE.

Los resultados señalan como causas de variabilidad la cantidad de guías/protocolos sin unificación de criterios y con diversa metodología, así como las barreras de los profesionales al utilizar la evidencia científica. Un 90% de enfermeras considera real la variabilidad en el cuidado, señalando como causas el déficit formativo, actitudes del profesional y el estilo de práctica profesional. La figura de una enfermera referente en heridas crónicas obtiene resultados positivos respecto a la disminución de variabilidad.

La variabilidad en la práctica clínica es evidente. Es importante considerar como estrategias para su disminución: incorporar las últimas recomendaciones en GPC con alta calidad metodológica, incidir en la formación tanto en materia de heridas como en investigación y valorar la creación de una figura profesional referente como consultora.

**Palabras clave:** práctica profesional, cuidados de la piel, atención de enfermería, úlcera cutánea

## ABSTRACT

Chronic wounds represent a public health problem with a high prevalence in all care settings. Sometimes they are chronic due to the absence of diagnostic criteria, treatment guidelines and accurate care. The variability in clinical practice is a factor that has to be studied.

The information was searched in different databases: Uptodate, Trip Database, Cochrane plus, Cuiden and Pubmed. Since 2010 without language restriction or type of study. Evaluation of the quality and degree of recommendation through the GRADE system.

The results point out as causes of variability the high number of guides/protocols without unification of criteria and with different methodology, as well as the barriers of professionals when using scientific evidence. 90% of nurses consider real this variability in care, identifying as causes the deficient training, professional attitudes and professional practice style. The figure of a specialist nurse in chronic wounds obtains positive results regarding the decrease in variability.

The variability in clinical practice seems evident. It is important to consider strategies for its reduction: to incorporate the latest recommendations in the CPG with high methodological quality; to have impact on the training, both in terms of injuries and professional research; and to assess the creation of a professional mentor figure as a consultant.

**Keywords:** professional practice, skin care, nursing care, skin ulcer

## INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas suponen una importante problemática en el contexto de la salud pública a nivel mundial. Su prevalencia es elevada en todos los ámbitos asistenciales, especialmente en lo referido a úlceras por presión (upp) y úlceras de extremidad inferior (uei). Suelen ir asociadas al proceso de envejecimiento y cronicidad de la población, considerándolas en muchas ocasiones un mal menor e inevitable<sup>1</sup>. En el último Congreso del XI Simposio Nacional y IX Congreso Iberoamericano sobre Úlceras por Presión y Heridas concluyeron que hasta un 1% de la población mundial puede llegar a desarrollar al menos una herida crónica de cualquier etiología a lo largo de su vida, con un aumento de la predisposición en personas mayores y frágiles<sup>2</sup>.

Las heridas crónicas, según el Manual de Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas del Servicio Cántabro de Salud, son definidas como aquellas *"heridas que requieren para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, ya que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Se considera que una herida se cronifica cuando no ha culminado el proceso de cierre de la misma en un período de 6 semanas"*. Además, en esta definición anotan que las heridas agudas pueden llegar a cronificarse, siendo el caso de

complicaciones como la dehiscencia de suturas, fistulizaciones o heridas con evolución tórpida<sup>3</sup>.

Los costes que suponen para la sociedad el cuidado de las heridas crónicas son elevados. En términos de costes directos se estima un gasto económico mayor del 5% del gasto sanitario total solo en el contexto de las upp y del 1,5 al 3% en uei, empleado sobre todo en gastos de material, tiempo de enfermería y estancias hospitalarias. También hay que valorar los costes indirectos como son las prestaciones a la dependencia, soporte domiciliario, absentismo laboral, así como los costes intangibles traducido en las repercusiones sobre la persona y su entorno como es la calidad de vida, problemas psicosociales, dolor y limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria, entre otras.<sup>4</sup>

Por otro lado, es importante resaltar la existencia de evidencias científicas que demuestran que en el caso de las upp, podrían evitarse en un significativo número de casos (al menos un 95% de los casos), lo que plantea una reflexión ética de la situación y en la que se sitúa la Declaración de Rio de Janeiro sobre la prevención de úlceras por presión como un derecho universal, resaltando el problema de salud pública que implican las upp así como una amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes<sup>5</sup>. Sin embargo, la ética en los cuidados continúa resultando en muchas ocasiones intrascendente para los profe-

sionales no comprendiendo su relación, tanto ética como legal, con la responsabilidad clínica sobre las upp<sup>6</sup>. A esto se debe añadir que, en algunos casos esas upp se alargan sin curación en el tiempo por ausencia de criterios diagnósticos, pautas de tratamiento y cuidados adecuados<sup>1,6</sup>.

Respecto a la calidad asistencial de los cuidados que se prestan a las heridas crónicas, existe una apuesta cada vez mayor tanto de los recursos disponibles como de los programas asistenciales, sobre todo en el contexto de las upp debido al problema de salud pública y de seguridad del paciente que suponen. En España, el Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud que tiene como objetivo una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y el apoyo al personal sanitario en la excelencia clínica y adopción de buenas prácticas, recoge de forma explícita la prevención de upp como una de las ocho áreas específicas en las que actuar dentro su estrategia número<sup>8</sup> "Mejorar la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud" en el apartado número 3 "Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas"<sup>7</sup>. No solo en este plan, sino que recientemente, en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud de España 2015-2020, se incluye la prevención de upp dentro de las estrategias dirigidas a minimizar los riesgos asistenciales y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria<sup>8</sup>.

Una de las causas que parece suponer un problema para conseguir una adecuada calidad en la atención sanitaria es la variabilidad injustificada en la práctica clínica de la atención. Esta variabilidad es contemplada dentro del plan de calidad del SNS en su estrategia número 10 "mejorar la calidad clínica" donde proponen iniciativas para disminuir la variabilidad no justificada en la práctica clínica<sup>10</sup>. Entre las causas con las que se relaciona destacan los factores dependientes de la población, (diferencias en los factores de riesgo, gravedad de enfermedad, características socioeconómicas, educación), factores dependientes del sistema sanitario (tipo de recursos disponibles, sistemas de trabajo, utilización de guías o protocolos) y factores dependientes del profesional (características personales y de formación). Como estrategias que proponen para disminuir esa variabilidad destacan la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) o protocolos, así como el acceso a información de calidad que contribuya a una mejor toma de decisiones<sup>9,10</sup>.

Esta variabilidad descrita en la práctica clínica sanitaria se puede relacionar, del mismo modo, con la atención al tratamiento y cuidado de las heridas crónicas siendo percibida también por los propios profesionales sanitarios que intervienen, identificando desacuerdos en la aplicación de los cuidados y en la uniformidad de criterios<sup>6</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Dado el relevante impacto de las heridas crónicas, tanto en términos de prevalencia, costes, como en repercusiones sobre las personas y a nivel social; esta situación exige de una atención clínica de elevada calidad en los cuidados profesionales.

El rol enfermero juega un papel fundamental y debe asumir una responsabilidad en la prevención, tratamiento y cuidados de las heridas crónicas, así como ser conscientes de la trascendencia tanto ética como legal que tienen.

La variabilidad en la práctica clínica en cuanto a los cuidados profesionales en el contexto de las heridas crónicas, no parece justificada dada la existencia de criterios consensuados en las GPC publicadas, admitidas y asumidas por las instituciones de salud de carácter nacional y autonómico.

Estas razones argumentan el propósito de este trabajo que pretende documentar a través de una revisión de la literatura publicada, la situación actual de esta variabilidad en la práctica clínica sobre el cuidado de las heridas crónicas.

## OBJETIVO

Analizar el estado actual de la evidencia científica acerca de la variabilidad existente en la práctica clínica sobre el tratamiento y cuidado de heridas crónicas.

## METODOLOGÍA

Se realizaron búsquedas bibliográficas, durante el mes de enero de 2018, en las bases de datos electrónicas: Uptodate, Trip Database, Cochrane plus, Cuiden y Pubmed. Se utilizaron los descriptores MESH: professional practice, skin ulcer, skin care y nursing care.

Se tuvieron en cuenta aquellos estudios publicados a partir del año 2010 y no hubo restricciones de búsqueda en cuanto al idioma ni al tipo de estudio.

Se incluyeron tanto estudios primarios (ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales o trabajos originales) como estudios secundarios (revisiones sistemáticas, GPC o informes de instituciones sanitarias).

La calidad de la evidencia y el grado de recomendación se evaluó mediante el sistema GRADE (Evaluación del grado de recomendación, desarrollo y evaluación "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation")

Se seleccionaron un total de 9 documentos, correspondientes a cinco estudios primarios y cuatro documentos referentes a estudios secundarios.

## RESULTADOS

Tras realizar el análisis de las nueve publicaciones incluidas en el estudio, se extraen los siguientes resultados que se exponen a continuación.

Respecto a la GPC "Management of patients with venous leg ulcers: Challenges and Current Best Practice"<sup>11</sup> realizan una revisión y comparación de las directrices de 8 GPC sobre la evaluación, diagnóstico, gestión y prevención de úlceras venosas. Señalan la existencia de variaciones en la práctica clínica a pesar de la gran cantidad de estudios disponibles y actualizados periódicamente. Identifican la existencia de barreras para la implementación de las mejores prácticas, creando en muchas ocasiones confusión entre los profesionales. Entre esas barreras resaltan las posibles variaciones en la evidencia o contradicciones entre sí de las recomendaciones, las diferentes organizaciones de salud, el tipo de apoyo de la administración y su responsabilidad en el tema, así como la incorporación de GPC en la capacitación profesional.



En referencia al trabajo de Rostra V y cols. titulado *"Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las úlceras por presión"*<sup>12</sup>, los autores observan un elevado grado de variabilidad en el tratamiento de las upp, identificando como una de las causas la existencia de diversas guías/protocolos en cada comunidad y hospital sin la existencia de criterios unificados; sobre todo en términos de valoración y evaluación del riesgo lo que influye en su tratamiento posterior (fase del proceso donde se observa mayor variabilidad). Refieren que esta variabilidad dificulta la unificación de un plan de cuidados, la continuidad y la calidad de los mismos.

En el estudio de Navarro J y cols.<sup>13</sup> se someten a evaluación 8 GPC sobre upp en España donde concluyen que todas las guías son recomendables para la práctica diaria, aunque solo 3 serían catalogadas como "muy recomendadas" (Guía de la Agencia Valenciana de Salud, la Guía del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza y la Guía del Servicio Andaluz de Salud), siendo el resto de las guías "recomendadas con modificaciones". La variedad metodológica empleada en la elaboración de las GPC crea desconfianza en estos instrumentos, por eso resaltan la importancia de adaptar las GPC de alta calidad e incorporar las nuevas evidencias que vayan apareciendo sobre el cuidado de las heridas para evitar duplicaciones, esfuerzos innecesarios y disminuir la variabilidad asistencial.

En el documento del Ministerio de Sanidad *"Plan de calidad para el sistema nacional de salud 2010"*<sup>14</sup>, plantea estrategias para reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica, destacando como causas de ésta: la formación de la organización y los profesionales, los recursos disponibles, los registros y sistemas de trabajo, así como la utilización de guías o protocolos.

Con respecto a los estudios primarios, la mayoría abordan la temática sobre las barreras que tienen los profesionales para utilizar la evidencia científica, identificando ésta como causa de variabilidad en la práctica diaria.

En el artículo de Rumbo JM *"Variabilidad e incertidumbre en el abordaje de las úlceras y heridas crónicas: situación actual"*<sup>15</sup> señala como positivo la amplia biblioteca que se dispone en relación a las heridas crónicas. Sin embargo, añade la existencia de GPC que no cumplen con un mismo rigor metodológico y de elaboración, con carencias tras evaluar su calidad y variabilidad en función de la escala de evidencia que se haya utilizado. Esto crea desconcierto en los profesionales que no saben qué GPC seguir ni qué recomendación es fiable. Además, señalan que en casos de GPC con buena calidad existen dificultades de cómo trasladar ese conocimiento a los profesionales para la práctica diaria. Resaltan la necesidad tanto de formación como de implantación de las recomendaciones de las mejores GPC en los planes de cuidados, procedimientos y herramientas de trabajo.

