

Nuberos Científica



INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Educación para la Salud en el currículum de la Educación Secundaria: Percepción del profesorado sobre las Escuelas Promotoras de salud.
Adriana Fernández Camino.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

El recambio valvular. Un proceso que no sólo modifica el corazón.
Marta Saiz Echezarreta, David Ramos Saiz.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

El uso seguro de terapias herbales en la época reproductiva.
Ángeles María Márquez Carrasco, María de los Reyes Leo Rodríguez, Marina Rico Neto.

Los cuidados respiratorios domiciliarios en el paciente pediátrico con fibrosis quística.
Elena Rivas Cilleros, Ángela Fernández Rodríguez, José Carlos López Alonso, Patricia Rodríguez Fernández.

Revisión bibliográfica sobre el procedimiento de extracción de muestra sanguínea venosa periférica.
Enara Sainz Navedo, Bárbara Alonso Blanco, Marina Lecue García, Marta Achútegui Napal, Rocío Ruiz Martínez, Alejandra Sainz Sobremazas.

Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. Revisión bibliográfica.
María Teresa Moreno Fernández.

Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión.
Leddy Patricia Vega Suárez, María Sánchez Cueto.

Preoperatorio en ayunas: últimas recomendaciones. Revisión bibliográfica.
Laura Agüeros González, Noelia Prieto Gutiérrez.

MISCELÁNEA

“Aprende vida sana con la rana Juliana”. El autocuidado en edades tempranas.
Mercedes Arana Tejido, Goretti Basallo Domínguez, Eva Camino González, Nuria Herrera Gallarreta, Paula Torre García.

Cuentacuentos de Salud en la Población Escolar. Acercando la Enfermería al Aula.
Nuria Albizu Becerril, Sara Martínez de Castro, Patricia Rubio Alonso.

Traducción y adaptación transcultural de la Escala revisada de evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiver Appraisal Scale (RCAS)] en la población española.
Mónica Cueli Arce, Ana Rosa Alconero Camarero, Miguel Santibáñez Margüello, Juan Ramón Barrada González, Marta Gómez Oti, Carmen M. Sarabia Cobo.

CARTAS A LA DIRECCIÓN **RESEÑAS**



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

Nuberos Científica

VOL. 3 NÚM. 23 NOVIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

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

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:

ARTES GRÁFICAS J. MARTÍNEZ S. L.

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

Revista indexada
en la base de datos



Inclusión de la
Revista Nuberos en
la base de datos



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



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



ISSN: 2173-822X

Dep. Legal: SA-135-2011

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

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

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

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

DIRECCIÓN:

Pilar Elena Sinobas

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

CONSEJO ASESOR:

Montserrat Cabré i Pairet

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

Rocío Cardeñoso Herrero

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

Mario Corral García

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

Pedro Muñoz Cacho

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

Óscar Pérez González

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

Javier Velasco Montes

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

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Mª Paz Álvarez García

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

Mª Carmen Aristín Ortega

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

Montserrat Carrera López

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

Cristina Dimoni PhD, MSc

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

Mª Luz Fernández Núñez

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

Ángela Fernández Rodríguez

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

Mirían García Martínez

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

Mª Alexandra Gualdrón Romero

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

Raquel López Maza

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

David Ramos Saiz

Graduado en Enfermería. Enfermero Especialista en Geriatria. 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** EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULUM DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA: PERCEPCIÓN DEL PROFESORADO SOBRE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

Adriana Fernández Camino

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 11** EL RECAMBIO VALVULAR. UN PROCESO QUE NO SÓLO MODIFICA EL CORAZÓN

Marta Saiz Echezarreta, David Ramos Saiz

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- 16** EL USO SEGURO DE TERAPIAS HERBALES EN LA ÉPOCA REPRODUCTIVA

Ángeles María Márquez Carrasco, María de los Reyes Leo Rodríguez, Marina Rico Neto

- 21** LOS CUIDADOS RESPIRATORIOS DOMICILIARIOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON FIBROSIS QUÍSTICA

Elena Rivas Cilleros, Ángela Fernández Rodríguez, José Carlos López Alonso, Patricia Rodríguez Fernández

- 27** REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE MUESTRA SANGUÍNEA VENOSA PERIFÉRICA

Enara Sainz Navedo, Bárbara Alonso Blanco, Marina Lecue García, Marta Achútegui Napal, Rocío Ruiz Martínez, Alejandra Sainz Sobremazas

- 33** INFLUENCIA DE LA VISITA PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA EN LA ANSIEDAD DEL PACIENTE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María Teresa Moreno Fernández

- 39** ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Leddy Patricia Vega Suárez, María Sánchez Cueto