En el trabajo de Güimil JAE y cols. titulado *"Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas ¿Qué opinan las enfermeras?"*<sup>16</sup> sobre cuestionarios a enfermería para conocer su opinión sobre

la variabilidad en el abordaje y manejo de las heridas crónicas, un 90% consideraba su existencia en la práctica clínica. Un elevado porcentaje de profesionales refiere tener una formación específica en heridas, sin embargo, como causas principales a la existencia de variabilidad señalan un déficit en la formación con un 65%, seguido del estilo de práctica profesional con un 41% (referido a la tradición y pautas particulares) y la discontinuidad de los cuidados con un 24,5% (falta de comunicación y continuidad entre los profesionales). Otras variables importantes a destacar fueron las actitudes de los profesionales, el exceso/escasez de productos, así como la influencia del marketing donde las empresas privadas tienen un importante papel en la formación de profesionales.

En otro estudio sobre cuestionarios a enfermeras, el trabajo de Granados AE y cols.<sup>17</sup>, con el objetivo de observar la variabilidad en la práctica clínica en el cuidado de las heridas así como el uso de protocolos/GPC en los lugares de trabajo, se identifican barreras importantes para la utilización de la evidencia científica a pesar de la existencia de GPC y donde la formación en heridas era mayoritaria. Las barreras que se señalan son: insuficiente tiempo para la lectura de investigaciones e implementación de nuevas ideas, la organización y estructuras que no permite la aplicación de la evidencia, dificultad para la comprensión de estadísticas y sentimientos de baja autoridad y autonomía para cambiar los cuidados derivados de la investigación. Además, se observa cómo los profesionales en caso de dudas recurren a "profesionales de confianza" (73%) como primera opción antes que a una GPC (51%) aunque saben que es la mejor opción por que las recomendaciones se basan en una evidencia.

En el trabajo de García-Díaz J y cols. titulado *"Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación a referentes en úlceras por presión"*<sup>18</sup> se propone la formación de la figura de un referente en upp y heridas en cada unidad de gestión clínica, con el objetivo de garantizar la difusión de las últimas evidencias disponibles al resto de profesionales de la unidad, así como servir de apoyo accesible. Este estudio obtuvo datos positivos en cuanto a formación de los profesionales y una posible influencia en la disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

En referencia al estudio de Cho I y cols.<sup>19</sup> realizan una comparación de las variaciones en la práctica enfermera entre los pacientes con upp y con riesgo de upp, mediante los registros clínicos enfermeros de un hospital de Korea. Señalan la necesidad de sistemas de registros electrónicos de enfermería estandarizados como sistema para controlar las variaciones en la práctica clínica. Concluyen que la atención preventiva de upp se proporcionó en frecuencias mucho más bajas que las pautas recomendadas, siendo la técnica preventiva más popular los cambios posturales en ambos grupos. También concluye que los profesionales enfermeros más jóvenes, con menos experiencias y con más formación son los que documentaron más intervenciones de enfermería.

TÍTULO	PRIMER AUTOR	TIPO DE ESTUDIO	PROCEDENCIA AÑO	RESUMEN
Management of patients with venous leg ulcers: Challenges and Current Best Practice.	Peter J. Franks	Guía práctica clínica	London 2016	Revisión y comparación de las recomendaciones proporcionadas por 8 GPC (entre 2010-2015) sobre úlceras venosas. Reconocimiento de variaciones en la práctica e identificación de barreras que impiden la implementación de las mejores prácticas.
Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las úlceras por presión.	Vanesa Rostra Ovejero	Revisión bibliográfica	Cuenca 2015	Elevado número de guías y protocolos existentes sin criterios unificados.
Guías de actuación clínica en el deterioro de la integridad cutánea: ¿dicen todas lo mismo?	José Navarro Yepes	Evaluación de Guías de la Práctica clínica	Barcelona 2012	Evaluación de 8 GPC. Variedad metodológica en la elaboración de GPC.
Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010.	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Documento institución sanitaria	Madrid 2010	Estrategias para reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica. Causas identificadas: La formación, los recursos disponibles, registros y sistemas de trabajo, utilización de guías o protocolos.
Variabilidad e incertidumbre en el abordaje de las úlceras y heridas crónicas: situación actual.	José María Rumbo Prieto	Artículo original	España 2015	Evidencias en GPC con bajo nivel y rigor metodológico (crea desconcierto en los profesionales). Dificultades para implantar las GPC con buena calidad para la práctica clínica diaria.
Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿Qué opinan las enfermeras?	José Antonio Esperón Güimil	Estudio observacional analítico	Barcelona 2014	Cuestionarios a enfermeras. Más del 90% considera la existencia de variabilidad. Causas más destacadas: déficit de formación, el estilo de práctica profesional y la discontinuidad de cuidados.
Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas.	Ana Eva Granados-Matute	Estudio observacional descriptivo	Sevilla 2014	Señalan como causas de variabilidad: barreras importantes de los profesionales para utilizar la evidencia científica
Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación a referentes en úlceras por presión.	Javier García Díaz	Estudio experimental	Málaga 2013	Formación de una figura referente de heridas. Datos positivos en formación. Influencia en la disminución de la variabilidad clínica.
Exploring practice variation in preventive pressure-ulcer care using data from a clinical data repository.	InSook Cho	Estudio observacional descriptivo	Korea 2011	Registros de enfermería estandarizados como sistema de control para las variaciones en la práctica clínica. Prevención de upp se proporcionó a frecuencias mucho más bajas que las pautas recomendadas.

## CONCLUSIONES

Según la evidencia disponible, la variabilidad en la práctica clínica parece real y cierta, aunque se requieren de más estudios para sostener una mayor evidencia científica.

La elevada cantidad de guías y protocolos que existen actualmente en cada comunidad y hospital parece favorecer la variabilidad en la práctica clínica diaria, creando en ocasiones confusión entre los profesionales. Por esta razón, es necesario aprovechar las GPC existentes con una alta calidad metodológica para actualizarlas según las últimas recomendaciones y evidencias disponibles, evitando un exceso de información. A nivel profesional es importante incidir en la formación, no solo a nivel de heridas, sino también sobre conocimientos en investigación y estadística.

Por otro lado, incorporar las recomendaciones y últimas actualizaciones en lo referente a las heridas crónicas con unas instrucciones claras y manejables por parte de las instituciones en la práctica diaria de los profesionales, la utilización de un registro clínico estandarizado así como considerar la creación de una figura enfermera referente/consultora en heridas crónicas como profesional de apoyo y conocimiento actualizado para los clínicos y pacientes; son estrategias a considerar para la disminución de la variabilidad en la práctica clínica en el tratamiento y cuidado de heridas crónicas.

Este estudio puede ayudar a fomentar la conciencia sobre la ética de los cuidados en las heridas crónicas entre los profesionales sanitarios y sobre todo en la enfermería, pilar fundamental y símbolo del cuidado, no solo en lo referido a tratamientos y cuidados en una herida sino también en la importancia de su

prevención. Además, este estudio contribuye a plantear una reflexión sobre lo que se está realizando en el quehacer diario, para poder trabajar en una misma línea que evite las variabilidades injustificadas en la atención y que defienda y proteja a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Zabala-Blanco J, Torra i Bou JE, Sarabia-Lavín R, Soldevilla-Agreda JJ. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos [Internet]. Gerokomos. 2011; 22(4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400006)
- Agencia EFE. Un 1% de la población es susceptible de padecer una herida crónica. Agencia EFE [Internet]. 2016 [citado 2017 Dic 20]; Disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/un-1-de-la-poblacion-es-susceptible-padecer-una-herida-cronica/10004-2919149>
- Cacicedo R, Castañeda C, Cossío F, Delgado A, Fernández B. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Servicio Cántabro de Salud. 1ªed. 2011. p. 51-94.
- Torra i Bou, Joan-Enric R-LJ. Economía de la salud. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou, JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP-FSJ; 2016. p.633-650
- SILAUHE. Declaración de Rio de Janeiro sobre Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal [Internet]. 2011. P. 1. Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>
- Prieto-Gutiérrez N. Bioética y cuidado de las úlceras por presión. Perspectiva de las enfermeras hospitalarias de Cantabria. Nuber Cientif. 2018; 3(25): 26-39.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Política Social GDE. Excelencia clínica. Estrategia 8: mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS [Internet]. 2006 [citado 2017 Dic 20]; Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec\\_pnc03.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. MSSSI: Madrid. 2015.
- García-Fernández PF, Sarabia-Lavín R, Hernández-Martínez E. Instrumentos para la normalización de la práctica. En: García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra Bou, JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 2ª ed. Logroño: GNEAUPP-FSJ; 2016. p.687-698.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 [Internet]. MSSSI: Madrid. 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Franks P, Barker J, Collier M, Gethin G. Management of patients with venous leg ulcers: Challenges and Current Best Practice [Internet]. Journal Wound Care. 2016; 25(6): 1-67. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303916366\\_Management\\_of\\_Patients\\_With\\_Venous\\_Leg\\_Ulcers\\_Challenges\\_and\\_Current\\_Best\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/303916366_Management_of_Patients_With_Venous_Leg_Ulcers_Challenges_and_Current_Best_Practice).
- Rostra V, Botario B. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las úlceras por presión [Internet]. En: Trabajo Fin de Grado. Facultad de enfermería Cuenca; 2015. Disponible en: <https://gneaupp.info/variabilidad-en-la-practica-clinica-en-el-cuidado-de-las-ulceras-por-presion>.
- Navarro, J.; Rubio PL. Guías de actuación clínica en el deterioro de la integridad cutánea: ¿dicen todas lo mismo? [Internet]. Gerokomos. 2012; 23(3):132-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300008).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Política Social GDE. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. MSSSI: Madrid. 2010
- Rumbo JM. Variabilidad e incertidumbre en el abordaje de las úlceras y heridas crónicas: situación actual [Internet]. Enferm Dermatol. 2015; 9(25):7-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5423372>.
- Güimil JAE, Rodríguez MTL, Fuentes VMA, Fernández JMR, García IP, Soldevilla-Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿Qué opinan las enfermeras? [Internet]. Gerokomos. 2014; 25(4):171-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000400007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400007).
- Granados Matute AE, Cejudo López A, Vega Fernández VM. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas [Internet]. Evidentia. 2014; 11(45):4. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n45/ev9328r.php>.
- García-Díaz J, Muñoz-Conde M, Cabello-Jaime R. Disminución de la variabilidad clínica a través de la formación a referentes en úlceras por presión [Internet]. Biblioteca las Casas. 2013; 9(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0689.php>.
- Cho I, Park HA, Chung E. Exploring practice variation in preventive pressure-ulcer care using data from a clinical data repository [Internet]. International Journal Medical Informatics. 2011; 80(1): 47-55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138650561000211X?via%3Dihub>