- 47** PREOPERATORIO EN AYUNAS: ÚLTIMAS RECOMENDACIONES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Laura Agüeros González, Noelia Prieto Gutiérrez

MISCELÁNEA

- 53** "APRENDE VIDA SANA CON LA RANA JULIANA". EL AUTOCUIDADO EN EDADES TEMPRANAS

Mercedes Arana Tejido, Goretti Basallo Domínguez, Eva Camino González, Nuria Herrera Gallarreta, Paula Torre García

- 58** CUENTACUENTOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ESCOLAR. ACERCANDO LA ENFERMERÍA AL AULA

Nuria Albizu Becerril, Sara Martínez de Castro, Patricia Rubio Alonso

- 64** TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA REVISADA DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES FAMILIARES [REVISED CAREGIVEN APPRAISAL SCALE (RCAS)] EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Mónica Cueli Arce, Ana Rosa Alconero Camarero, Miguel Santibáñez Margüello, Juan Ramón Barrada González, Marta Gómez Oti, Carmen M. Sarabia Cobo

- 73** CARTAS A LA DIRECCIÓN

- 74** RESEÑAS

¿SUJETOS A LAS SUJECIONES?

La OMS define el maltrato de los ancianos como *“un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”*.

En relación a la aplicación de una sujeción mecánica o farmacológica en un anciano, además de tener implicaciones éticas y legales, puede conllevar un maltrato físico, psíquico y emocional consigo, si su uso no está debidamente justificado o no se aplica un protocolo de actuación revisado y actualizado por un comité de ética y unos profesionales sanitarios especialmente formados en la materia⁽¹⁾.

De hecho, las consecuencias negativas provocadas por su uso son conocidas gracias a un gran número de publicaciones científicas. Entre las consecuencias físicas, se encuentran: estreñimiento, contracturas musculares, quemaduras, laceraciones, úlceras por presión, incontinencia urinaria, mayor riesgo de infecciones, sarcopenia, desnutrición, broncoaspiración y asfixia mecánica. En cuanto a las psíquicas, cabe destacar el sentimiento de miedo, angustia, humillación, desesperación, estrés severo y agitación^(2,3,4). Consecuencia del gran estrés físico y emocional al que se somete a los pacientes con una sujeción contra la que luchan en continua resistencia, y con el consiguiente aumento de la agitación, se ha llegado a registrar algún caso de muerte súbita en ancianos^(1,5,6).

Autores versados en este campo están de acuerdo en afirmar que no hay datos bibliográficos que demuestren ningún beneficio relacionado con el uso de sujeciones en ancianos. Sin embargo, si se compara su prevalencia con otros países tal como Hong Kong (20%), Francia (17,1%), Italia (16,6%), EEUU (9%), Suiza (6%), Japón (4,5%) o Dinamarca (2,2%), en España es muy elevada^(7,8,9). Según la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) se aprecia una gran variabilidad en las residencias geriátricas, que oscila desde un 7% hasta un 90%.

Y... la pregunta es: ¿Qué no se está haciendo bien?

Son varias las causas que los profesionales alegan para justificar el uso de las sujeciones: dar seguridad a los pacientes más frágiles, y así evitar caídas y lesiones; manejar la agitación; prevenir la interferencia del paciente en los tratamientos o proteger instrumentos y monitorización; controlar las alteraciones de conducta y cognitivas; evitar el vagabundeo o mantener una correcta posición anatómica, entre otras^(1,10).

Gracias a iniciativas sociales como las impulsadas por CEOMA en su programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, la Fundación Cuidados Dignos, la Fundación María Wolf, la asociación Dignitas Vitae y el grupo de trabajo del Colegio de Enfermería de Cantabria la sujeción no es un cuidado, por citar algunas, se está extendiendo la consideración de que existen alternativas mejores a las sujeciones, las cuales, además, dan respuesta a las necesidades asistenciales. Así mismo, los más de 50 centros acreditados en España

como centros dedicados al cuidado del mayor sin implicación de uso de sujeciones de manera habitual demuestran que el no uso de estas medidas no pone en peligro la integridad del anciano. Incluso existen datos que dejan claro que en muchos aspectos mejoran^(1,11,12,13).

El cuidado del anciano sin el uso de sujeciones comienza por un conocimiento profundo del tema, y para que éste se dé es necesario investigar más y mejor en nuevas terapias y alternativas que acerquen a la evidencia científica, en la cual se debe basar toda actuación clínica profesional.

“La práctica basada en la evidencia consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación sobre el cuidado individualizado de los pacientes”.

David Lawrence Sackett (1934 - 2015).