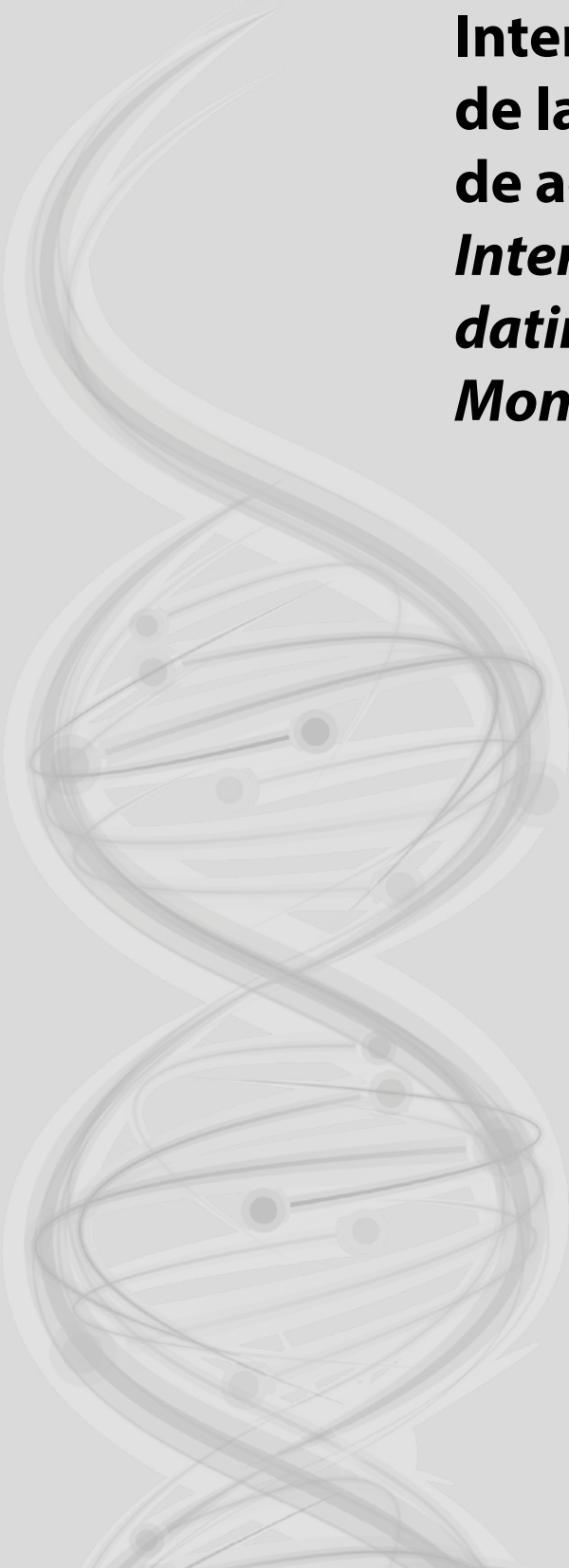


FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

MONOGRAFÍA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



**Intervenciones de prevención  
de la violencia en el noviazgo  
de adolescentes. Monografía.  
*Interventions to prevent  
dating violence in adolescents.  
Monography.***

**Autora:**

**Claudia Palomera Bezanilla**

*Graduada en Enfermería. Servicio Cántabro de  
Salud. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:*

*[claudiapalomera95@outlook.es](mailto:claudiapalomera95@outlook.es)*

Recibido: 26 de septiembre de 2018

Aceptado: 10 de diciembre de 2018

Esta monografía, como primera parte, se corresponde con el trabajo fin de grado tutorizado por la profesora Amada Pellico López de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Ha sido adaptado, por la autora, a las normas de publicación de Nuberos Científica. Se encuentra, en origen, en el repositorio UCrea.

## RESUMEN

Las actuaciones preventivas en población adolescente son importantes porque es, en ese periodo, cuando se establecen conductas saludables o de riesgo. Los estudios realizados sobre la violencia de pareja en la vida adulta están muy avanzados, sin embargo, el reciente campo de estudio que se ha desarrollado en las parejas sentimentales adolescentes ha llevado a considerar la violencia en el noviazgo un problema de salud pública.

La monografía que se presenta tiene el propósito de describir el tema de la violencia en el noviazgo en la etapa adolescente y las circunstancias que concurren en su contexto.

La violencia en las relaciones de noviazgo es bidireccional entre los miembros de la pareja y puede normalizarse debido a los mitos del amor romántico y aunque, no existan datos de la magnitud real de su existencia se encuentran algunos datos preocupantes de la visión de los adolescentes en las relaciones amorosas y la tolerancia a la violencia dentro de éstas.

**Palabras clave:** violencia de pareja, adolescente, educación en salud

## ABSTRACT

Preventive actions in teenage population are important because it is during this period of life when healthy or risky behaviors are established. The studies accomplished on intimate partner violence in adult life are very advanced, however, recent investigations that have been developed in adolescent couples, carried out violence in the courtship as a public health problem.

The monograph that is presented has the purpose of describing the topic of relationship violence in the adolescent stage and the circumstances that occur in its context.

Violence in dating relationships is bidirectional between the members of the couple and can be normalized due to the myths of romantic love. Even though there are no data on the real magnitude of their existence, there are some worrying data about the adolescents' vision of love relationships and tolerance to violence inside them.

**Keywords:** intimate partner violence, adolescent, health education

## INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En la actualidad, las investigaciones llevadas a cabo sobre violencia de género que sufren mujeres en parejas de adultos son muy extensas. Esto es debido a que, desde mediados del siglo pasado, las mujeres intentan luchar contra el silencio que existe en torno a un tema que las afecta, que ha pasado de considerarse tema tabú a ser visibilizado desde gobiernos y sociedad en general. Sucede lo mismo, pero a escala más pequeña, con la violencia en las relaciones de noviazgo. Las que hasta hace poco se consideraban relaciones pasajeras y sin importancia, comienzan a adquirir importancia real para los expertos.

La violencia es una violación de los derechos humanos y afectando física, psicológica y sexualmente al desarrollo, teniendo grandes consecuencias en la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades tanto a corto como a medio y largo plazo, pudiendo llegar a ocasionar la muerte<sup>1,2</sup>. Sin embargo, existen en nuestra sociedad formas de violencia que no son entendidas como tal, no siendo notificadas e incluso siendo consideradas como románticas<sup>3</sup>.

Los estudios realizados sobre la violencia en el noviazgo desvelan que este tipo de relación violenta es un acto que no discrimina entre género femenino o masculino, ni en su forma de víctimas ni de agresores<sup>3,4</sup>.

El comportamiento violento en las relaciones de pareja adolescente es un problema muy importante, ya que, a diferencia de la edad adulta, la adolescencia es una etapa de la vida donde las relaciones románticas comienzan, los patrones de interacción con otros son aprendidos y pueden suponer un riesgo para las futuras relaciones en la vida adulta<sup>5</sup>. A esto se suma que muchos adolescentes encuentran dificultad a la hora de reconocer

el abuso sexual y físico como tal, interpretando estos comportamientos como celos o signos de amor<sup>6</sup>.

Los datos estadísticos referidos al estado actual del tema que aparecen en la literatura, se centran fundamentalmente en la violencia de género. El estado actual de este tema, se refleja en los propios resultados de esta monografía, referidos exclusivamente al maltrato en el noviazgo de adolescentes.

## JUSTIFICACIÓN

Resulta especialmente importante la prevención en la adolescencia por haber sido considerada como un periodo de gran vulnerabilidad para la violencia de pareja, dado la inmadurez emocional, inexperiencia con las relaciones y la iniciación en la sexualidad caracterizan esta etapa.

En este contexto, se defiende en distintas investigaciones sobre intervenciones preventivas, la necesidad de actuar desde la prevención primaria intentando, de esta forma evitar la aparición de la violencia en estas relaciones. Se considera también de gran importancia la integración de la familia y la comunidad en esta prevención, intentando involucrar en esta lacra a toda la sociedad para facilitar y promover las relaciones más saludables<sup>2,7-10</sup>.

Este estudio tiene interés por los escasos datos existentes en la literatura referidos exclusivamente a la violencia en el noviazgo, además, por el conocimiento de las actuaciones que desde la Enfermería Comunitaria es posible poner en marcha y aplicar a través de proyectos de prevención, tanto en el medio escolar como en el comunitario en una etapa tan vulnerable de la vida como es la adolescencia.



**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la violencia en el noviazgo en la etapa adolescente.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir el concepto de violencia en general y en el noviazgo en adolescentes y jóvenes.
- Conceptualizar la etapa adolescente.
- Detallar las relaciones amorosas en esa edad adolescentes y el comienzo de la edad adulta.
- Describir la magnitud de la violencia en el noviazgo.

**METODOLOGÍA**

Para la realización de esta monografía, se efectuó una localización de referencias bibliográficas a través de una búsqueda realizada desde septiembre de 2017 hasta diciembre de 2017, en las bases de datos Scopus, Dialnet y Web of Science.

Se utilizó para la estrategia de búsqueda descriptores recogidos en el tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y de la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Se efectuaron diferentes combinaciones utilizando el operador booleano "AND", aplicando límites en la estrategia de búsqueda: búsqueda diez años atrás, en español y en inglés (Tabla 1, Figura 1).

Los criterios de inclusión o exclusión se aplicaron a las referencias encontradas, mediante la lectura de los resúmenes, o cuando fue necesario, de la lectura completa de los estudios primarios. Se utilizaron finalmente los artículos que respondían al objeto de la monografía y cuya población de estudio se adaptaba al interés del trabajo (Figura 1).

Por tanto, constituyen la base de este trabajo 54 artículos. También se consultaron como fuentes relevantes, las paginas oficiales del Boletín Oficial del Estado y de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad o las Naciones Unidas Además, se utilizaron los libros "Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia", el que recoge la teoría del desarrollo de Erik Erikson: "Identity: Youth and crisis" y el libro "The psychology of violence in adolescent romantic relationships". Se consultaron también otros artículos y documentos que formaban parte de la bibliografía de los artículos previamente seleccionados. Por tanto, el número total de referencias bibliográficas es de 85 documentos.

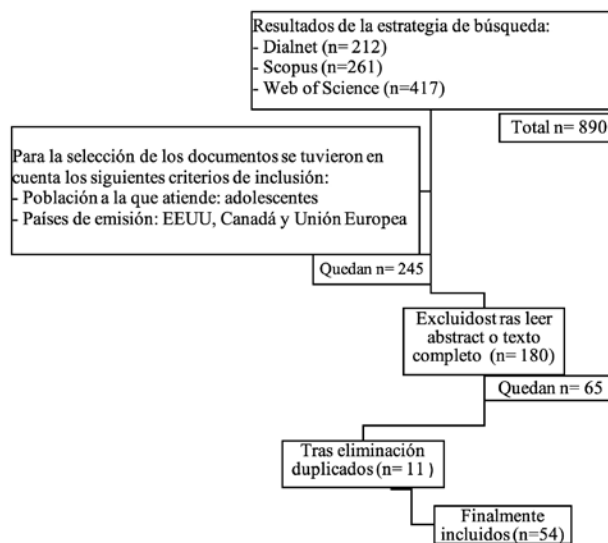
Una de las limitaciones de este trabajo la constituye la propia estrategia de búsqueda que puede llevar a un sesgo de selección. Al limitar la búsqueda a publicaciones en inglés y español, artículos en libre acceso, priorizar hacia bases de datos de ámbito clínico y tener que manejar una cantidad de información adaptada a la extensión de la presenta monografía, se puede perder información relevante. Como se verá más adelante, se encuentran resultados contradictorios en diferentes fuentes debido probablemente a la variabilidad en el tipo de estudios, tamaño de muestras, metodología y contextos. Para una revisión más extensa sería necesario consultar bases de datos más generales y en otros idiomas.

**Tabla 1. Resultado de la búsqueda inicial.**

BASE DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	LÍMITES	RESULTADOS
Scopus	"Intimate Partner Violence" AND "Adolescent" AND "Health Education"	De 2007 a 2017	261 documentos
Web Of Science	"Intimate Partner Violence" AND "Adolescent" AND "Health Education"	De 2007 a 2017	417 documentos
Dialnet	"Violencia de Pareja" y "Adolescente" y "Educación en Salud"	De 2007 a 2017	11 documentos
Dialnet	"Violencia de Pareja" y "Educación en Salud"	De 2007 a 2017	34 documentos
Dialnet	"Violencia de Pareja" y "Adolescentes"	De 2007 a 2017	167 documentos
			890 TOTAL

Fuente: Elaboración propia.

**Figura 1: Árbol de búsqueda bibliográfica.**



Fuente: Elaboración propia. Metodología empleada para el conjuntos de la monografía que se publicará en dos partes, correspondiendo esta a su primera parte.

**RESULTADOS**

**Definir el concepto de violencia en general y en el noviazgo en adolescentes y jóvenes.**

Partiendo del término violencia en general, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte"<sup>11</sup>.

Se puede dividir la violencia en tres categorías generales, en función de quién cometa el acto de violencia<sup>11</sup>:

- Violencia autoinfligida.
- Violencia interpersonal.
- Violencia colectiva.

Estas tres grandes categorías se subdividen a la vez en tipos de violencia más específicos.

Además, se puede dividir la violencia en función de la naturaleza de esta, pudiendo ser física, sexual, psíquica<sup>12</sup>.

- Violencia física: *“toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas en la persona a la que se dirige”*.

Manifestaciones de este tipo de violencia pueden ser un empujón, una bofetada, arrojar objetos, o incluso, su máximo exponente que es la muerte.

- Violencia psicológica: *“toda acción (habitualmente de carácter verbal), omisión o actitud que provoque o pueda provocar daño psicológico a la persona”*.

Las manifestaciones de este tipo de violencia son muchas y muy variadas. Desde malos tratos verbales como insultos, desprecios, amenazas o humillaciones, hasta el menosprecio de una persona haciendo como si esta no existiese.

- Violencia sexual: *“toda actividad sexual no voluntaria forzada mediante la violencia física o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso”*.

Los artículos 178, 179 y 180 del código penal contemplan las diferentes posibilidades de agresión sexual: penetración vaginal, anal, bucal, introducción de objetos y agresión sin penetración o intento de violación<sup>13</sup>.

Cuando coerción sexual nos referimos a cualquier conducta que se realice para forzar la voluntad sexual de otra persona, independientemente de si finalmente tiene lugar o no la acción sexual buscada y de las características de esta en caso de que se produzca<sup>14</sup>.

Además de estas tres grandes manifestaciones, existen otras tres formas que se pueden dar en las relaciones de pareja:

- Malos tratos económicos: *“cualquier conducta que incluya la privación intencionada y no justificada legalmente de recursos para el bienestar físico o psicológico de la víctima y de sus hijos e hijas o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito familiar, en la convivencia de pareja o en las relaciones posteriores a la ruptura de estas”*<sup>15</sup>.
- Malos tratos sociales: *“cualquier conducta que implique humillación, ridiculización, descalificación y burla en público”*.
- Malos tratos ambientales: *“cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma”*<sup>16</sup>.

Estas tres manifestaciones están relacionadas con la violencia de género (*hombre ejerce violencia sobre mujer*) ya que suelen darse y han sido estudiadas en este contexto.

Dentro de la violencia de pareja (interpersonal), resulta de gran interés diferenciar tres grandes conceptualizaciones que podrán ayudar a diferenciar el tema:

Violencia de género, violencia contra la mujer, violencia machista son términos que se utilizan indiferentemente para referirse a *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga, o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como*

*las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*<sup>17</sup>.

Violencia doméstica-familiar: se define como *“los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos”*<sup>11</sup>.

Violencia en las relaciones de noviazgo, dating violence: se puede definir como *“acto de violencia, como una situación particular o continuada en el tiempo, cometida por uno de la pareja o por ambos, con la intención de dominar, controlar y tener más poder que el otro en la relación”*<sup>11</sup>.

Se encuentra otra definición interesante al abordar el tema de la violencia en el noviazgo desde la perspectiva contemporánea de los adolescentes es la realizada por Mulford y Blachman-Demner: *“una serie de comportamientos que los preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes experimentan en el contexto de relaciones sentimentales presentes o pasadas. Los comportamientos incluyen violencia física y sexual, acoso y abuso psicológico, lo que incluye control y coerción. El abuso puede ser experimentado en persona o por vía tecnológica”*<sup>18</sup>.

### Conceptualizar la etapa adolescente.

El periodo de la adolescencia, es definido por la OMS como el *“periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”*. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes<sup>19</sup>.

La adolescencia está marcada por los cambios que en ella se producen que son de tipo físico, sexual, psicológico y social y que tienen como objetivo la transición de la niñez a la edad adulta. Popularmente se identifica como una etapa de gran vulnerabilidad y labilidad emocional sin motivos aparentes, siendo considerada como un mero tránsito que el adolescente tendrá que superar con las menores consecuencias posibles. Sin embargo, se trata de uno de los periodos más cruciales para la persona en la cual las decisiones tomadas podrán afectar a toda su etapa adulta<sup>20</sup>.

Erikson, en su teoría del desarrollo psicosocial, considera el desarrollo evolutivo como la superación de una serie de conflictos que pueden ser internos o externos y que serán clave en la formación de la personalidad. Estos conflictos formarán en su conjunto una crisis, término que utiliza en todas las etapas de desarrollo y que constituirán el paso de un estadio a otro, y que en el caso de la adolescencia denomina *“crisis de identidad”*<sup>21</sup>.

Esta crisis tendrá como principales conflictos el descubrimiento de dicha identidad, la adquisición de autonomía individual y la explosión emocional. Se trata de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado en la sociedad para lo cual será indispensable la consecución de logros como las identidades personal, sexual, política y profesional, es decir, la elección de una ocupación, la adopción de valores en los que creer y por los que vivir. Por lo tanto, el esfuerzo de los adolescentes por dar sentido al yo no debe considerarse como una etapa de malestar de madurez, sino una etapa saludable e indispensable del ciclo vital<sup>20</sup>.

Para lograr todo esto el adolescente comenzará con un cam-

bio en el patrón de sus relaciones. La relación parental pasará a ser más abierta a la discusión y la negociación pues se considera más cercano a los adultos que en etapas anteriores, creándose conflictos. La relación con compañeros cobrará una gran importancia ya que será donde encontrará información, apoyo, retroalimentación y compañía, siendo los modelos de comportamiento<sup>22</sup>.

Cabe destacar, que aquellos adolescentes que tengan un apego seguro con sus padres y que además sientan libertad para explorar, expresarse y discutir sobre opiniones que difieren, tendrán más facilidad en la creación de la identidad que aquellos con unos padres autoritarios. Ese autoritarismo no permite el fomento de la autonomía y lleva a crear identidades delegadas, pues dificultar la toma de decisiones de los adolescentes les hace incapaces en la edad adulta para ello<sup>23</sup>.

La construcción de una identidad en valores y creencias con las cuales el adolescente se siente comprometido le dará autonomía y seguridad en la toma de decisiones. Esta autonomía es un pilar básico en la adolescencia ya que será indispensable para el paso a la vida adulta. Por esto, es importante que los padres dejen libertad a los hijos a la hora de tomar decisiones y promuevan la discusión y negociación para crear una identidad y finalmente una gran autonomía<sup>22</sup>.

Por último, las emociones tienen una gran importancia en esta etapa, produciéndose una "explosión emocional" que lleva al adolescente a las primeras experiencias en amor y noviazgo<sup>22</sup>.

### **Detallar las relaciones amorosas en esa edad adolescentes y el comienzo de la edad adulta.**

En relación al amor en la etapa adolescente, cobran importancia las relaciones amorosas.

La necesidad exploratoria sentida hace que, los adolescentes, dejen de lado la relación familiar y centran sus relaciones con los iguales<sup>24</sup>. A ello, se añade las necesidades sexuales de los adolescentes, con expresiones y sentimientos de deseo, pasión y atracción sexual, con la posibilidad de participar en actividades sexual.

Estas nuevas relaciones de noviazgo hacen que tengan nuevas experiencias, por lo que es un proceso imprescindible en el desarrollo humano. Además, les ayuda a conocer nuevos sentimientos, a reconocerlos y a saber manejarlos<sup>25</sup>. Esta etapa será el comienzo de sentimientos que serán habituales a lo largo de la vida, con mayor o menor intensidad y aumentará la habilidad personal de establecer relaciones con más madurez.

Asimismo, como proceso habitual del desarrollo adolescente, las relaciones de noviazgo establecen un alto grado de cercanía emocional con la pareja, apoyado por procesos tales como la confianza, la comprensión, la revelación y la expresión mutua de sentimientos amorosos<sup>26</sup>.

Las relaciones de noviazgo en la actualidad son relaciones de corta duración, menos de un año o pocos meses, que al contrario que antiguamente, no tienen como intención un compromiso mayor en el futuro. Esta característica junto con la no convivencia son las mayores diferencias con las relaciones adultas y que hace que el trascurso y los sentimientos que en ellas surgen sean distintos<sup>19</sup>.

Estas relaciones deberían basarse en el respeto de ideas, opiniones, gustos, hábitos y costumbres; en la sana diversión, en el compromiso con los sentimientos de la pareja y la lealtad. Estos son valores primordiales que se pueden distorsionar y conver-

tirse en relaciones de violencia debido a la inexperiencia de los adolescentes<sup>24</sup>.

Dicha inexperiencia hace que los adolescentes se fijen en los valores culturales y las conductas normalizadas de la sociedad en la que se han educado. Al contrario de lo esperado, a pesar de los grandes esfuerzos de las instituciones, el amor sigue cobrando en los países europeos una idea conocida como "amor romántico" por la cual los adolescentes pueden confundir con signos de amor lo que en realidad son acciones violentas y que en un futuro pueden evolucionar a peor<sup>17</sup>.

Un ejemplo de esto son los celos, el control y el abuso de intimidad entendidos por gran parte de los adolescentes como un signo de amor que incluso les hace sentirse orgullosos cuando alguien les importa<sup>27</sup>. Estas ideas conducen a situaciones de violencia psicológica que hace que se sientan atrapados en las relaciones o tengan miedo a la pareja.

### **Describir la magnitud de la violencia en el noviazgo.**

Partiendo del conocimiento de las distintas formas de violencia y teniendo en cuenta la que nos concierne en el trabajo, el estudio de la prevalencia se ve dificultada por todos los estudios existentes sobre tipos de violencia que no se corresponden con la violencia en el noviazgo. Muchos de ellos, se centran en el estudio de victimización de las mujeres sin tener en cuenta las posibles acciones agresivas de las chicas contra los chicos. De esta forma, se centra la monografía en aquellos estudios sobre la violencia en el noviazgo bidireccional.

En general, las investigaciones llevadas a cabo sobre violencia en el noviazgo confirman que la psicológica es la más habitual en estas edades. Este tipo de agresión llega a estar normalizada por muchos de los adolescentes, llegando a no reconocerla como tal<sup>28-31</sup>.

Un estudio publicado en 2015 y llevado a cabo en distintas ciudades de España, con un total de 6.731 jóvenes entre 15 y 26 años, cifraba en un 5% los adolescentes que decían haberse sentido maltratados en sus relaciones de pareja. Cabe destacar de este estudio que, un 10,3% indicó haber sentido miedo y el 26,1% haberse sentido atrapados/as, por lo que los autores lo clasifican como violencia no percibida<sup>28</sup>.

En otra muestra de 4.337 estudiantes españoles de entre 15 y 26 años, un 68,6% consideraron no haber sido víctimas de violencia nunca, un 26,4% haber vivido en algún momento una situación de violencia no percibida y un 5% refiere haber sido víctima de violencia<sup>29</sup>.

La violencia no percibida se da en situaciones en las que existen claras manifestaciones de violencia pero la víctima no los reconoce como tal<sup>28,29</sup>.

Otro estudio realizado por el Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud con una muestra de 2.154 chicos y chicas de entre 14 y 19 años, midió su tolerancia hacia conductas propias de la violencia. Se muestran como los comportamientos agresivos más normalizados el control o revisión de móvil de la pareja (un 63% de los chicos y un 59% de las chicas), seguido de control sobre con quien puede hablar o donde puede ir la pareja (53% chicas y 42% chicos). Son también frecuentes comportamientos como controlar todo lo que hace la pareja, dónde está en cada momento o impedir que vea a sus amigos o amigas<sup>30</sup>.

En otra investigación realizada en Bilbao sobre 433 chicos y chicas entre 12 y 19 años, un porcentaje de 25,6% de la muestra dice sentirse o haberse sentido víctima de aislamiento de sus

amistades o controlado/a por parte de su pareja, mientras que un 12% refirió haber sentido violencia verbal por medio de insultos. La forma de violencia psicológica más habitual es el control y aislamiento o sentirse ridiculizado, insultado o amenazado en público. Un 4,9% y 5,7% refirió violencia sexual o física respectivamente<sup>31</sup>.

Con respecto a la violencia sexual, los datos existentes son menores y se centran en la violencia ejercida por el hombre. En el estudio del Centro Reina Sofía, un 28,4% de chicos ha insistido en tener relaciones sexuales frente a un 5,3% de chicas 30. El estudio de Bilbao, sin embargo, no encuentra diferencias significativas entre hombres y mujeres en este tipo de violencia, con un 5% de la muestra que "se ha sentido obligado/a a realizar conductas de tipo sexual que no quería hacer"<sup>31</sup>.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La violencia en el noviazgo es, por lo tanto, violencia interpersonal ocurrida en las relaciones amorosas de los adolescentes<sup>11,18</sup>. Puede tener distintas naturalezas, siendo la más habitual en esta etapa la psicológica y no encontrándose diferencias de género en la disgregación de víctima o agresor<sup>28-31</sup>.

La adolescencia es una etapa de la vida que tiene como logro pasar de la niñez a la edad adulta. Este cambio, tendrá como pilares la adquisición de autonomía y seguridad para la toma de decisiones, lo que llevará al adolescente a cambiar su pauta de relaciones, separándose de los padres para dar más importancia a los compañeros<sup>19-23</sup>.

Además, debido a la aparición de deseos sexuales, sentimientos de deseo, pasión, atracción sexual, el adolescente comenzará a explorar en las relaciones amorosas<sup>24-26</sup>.

Por su inexperiencia en esas relaciones, tomarán como referentes los valores culturales y conductas normalizadas por la sociedad, como es el "amor romántico", llevando al adolescente a confundir actos violentos con actos de amor<sup>17</sup>.

Las investigaciones basadas en este tipo de violencia son escasas ya que los autores centran más su interés en la violencia de género en las distintas etapas de la vida. Sin embargo, la insuficiente bibliografía existente muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en el género ni de las víctimas ni de los agresores y la importancia de la prevención primaria<sup>28-31</sup>.

Las intervenciones de prevención primaria, son de la máxima relevancia en estas nuevas relaciones de noviazgo. No deben considerarse como hechos pasajeros y sin importancia, sino que se debe educar en valores a los adolescentes, implicando a los padres y al entorno educativo y sanitario, para que aprendan a diferenciar las buenas conductas de los signos y manifestaciones de violencia de género<sup>23</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hernando Gómez Á. La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología*. 2007;25(3):325-40.
- Muñoz Rivas MJ, González Lozano MP, Fernández González L, Sebastián Herranz J, Peña Fernández ME, Perol Levy O. Validación de un Programa de prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo de jóvenes y adolescentes. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- Amurrio Velez M, Larrinaga Rentería A, Usategi Basozabal E, De Valle Loroño AI. Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes en Bilbao. *Zerbitzuan*. 2010;47:121-134.
- Delgado Álvarez C, Mergenthaler Márquez E. Evaluación psicométrica de la percepción de la violencia de género en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2011;2(1):197-206.
- Urbiola I. Violencia recibida, ejercida y percibida en las relaciones de noviazgo de jóvenes y adolescentes [tesis doctoral]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014.
- Padrós Cuxart M, Aubert Simón A, Melgar Alcantud P. Modelos de atracción de los y las adolescentes. Contribuciones desde la socialización preventiva de la violencia de género en la adolescencia. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*. 2010; 17:73-82.
- Vázquez F, Torres Á, Otero P, Blanco V, López M. Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema*. 2010;22(2):196-201.
- Lucariello E, Fajardo Caldera MI. Prevención de la violencia de género en los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2011;5(1):113-21.
- Alba Robles JL, Navarro Pérez L, López Latorre MJ. La violencia de pareja entre adolescentes: revisión de los programas preventivos actuales y propuesta de intervención. *Misión Jurídica*. 2015;8(9):69-86.
- Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *J Adolesc Health Care*. 2016;59(4):S11-28.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, directores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
- Herranz Bellido J. Violencia de género en población adolescente: guía de orientación para la familia. Alicante: Diputación de Alicante, Unidad de Igualdad; 2013.
- Ley 10/1995 de 23 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, no 281, (24-11-1995).
- Fuertes Martín A, Ramos Vergeles M, Fernández Fuertes A. La coerción sexual en las relaciones de los y las adolescentes y jóvenes: naturaleza del problema y estrategias de intervención. *Apuntes de Psicología*. 2007;25(3):341-56.
- Comunidad Autónoma de Cantabria. Ley 1/2004, 1 de abril. Boletín Oficial del Estado, no 101, 26-04-2005.
- Sánchez Movellán M. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2005.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de Asamblea General de Naciones Unidas, 48/104, (20-12-1993).
- Mulford C, Blachman-Demner D. Teen dating violence: Building a research program through collaborative insights. *Violence Against Women*. 2013;19(6):756-70.
- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [citado 8 de enero de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Viejo Almanzor C. Dating violence y cortejo adolescente. Un estudio sobre la violencia en las parejas sentimentales de los jóvenes andaluces [tesis doctoral]. Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces; 2012.
- Erikson E. Identity: Youth and crisis. New York: Norton; 1968.
- Stassen Berger K. Psicología del Desarrollo: Infancia y adolescen-

Intervenciones de prevención de la violencia en el noviazgo de adolescentes. Monografía. *Interventions to prevent dating violence in adolescents. Monography*

cia. 9ª ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2007. p.429-527

23. Fernández González L. Prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo: aplicación y valoración de un programa para adolescentes [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013.

24. Escoto Saiz, Y, González Castro, M, Muñoz Sandoval A, Salomon Quintana Y. Violencia en el noviazgo adolescente. *Revista Internacional de Psicología*. 2007;8(2).

25. Viejo C. Physical dating violence: towards a comprehensible view of the phenomenon. *Infancia y Aprendizaje Journal for the Study of Education and Development*. 2014;37(4): 785-815.

26. Connolly J, Mcisaac C. Adolescents' explanations for romantic dissolutions: A developmental perspective. *J Adolesc*. 2009;32:1209-23.

27. Bonilla-Algovia E, Rivas-Rivero E, Vázquez-Cabrera JJ. Tolerancia y justificación de la violencia en relaciones de pareja adolescentes. *Apuntes de Psicología*. 2017;35(1):55-61.

28. López-Cepero Borrego J, Rodríguez-Franco L, Rodríguez-Díaz FJ, Bringas C, Paíno SG. Percepción de la victimización en el noviazgo de adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2015;6(2):64-71.

29. García-Díaz V, Lana-Pérez A, Fernández-Feito A, Bringas-Molleda C, Rodríguez-Franco L, Rodríguez-Díaz FJ. Actitudes sexistas y reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes. *Aten Primaria*. 2017; 1456.

30. Rodríguez San Julián E, Megías Quirós I. ¿Fuerte como papá? ¿Sensible como mamá? Identidades de género en la adolescencia. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud; 2015.

31. Santibáñez R, Ruiz-Narezo M, González de Audikana M, Fonseca J. Parejas adolescentes en conflicto: explorando la incidencia de la violencia en las primeras relaciones afectivas. *Educación Social y Género*. 2016;63:79-94.



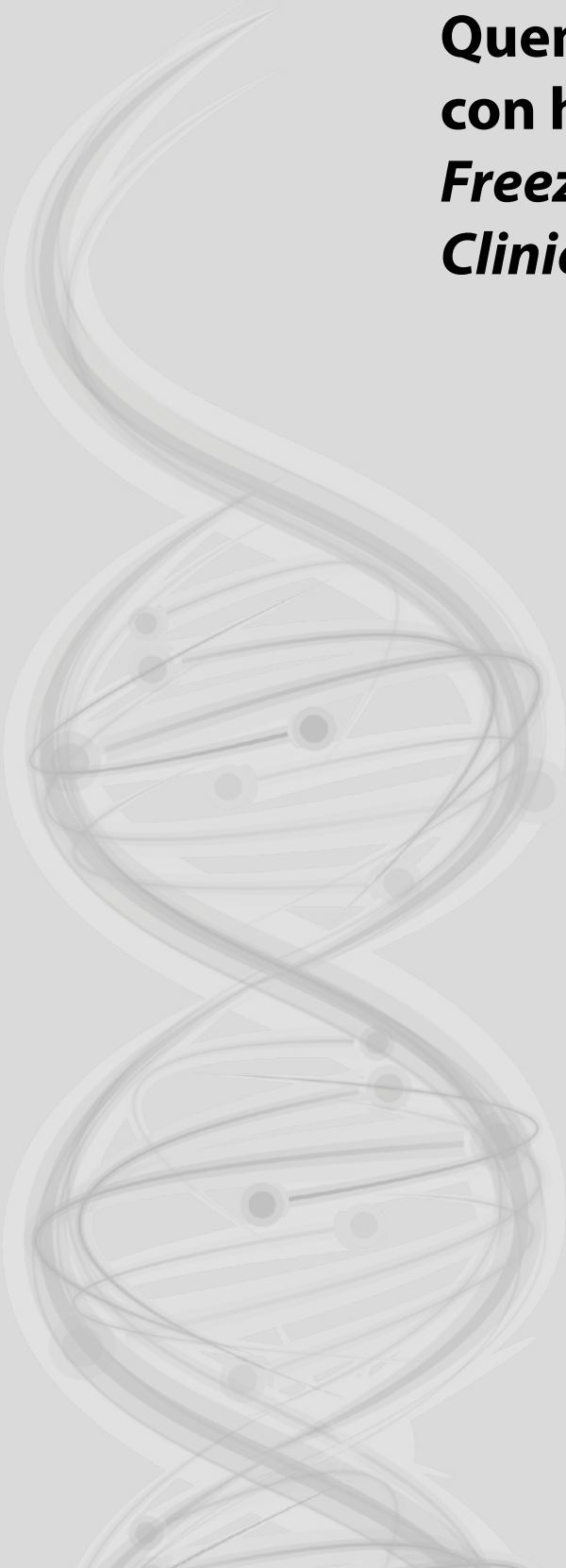


FUNDACIÓN de  
la ENFERMERÍA  
de CANTABRIA

MISCELÁNEA

**Nuberos Científica**

[www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica](http://www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica)



**Quemadura por congelación  
con hielo seco. Caso clínico.  
*Freezing burn by dry ice.  
Clinical case.***

**Autora:**

**M. Consuelo Fernández Diego**

*Enfermera. Hospital Comarcal Sierrallana.  
Torrelavega. Cantabria. España*

*Dirección para correspondencia:*

*jancon73@gmail.com*

Recibido: 22 de agosto de 2018

Aceptado: 2 de enero de 2019

**RESUMEN**

Las quemaduras por congelación son poco frecuentes, pero no por ello deja de ser importante que los profesionales sanitarios sepan llevar a cabo una primera actuación ante ellas. El tratamiento se inicia en el momento de decidir si se ha de realizar el recalentamiento. Se debe asegurar que la parte afectada pueda ser mantenida descongelada y caliente hasta que el paciente llega al hospital.

El recalentamiento ha de ser rápido y se inicia por inmersión en agua y solución antiséptica yodada a 38°C durante 30 minutos.

Es difícil establecer el pronóstico de la quemadura por congelación en el momento en el que se produce, pues existen muchos factores que nos orientan a que sea desfavorable (recalentamiento lento o pasivo, tiempo de congelación largo, aparición de flictenas oscuras...). Por lo tanto, mantendremos una actitud expectante y conservadora, con un período de espera hasta que la necrosis esté perfectamente definida.

El hielo seco es un elemento que tiene muchas utilidades. Tiene una temperatura de 40°C bajo cero por lo que debe manipularse con unos de guantes aislantes, en caso contrario puede ocasionar congelación y/o quemaduras con hielo seco que derivan en lesiones considerables.

Es importante tomar medidas preventivas y hacer una educación a la población en el manejo del hielo seco. Éste no se debe almacenar en espacio pequeños o habitaciones sin ventilación adecuada porque el CO<sub>2</sub> puede acumularse y producir asfixia.

**Palabras clave:** quemaduras, congelación, hielo seco

**ABSTRACT**

Freezing burns are not very frequent, but a good first performance by health professionals is no less important because of it. The treatment begins when deciding whether to reheat or not. It must be ensured that the affected area can be kept defrosted and heated until the patient arrives at the hospital.

The reheating must be quick and starts by immersion in water and iodinated antiseptic solution at 38°C for 30 minutes.

It is difficult to have a prognosis at the time a freezing burn occurs, because there are many factors that guide us to be unfavorable (slow or passive overheating, freezing time, appearance of dark blisters...). Therefore, we will maintain an expectant and conservative attitude, with a waiting period until the necrosis is perfectly defined.

Dry ice is an element that has many uses. It has a temperature of 40 ° C below zero so it must be touched with some insulating gloves, otherwise it can cause freezing and/or dry ice burns that result in considerable injuries.

It is important to take preventive measures and educate the population on the management of dry ice. This should not be stored in small spaces or rooms without adequate ventilation because CO<sub>2</sub> could accumulate and cause suffocation.

**Keywords:** burns, freezing, dry ice

**INTRODUCCIÓN**

El hielo seco es un elemento que posee muchas utilidades, desde refrigerar alimentos industriales hasta realizar una presentación de la neblina artificial. Tiene una temperatura de 40°C bajo cero por lo que siempre que se manipula, debe hacerse con guantes resistentes, no con pinza, para evitar quemaduras<sup>1</sup>.

Las quemaduras por congelación son lesiones localizadas causadas por acción directa del frío en el trascurso de una exposición más o menos prolongada a una temperatura extrema inferior a 0°C, en este caso la fuente del frío es el hielo seco<sup>2</sup>.

Si se investiga en la historia España, a excepción de las lesiones por el frío de los "tiempos de guerra" entre los años 1936-1939, los casos de la práctica civil se limitaban a los observados en algunos vagabundos asistidos en los servicios de urgencia durante épocas de frío intenso. Pero en los últimos años el incremento masivo de la práctica de los deportes de montaña (esquí, alpinismo, etc) ha puesto nuevamente de actualidad el tema de las lesiones locales por acción del frío.

En la actualidad, las congelaciones tienen causas sociales, ocupacionales y recreacionales. Son por tanto frecuentes en pacientes con enfermedades psiquiátricas, en vagabundos sin hogar, en personas que viven en viviendas con inadecuados sistemas de calefacción, en personas que padecen alcoholismo, en profesionales que trabajan expuestos al medio ambiente o en los que desempeñan su labor en la industria del frío. A esto se añaden las lesiones en entrenamientos militares, en deportistas de alta montaña, esquiadores (prioritariamente esquí de travesía), alpinistas, personas que realizan actividades de vuelo libre como ala delta y parapente o personas que practican snowboard<sup>3</sup>.

Respecto a su localización, las congelaciones afectan con mayor frecuencia a las extremidades corporales y a aquellas zonas que, al no estar normalmente protegidas por la ropa, están expuestas directamente a la acción del frío. Estas lesiones son más comunes en las partes periféricas porque su vascularización es terminal y, por tanto más deficitaria.

## ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La fisiopatología de las quemaduras por congelación tiene dos fases específicas. En primer lugar, la fase inmediata, referida a la formación de cristales de hielo en los tejidos como consecuencia del proceso "enfriamiento-congelación-recalentamiento-descongelación". En esta primera fase puede aparecer edema y/o necrosis profunda, lo que produciría cristales de hielo de mayor tamaño y lesiones mucho más severas. En segundo lugar aparece la fase tardía, tras el recalentamiento, cuando se restablece el flujo sanguíneo con hiperemia reactiva. Esto se caracteriza por la necrosis cutánea progresiva y la pérdida de tejidos.

En cuanto a la clasificación de las quemaduras por congelación, estas se dividen en: de primer grado, de segundo grado, de tercer grado y quemaduras por congelación de cuarto grado.

Las de primer grado son las que afectan a la epidermis. Si el frío es más intenso y, en particular, si la exposición es más prolongada, se producen las quemaduras por congelación de segundo grado, que afectan a la epidermis y a las capas más superficiales de la dermis. En ellas, cuando cesa la acción del frío, la zona cambia a eritematosa y el paciente siente parestesias. A su vez, se forman flictenas superficiales con contenido seroso claro, rodeadas de eritema y edema. Este tipo de heridas curan por regeneración con descamación epidérmica<sup>3</sup>.

Las quemaduras por congelación graves, que cursan con necrosis celular son las de tercer y cuarto grado. En las de tercer grado se lesiona toda la piel (epidermis y dermis) y el tejido celular subcutáneo, formándose flictenas hemorrágicas. Cursa con la formación de flictenas violáceas, más profundas y hemorrágicas porque la lesión afecta a la dermis reticular, por debajo del plexo vascular dérmico. Se produce necrosis tisular y los tejidos desvitalizados constituyen una escara cuyos límites se demarcan con el tiempo. En estos casos, la superficie cutánea afectada adopta una coloración azul-grisácea. En las quemaduras por congelación de cuarto grado se lesionan además las estructuras subyacentes: aponeurosis, músculos, huesos y articulaciones. Cuando se habla del cuarto grado suele contemplarse una situación de necrosis profunda que conlleva la amputación total de la zona, bien delimitada respecto a la sana por el denominado "surco de eliminación". La piel inicialmente presenta un aspecto moteado, violáceo, púrpura o cianótico. Cuando se forma la escara de tejido necrótico, el tejido se torna negro, seco y momificado<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta que una quemadura es evolutiva y el grado de la misma puede variar desde su inicio hasta que comienza su tratamiento, se considera oportuno nombrar la clasificación de Benaim, que proporciona información sobre el tipo de quemadura, su posible evolución y el tratamiento indicado. Según esta clasificación, se dividen en: quemaduras tipo "A", superficiales que evolucionan a la curación en forma espontánea; quemaduras tipo "B" o quemaduras "totales", las que necesitan un injerto de piel para su tratamiento; y quemaduras "AB", de tipo intermedio o quemaduras dérmicas profundas, en las cuales el pronóstico evolutivo es dudoso pues no puede asegurarse si podrá esperarse una cicatrización espontánea (en este caso la quemadura quedaría clasificada como "AB-A") o si será necesario recurrir a un injerto ("AB-B").

En cuanto a los cuidados para el tratamiento de este tipo de lesiones, es importante tomar la decisión de si se debe proceder a descongelar el tejido durante el traslado a un centro sanitario. Según Morandeira<sup>4</sup>, si las condiciones medio-ambientales com-

portan el riesgo de que se pueda volver a congelar durante el traslado, se producirían lesiones repetidas de isquemia/reperusión que agravarían el pronóstico, por lo tanto lo correcto es no descongelar.

Si la descongelación lenta es inevitable durante el traslado del paciente, se denomina "descongelación espontánea o pasiva" y se debe permitir. Lo más importante cuando se produce una quemadura es trasladar al afectado a una zona más cálida, y si es posible calentar la parte congelada con piel caliente adyacente del propio paciente (axilas, abdomen, cara) o de un compañero<sup>3</sup>. El recalentamiento solo debe realizarse en el lugar del accidente si la parte congelada puede ser mantenida descongelada y caliente hasta que el paciente llega al hospital y si se dispone del equipo adecuado. Otras fuentes de calor, como hogueras, hornos, o calentadores eléctricos deben evitarse porque comportan el riesgo de quemadura<sup>4</sup>.

El inicio del tratamiento se basa en realizar un recalentamiento rápido o descongelación activa. Es aquel que tras cesar la exposición al frío se instaura mediante la inmersión de las zonas afectas en agua a temperatura similar a la del cuerpo humano (38°C) y se le añade Povidona yodada o Clorhexidina ya que así disminuye la contaminación por flora bacteriana cutánea y además, se reduce el riesgo de celulitis si existe un edema intenso de la extremidad. Se debe controlar constantemente la temperatura del agua con un termómetro o bien introduciendo un dedo del cuidador y si lo puede mantener 30 segundos la temperatura es tolerable y no hay riesgo de quemadura. El tejido congelado suele estar entumecido y por eso es vital el control estricto de la temperatura del baño para evitar lesiones yatrogénicas.

El recalentamiento finaliza cuando la zona congelada se torna roja/púrpura, blanda y flexible al tacto, esto puede durar aproximadamente 30 minutos. A continuación se deben secar los tejidos afectados por exposición al aire o cuidadosamente con una compresa absorbente, sin frotar para no traumatizarlos. Tras esto, se realiza un vendaje grueso, almohadillado y holgado y se eleva la parte afectada. Se debe completar el tratamiento con hidratación sistémica y evitando la deambulación sobre la extremidad inferior congelada a no ser que sólo afecte a los dedos<sup>3</sup>.

Para controlar el dolor es precisa la administración de sedantes con analgésicos (AINES, opiáceos, u otros similares), ya que durante el proceso de recalentamiento y, a causa de la reperusión tisular, se producen parestesias (hormigueos, abrochamiento, tensión y calambres)<sup>3</sup>.

## JUSTIFICACIÓN

Existen varias razones que justifican la presentación de este caso clínico:

- La incorrecta manipulación del hielo seco en su aplicación y en los tratamientos. Esto puede deberse al desconocimiento de las medidas preventivas y del manejo del hielo seco tanto por los ciudadanos como por los profesionales que trabajan con dicho material.
- La escasez de publicaciones en la literatura médica/enfermera sobre quemaduras de contacto, con bolsas de hielo seco.
- El incremento importante de quemaduras de congelación

Quemadura por congelación con hielo seco. Caso clínico. *Freezing burn by dry ice. Clinical case*

según Morandeira J.R<sup>4</sup>, lesiones muy aparatosas e invalidantes, que suelen dejar secuelas y afectan a jóvenes en la plenitud de su vida laboral y deportiva.

- La cantidad de variaciones en la forma de practicar la descongelación, generalmente por el propio afectado, un compañero, un socorrista o un sanitario, tiene transcendencia en relación con la gravedad y el pronóstico de las lesiones.

## OBJETIVOS

Exponer el caso clínico de una quemadura por congelación con hielo seco: clasificación, tratamiento y evolución de la herida.

Difundir los cuidados preventivos de la congelación con hielo seco.

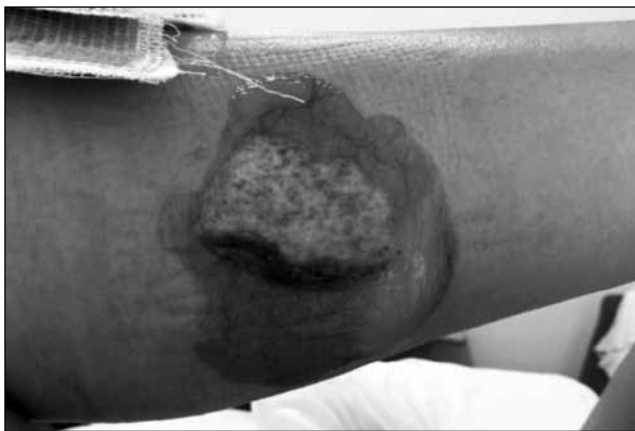
## CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, acude al servicio de urgencias por quemadura de tres días de evolución que afecta al 1% de la zona del gemelo de la pierna derecha. En estos tres días no ha sido valorada por un profesional sanitario.

La mujer refiere que tras un traumatismo ("lesión en los ligamentos de la pierna") necesita poner hielo en esa zona y lo pide en un restaurante. Allí se le proporciona una bolsa de hielo seco a una temperatura de  $-40^{\circ}\text{C}$  con un aspecto similar a los cubos de hielo. Se coloca la bolsa en la zona durante unos diez minutos, con protección para no ponerla directamente sobre la piel. Pasado ese tiempo siente la zona entumecida, congelada. Inmediatamente se lo quita y comienza a sentir mucho dolor constante.

En el servicio de urgencias se diagnostica de quemadura por congelación con hielo seco, clasificada de segundo grado o quemadura "AB" según la clasificación Benaim.

Presenta flictena rota de contenido serohemático, que se asocia a lesiones profundas de la piel, tratada de manera domiciliaria con Silvederma<sup>®</sup>, ausencia de desbridado de la flictena y restos necróticos en zona posterior (fotografía 1).



**Fotografía 1. Correspondiente al día de ingreso.**



**Fotografía 2. Tercer día. Quemadura en proceso de delimitación de la zona afectada.**

La fase de recalentamiento es un momento crítico. En ella se rompen las estructuras tisulares y los vasos periféricos, seguido de agregación plaquetaria y trombosis. Posteriormente aparece edema, isquemia y necrosis.

El diagnóstico precoz del grado de profundidad de las lesiones es, sin duda, una de las prácticas más complejas en esta patología. Tras la espera de cinco a siete días, para valorar el grado y delimitación de la zona, se propone realizar el injerto, si procede.



**Fotografía 3. Quinto día. Área delimitada de la quemadura de color blanco nacarado, curas con Silvederma<sup>®</sup> o sulfadiazinaargéntica**



**Fotografía 4. Séptimo día.**



En las quemaduras clasificadas como AB, la decisión clínica consiste en esperar evolución:

- si evoluciona a AB-A, no precisa injerto
- si la evolución es a AB-B, como en este caso, se decide realizar injerto

Definitivamente se observa que se trata una quemadura AB-B. En ella, se han demarcado los surcos de eliminación entre el tejido viable y el no viable, zona con necrosis y momificada. Hasta el momento del tratamiento quirúrgico no se conocerá el grado de profundidad de dicha quemadura.



**Fotografías 5, 6 y 7, corresponden con las etapas tras el injerto quirúrgico.**

Se realiza autoinjerto, con piel de la propia paciente. Tras la cirugía se coloca un almohadillado para facilitar que haya un buen contacto entre el injerto y el lecho receptor. El injerto de piel mallada se ha fijado con puntos de sutura, así se mejora el drenaje y se evita el desplazamiento y la tensión de dicha zona.



**Fotografía 8. Cicatrización total de la quemadura.**

En la fotografía 8 se puede apreciar que quizá hubiera sido preciso insertar un colgajo además de la realización del injerto, ya que es visible la ausencia muscular de la zona.

## DISCUSIÓN. CONCLUSIONES

Las quemaduras por congelación constituyen uno de los grandes problemas patológicos relacionados con la práctica del

montañismo en ambientes de gran altitud y en esquí de travesía. Es menor el número de accidentes en personas que trabajan en la industria del frío<sup>4</sup>.

Es importante en la fase inicial decidir si se precisa el recalentamiento de la zona afectada. Para esto hay que tener en cuenta los medios de los que se dispone y valorar si en ese momento hay que descongelar de forma activa o pasiva (espontánea).

Debe evitarse cualquier tipo de traumatismo y masajes en zonas afectadas. Si el entorno y los medios son adecuados lo mejor es que el recalentamiento local por inmersión: con agua y solución antiséptica yodada a 38°C durante 30 minutos<sup>3</sup>.

En la fase aguda de las lesiones por congelación es difícil emitir un pronóstico, lo que obliga a un período de espera. Se mantendrá una actitud expectante, paciente y conservadora hasta que la necrosis no esté perfectamente definida<sup>3</sup>.

Es importante tomar medidas preventivas e instruir a la población en el manejo del hielo seco. Entre las medidas de seguridad recomendadas se encuentran las siguientes: el hielo seco debe manipularse con protección de guantes aislantes; no se debe almacenar en espacios pequeños o habitaciones sin ventilación adecuada porque el CO<sub>2</sub> tiende a acumularse y producir asfixia; no almacenar en recipientes herméticos y no transportarlo en los maleteros de los automóviles puesto que con temperaturas cálidas la sustancia genera una potente acumulación de gas o dióxido de carbono, que puede estallar en cualquier momento<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wikihow:Cómo hacer cualquier cosa. [Internet]. Palo Alto: California; 2005 [actualizado 16/09/2018; revisado 17/05/2018]. Disponible en: <https://es.wikihow.com/almacenar-hielo-seco>.
2. Wikipedia. Enciclopedia libre.[Internet]. 2001[actualizado 16/09/2018; revisado 17/05/2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Congelamiento>.
3. Congelaciones. ucm.es, [Internet][actualizado 14 febrero 2014; revisado 20/08/2018]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-17-CONGELACIONES-Tema-Libro-Cirugia.pdf>.
4. Barranco Ruiz F, Blanco Morilla J, Mérida Morales A, Muñoz Sánchez M.A, JareñoChaumel A, CozarCarraso Jet al. Principios de urgencias y emergencias y cuidados críticos. Patología por acción del frío: Hipotermia y congelaciones. Uninet.Red Universitaria de Servicios Telemáticos Integrados para Comunidades Virtuales de Usuarios. [Internet]. . Universidad de Burgos.1999. [revisado el 6/2/2018]. Disponible en: <https://www.uninet.edu/tratado/c090404.htm>.
5. Aguilar Reguero J.R. Lesiones por frío. Medynet. [internet].Emergencias 061. Málaga. 1999 [actualizado 11/05/2004; revisado 17/05/2018]. Disponible en:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Lesiones%20por%20frio.pdf>.
6. Benaim Fortunato. Opinión personal sobre una clasificación uniforme para la profundidad de las quemaduras. Revista Argentina de quemaduras. Volumen 15, nº2. Mayo/agosto 2000.
7. Revista Dato Salud. [Internet]. Colombia. 2014 [actualizado 24/05/2018; revisado 23/05/18]. Disponible en: <http://www.datosalud.net/tratamientos/quemaduras-con-hielo-seco-es-lo-que-debo-hacer/>.



## ¿DEBEMOS LOS ENFERMEROS VALORAR EL NIVEL DE AFRONTAMIENTO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

Sra. Directora:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como el estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad<sup>1</sup>.

Actualmente, alrededor de 450 millones de personas en el mundo tienen trastornos mentales y de conducta<sup>2</sup>, la asistencia a estas personas requiere la integración de distintos niveles de atención y de intervención con el objetivo de alcanzar autonomía, calidad de vida, bienestar personal y participación social en torno al concepto de recuperación personal<sup>3</sup>.

Por otro lado, el estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés interpersonal es un área de interés fundamental en la salud mental. Una buena adaptación al medio, en cuanto adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera un factor básico de salud mental. En este sentido, los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona, y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador o un obstáculo para la interacción con los otros, es decir, para relacionarse de forma efectiva con los demás. Identificar las relaciones entre los estilos interpersonales y las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona ante situaciones de estrés sería un primer paso<sup>4</sup>.

El fenómeno de afrontamiento y adaptación, ya sea de forma implícita o explícita, es relevante para los profesionales de enfermería tanto a nivel personal como profesional, ya que determinan la eficacia para el mantenimiento y recuperación de sus pacientes. Además, el reconocimiento de dichas estrategias permite a las enfermeras identificar las estrategias adecuadas o inefectivas para orientar el cuidado<sup>5</sup>. Asimismo, el estar comprometidos en el día a día con el cuidado de las personas en situaciones difíciles, les permite valorar sus habilidades y dar sentido a las intervenciones que les ayuden y facilitar la utilización de estrategias de afrontamiento efectivo para alcanzar la adaptación a dicha situación<sup>6</sup>.

Roy, en el 2004, desarrolló la teoría sobre el proceso de afrontamiento y adaptación teniendo en cuenta como marco conceptual su modelo de adaptación, y además construyó la Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS). Esta escala ha sido estudiada en profundidad como objeto de investigaciones transculturales relacionadas con el instrumento en varios idiomas (inglés y tailandés y español) ampliando los conocimientos propios de la disciplina y aportando un instrumento importante de valoración a la profesión. La importancia de tener un instrumento validado permite conocer mejor el comportamiento de las personas que viven o se enfrentan a un evento, y así planificar mejor una posible intervención<sup>7</sup>.

Como disciplina científica, la Enfermería tiene sentido por su implicación directa en el cuidado, siendo capaz de valorar las respuestas humanas, para llevar a cabo intervenciones basadas en la reflexión y en la identificación de los problemas de salud. Es precisamente este aspecto, el que determina el rol autónomo del profesional enfermero permitiéndole tomar las decisiones adecuadas a cada persona y situación, midiendo la eficacia de sus intervenciones. Indudablemente, este proceso debe sustentarse en un Modelo enfermero que sirva de referencia al acto de cuidar, así como para la concienciación de los profesionales sobre su aplicabilidad, como una herramienta de trabajo imprescindible

hacia el crecimiento y la madurez tanto para el paciente como para el propio profesional, con un proyecto en común: el cuidado.

Asimismo, conscientes de la responsabilidad profesional que implica el cuidado de la población, específicamente de quienes padecen una enfermedad mental, y la necesidad de abordar sus cuidados de la forma más óptima, se justifica la elección del Modelo de Adaptación de Roy para valorar de forma integral su forma de pensar, de sentir, su estado de ánimo, y sus relaciones con los demás. La elección de un Modelo determinado no puede ser una cuestión trivial, puesto que de ello dependerá la eficacia de los resultados. Por ello, a pesar de los muchos modelos de enfermería existentes, puede considerarse que el Modelo de Adaptación de Roy se perfila como uno de los adecuados para trabajar en el área de la Salud Mental.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. <http://www.who.int/es/>: [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. c2014 [Citado 2018 Octubre 10]. Salud mental: un estado de bienestar. Disponible en: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. Size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(9):655-679. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21896369>
3. Ruiz MA, Montes JM, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, De Dios Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2012 [Citado 2018 Octubre 21]; 5(2):98-106. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental-286/opiniones-creencias-las-enfermedades-mentales-graves-esquizofrenia-90123495-originales-2012>
4. Castaño EF, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2010 [Citado 2018 Octubre 10]; 10:245-257. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
5. Flórez-Torres I, Herrera-Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Vecchino-Amador M, Zambrano-Barrios D, Reyes-Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichán* [Internet]. 2011 abr [Citado 2018 Octubre 10]; 11(1): 23-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000100003&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100003&lng=es)
6. Bula Romero JA. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación y los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial. [Internet]. Bogotá D.C.: 2011. [Citado 2018 Octubre 16]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7053/1/539455.2011.pdf>
7. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. Third Edition. Upper Saddle River, New Jersey (USA): Pearson Education LTD. 2009.

**María Alexandra Gualdrón Romero**

Enfermera. Hospital Comarcal Sierrallana. Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

**Carmen Sellan Soto**

Enfermera. Psicóloga. Doctora en Psicología. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

**Antonio Vázquez Sellan**

Enfermero. Doctor en Medicina. Profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael - Nebrija. Universidad Antonio de Nebrija. Madrid.

Correo para correspondencia: alexandragualdron@yahoo.es

Libro: **Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado.**

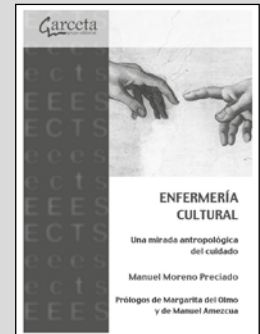
Manuel Moreno Preciado.

1ª edición, 1ª impresión

OI: 0198/2018

ISBN 978-84-1728-928-7

Ibergarceta Publicaciones, S.L., Madrid 2018



Resulta bastante difícil resumir en una reseña, este prolijo, aunque no por ello complicado, texto de Manuel Moreno sobre “una mirada antropológica del cuidado”. Por ello, intentaremos extraer aquí su contenido más relevante en lo relacionado con la clínica enfermera.

Se trata de un texto bien estructurado, de cómoda comprensión y con amplias referencias; por lo tanto estamos ante un libro riguroso.

La **primera parte** nos introduce en los conceptos teóricos de la antropología en relación con la salud (tales como la diversidad cultural en sociedades abiertas, sus desafíos o la necesidad de aprender a vivir en la diferencia, entre otros).

Tras referirse a la salud y la enfermedad desde la perspectiva antropológica, se introduce en la “mirada antropológica del cuidado”. Así, analiza las diferentes formas en que la Enfermería se nutre de las aportaciones de dicha disciplina para su desarrollo y para su práctica del cuidado, es decir, para la clínica asistencial.

Este volumen nos permite recordar que las investigaciones antropológicas consideran al ser humano siempre en su contexto, es decir, inmerso en situaciones socioculturales diferentes. Algo que, obviamente, también hace que las situaciones de salud y de enfermedad sean distintas según los contextos socioculturales en los que se den. Este enfoque, consecuencia de investigaciones de campo y de reflexiones sobre la diversidad del cuidado, concuerda con los diferentes modelos y teorías enfermeras; tanto uno como los otros coinciden en su enfoque holístico (apoyado en el concepto del ser humano biopsicosocial).

Consecuencia de este enfoque, nos encontramos frente a dos corrientes. La culturista, basado en la cul-

tura y liderada por Madeleine Leininger, y la antropológica, centrado en el contexto social y económico y representado por Marie Françoise Collière.

Dentro de la corriente culturista, destaca el trabajo de Leininger (1925-2012), considerada la pionera de la Enfermería Transcultural. Ella desarrolló la llamada Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales partiendo de sus experiencias en países multiculturales como EE.UU. (con presencia de minorías raciales y étnicas, e inmigrantes, unos asentados mucho tiempo atrás y otros llegados de diferentes partes del mundo). Como base para el desarrollo de esa teoría, Leininger utilizó el Modelo del Sol Naciente como herramienta metodológica. Este modelo representa, a través de un arco, cómo diferentes factores (tecnológicos, religiosos, filosóficos, económicos, educativos, familiares, valores, estilos de vida, etc.) influyen en los cuidados en situaciones de salud, enfermedad o muerte.

Además de la figura de Leininger, este libro también destaca el importante papel de Josepha Campinha-Bacote (años 70), también dentro de este enfoque culturista. Campinha-Bacote puso de manifiesto la necesidad de los profesionales de la salud de adquirir las habilidades para trabajar en un contexto cultural determinado. Es lo que ella denominó el proceso de Competencia Cultural.

Pasando ahora a la corriente antropológica de Marie Françoise Collière (1930-2005), este libro recuerda cómo ella abogó por aplicar la antropología a las situaciones de cuidados. Como hacen los antropólogos cuando se desplazan sobre el terreno para comprender las maneras de vivir y los problemas de las personas, las enfermeras tendrían que hacerse próximas a sus pa-

cientes. Collière refiere que toda situación de cuidados en sí misma es una situación antropológica, en la que hombres y mujeres son el centro de los cuidados, con sus hábitos de vida, creencias, afectividades, recursos financieros, sociales... Tanto en el hospital como en el domicilio. Ello, a pesar de que (como ella misma resaltó), sea difícil distanciarse del modelo biomédico como el hegemónico.

**En su segunda parte**, el libro habla de "Padeceres y Cuidados. Perspectiva sociocultural". Trata diferentes temas: desde las adicciones a la salud del migrante pasando por el género o el significado cultural de los alimentos, entre muchos otros. Pero nos parece de especial importancia referirnos a un tema en concreto: el proceso de envejecimiento y la muerte, puesto que cada vez es mayor la necesidad de cuidados que precisan las personas mayores en la sociedad actual por la elevada prevalencia de este grupo poblacional. La forma de vivir la vejez y la muerte varía en función de la persona, de su cultura y su entorno. Y, por eso, hoy en día se da una estigmatización de la vejez que antes no se producía, como pone de manifiesto el autor de este volumen, Manuel Moreno. Del antiguo reconocimiento social (cuando se consideraba a los mayores como personas sabias) hemos pasado a que la vejez simbolice el declive, por lo que ahora son "perdedores de (...) la batalla de la vida; y nadie quiere estar con perdedores".

Respecto a la muerte, el texto alude a la reconocida doctora Elisabeth Kübler Ross (1926-2004), quien dedicó parte de su vida a comprender la muerte y el duelo (ella propuso las consabidas cinco fases: negación, ira-protesta, negociación-pacto, depresión y aceptación). El trabajo de Kübler Ross es una enseñanza para todos los profesionales que tienen que afrontar las situaciones del final de la vida de sus pacientes.

**En la tercera y última parte**, este libro de Manuel Moreno propone "Cambiar el Modelo para Cambiar la Práctica". Tras la crítica argumentada al modelo de investigación biomédico (asentado en el método del ensayo clínico -hacer "todo por el paciente" pero "sin el paciente"-), el autor aboga por la indagación y el análisis fundamentado en la relación dialógica. Es decir, fundamentado en "el encuentro del otro", lo que supone apostar por la perspectiva del paciente en la investigación de campo. Algo, de nuevo, propio de la antropología. Así, Moreno propone evitar los falsos dilemas de la investigación ("cuali" vs. "cuanti"), a sabiendas de que ambas deben ser rigurosas.

Moreno considera los conceptos de holismo, entorno o necesidades básicas, el "puente" entre ambas disciplinas (enfermería y antropología). Aunque la antropología se centre en el grupo humano y la enfermería, principalmente, en la persona.

La enfermera es el profesional más "pegado" al paciente, mantiene una proximidad con el otro. Y esto es similar a la observación participante del antropólogo. No hay enfermería sin empatía y sin interés por el paciente, ni sin observación. Una observación que ha de ser sistemática y continua, solo posible en la proximidad, en el "estar allí". No se puede, por tanto, cuidar desde la distancia, comenta el autor.

Este libro está en los fondos bibliográficos del Colegio de Enfermería de Cantabria, a disposición de los colegiados.

**Pilar Elena.**

Enfermera.

Asesora de Investigación del Colegio de Enfermería de Cantabria. España  
Directora de Nuberos Científica



# Premio Merito Profesional



COLEGIO DE ENFERMERIA  
DE CANTABRIA

# Convocatoria del Premio al Mérito Profesional 2019 del Colegio

**FESTIVIDAD de  
SAN JUAN de DIOS**

**MARZO**

2019

8 DE MARZO DE 2019.

**11,00h.: CELEBRACIÓN DE LA SANTA MISA:**

Tendrá lugar en el Sahatorio "Santa Clotilde", organizada por la Dirección de dicho Hospital. Nos invitan a participar a todos los enfermeros y familiares que deseen asistir, en recuerdo de los compañeros fallecidos en 2018.

**9 DE MARZO DE 2019. PARANINFO DE LA MAGDALENA:**

- 11,30h.:
- ENTREGA DE LAS MEDALLAS DE ORO Y PLATA. Los colegiados podrán asistir acompañados de los familiares que lo deseen.
- ENTREGA DE LA MEDALLA AL MÉRITO PROFESIONAL 2019.
- ENTREGA DEL PREMIO CANDIL 2019. Este año la persona designada es Miguel Ángel Tobías. Productor y director de cine, documentales y programas de TV. Comprometido con la difusión de valores, concienciación y movilización ciudadana en la lucha por los Derechos Humanos y contra las injusticias. Defensor de la Promoción de la Salud, el valor de los cuidados profesionales y las enfermeras.
- JURAMENTO DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO. Colegiados de nuevo ingreso.

**GRAN CASINO EL SARDINERO.**

**15,00h.:**

Cóctel y comida de Hermandad en el Restaurante Gran Casino El Sardinero.

**Nota: Aquellos colegiados que deseen asistir podrán retirar las invitaciones en la Secretaría del Colegio, siendo el precio de la misma 36 €.**

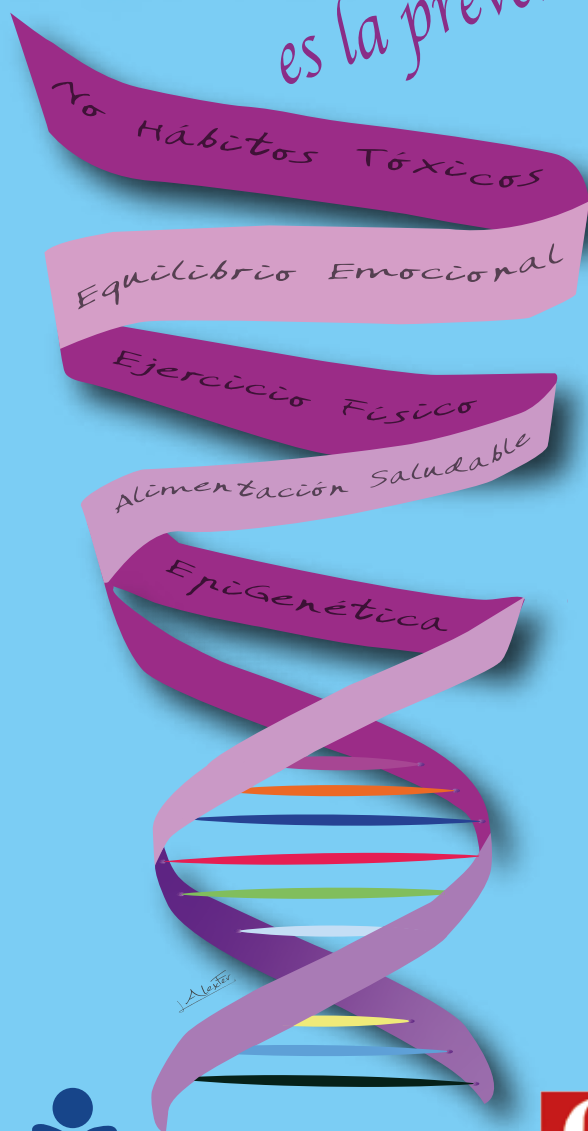


AYUNTAMIENTO DE  
**SANTANDER**

# Enfermeras y Ciudadanos

## Juntos contra el Cáncer

La mejor inversión  
es la prevención



## CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

### 10 Formas de reducir el riesgo de cáncer.

- 1** No fume. No consuma ningún tipo de tabaco.
- 2** Haga de su casa un hogar sin humo. Apoye las políticas antitabaco en su lugar de trabajo.
- 3** Mantenga un peso saludable.
- 4** Haga ejercicio a diario. Limite el tiempo que pasa sentado.
- 5** Coma saludablemente:
  - Consuma gran cantidad de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
  - Limite los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas.
  - Evite la carne procesada; limite el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.
- 6** Limite el consumo de alcohol, aunque lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.
- 7** Evite una exposición excesiva al sol, sobre todo en niños. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
- 8** En el trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.
- 9** Averigüe si está expuesto a la radiación procedente de altos niveles naturales de radón en su domicilio y tome medidas para reducirlos.
- 10** Para las mujeres:
  - La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la madre. Si puede, amamante a su bebé.
  - La terapia hormonal sustitutiva (THS) aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer. Limite el tratamiento con THS.



## 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](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](mailto: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 (en español y en inglés).
- Nombre, apellidos de los autores (máximo seis) y su nivel académico.
- 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 ABS-TRACT) 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 leguaje 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 propia 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](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 Ético de Investigación y Comité Ético de Investigación con Medicamentos de cada Comunidad Autónoma.

### Relación de documentos que deben contener los trabajos a enviar vía e mail

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.