M^a Carmen Aristín Ortega

Diplomada y graduada en Enfermería

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid-España: CMB; 2016.
2. Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43: 197-8.
3. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(1): 36-42.
4. Hewer W, Kauder E, Vierling P. Fatal pulmonary embolism following antipsychotic treatment and physical restraint. Pharmacopsychiatry. 2009; 42: 206-8.
5. Fariña-López E, Camacho A, Estévez-Guerra GJ y Bros i Serra M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5): 262-5.
6. Quintero-Urbe JC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. Rev Esp Med Legal. 2012; 38(1):28-31.
7. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age Ageing. 1997; 26 supl 2: 43-7.
8. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. Int J Geriatr Psychiatry. 2009; 24(10): 1110-8.
9. Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43: 208-13.
10. Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36: 46-50.
11. Barquilla C, Rodríguez-Mansilla J. Masoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia. Aten Primaria. 2014; 47(10): 626-35.
12. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Arza MV, Rodríguez-Domínguez MT, Prieto-Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(5): 238-42.
13. Tortosa MA, Granel R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; 51(1): 5-10.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

P. 6. Educación para la Salud en el currículum de la Educación Secundaria: Percepción del profesorado sobre las Escuelas Promotoras de salud.- Los centros escolares desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta de nuestros jóvenes por lo que pueden ser un lugar clave para la realización de actividades de Educación para la Salud. Pero ¿qué opinan los profesores? ¿Qué temas les parecen claves? ¿Con qué barreras se encuentran? Este estudio exploratorio da respuesta a alguna de estas preguntas.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

P. 11. El recambio valvular. Un proceso que no sólo modifica el corazón.- Investigación de rango cualitativo donde se pone en evidencia a través de su relato biográfico, en sentir y vivir de la experiencia de un varón ha sufrido un recambio valvular consecuencia a una estenosis aórtica. En ese relato se identifican algunas deficiencias en la información clínica que se proporciona a ciertos pacientes en centros hospitalarios.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

P. 16. El uso seguro de terapias herbales en la época reproductiva.- Revisión bibliográfica en diversas bases de datos con el fin de facilitar información, tanto a profesionales sanitarios como a mujeres destinatarias, sobre la seguridad en la gestante y en el feto, del uso y consumo de terapias herbales. Los resultados más relevantes indican que el jengibre y equinácea son seguros, pero no se conocen las posibles interacciones con fármacos, por lo tanto, es importante estudiar la seguridad en el consumo de terapias herbales antes de recomendarlas a las mujeres embarazadas.

P. 21. Los cuidados respiratorios domiciliarios en el paciente pediátrico con fibrosis quística.- Revisión Bibliográfica que aborda como debemos enseñar el manejo en el domicilio de un niño que padece fibrosis quística, (administración de tratamientos, ejercicios,...) siendo primordial esos cuidados para que no sufra recaídas, de tal manera que mejoraremos no solo la salud y el nivel social del niño, sino que también ahorraríamos al sistema sanitario disminuyendo el número de asistencias por exacerbaciones. Este trabajo no solamente es realizado por enfermeros, también debemos contar con profesionales como los fisioterapeutas.

P. 27. Revisión bibliográfica sobre el procedimiento de extracción de muestra sanguínea venosa periférica.- Se puede observar variabilidad entre las enfermeras que ejecutan el procedimiento de la extracción de sangre. Y es qué ¿qué antiséptico se debe utilizar? ¿En qué orden se deben de sacar los tubos? A través de esta revisión bibliográfica, las autores definen los aspectos clave y su correcta ejecución.

P. 33. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente.- Esta revisión bibliográfica muestra la im-

portancia que tiene el papel de enfermería para disminuir la ansiedad del paciente ante una intervención quirúrgica, la cual, genera ansiedad y cómo debemos tratarla. Según este estudio, una visita de enfermería prequirúrgica debe canalizar y resolver las dudas que puedan llegar a plantear nuestros pacientes para tener mejores resultados del control de ansiedad. Importante la entrevista en esa visita.

P. 39. Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión.- Revisión bibliográfica de la literatura publicada cuyo fin es transmitir a los profesionales los últimos conocimientos publicados en relación a las úlceras por presión. La prevención continúa siendo la herramienta del cuidado indicada para el logro de resultados eficientes.

P. 47. Preoperatorio en ayunas: últimas recomendaciones. Revisión bibliográfica.- Manuscrito que pone de manifiesto la necesidad de actualizar el protocolo correspondiente que queda obsoleto según las recomendaciones de la literatura publicada y que debe ayudar a actualizar la clínica de los centros sanitarios sobre este tema.

MISCELÁNEA

P. 53. Aprende vida sana con la rana Juliana. El autocuidado en edades tempranas.- Proyecto de educación para la salud en autocuidado, impartido a niños de 3 a 5 años de edad y llevado a cabo en distintos Colegios de Cantabria. Las enfermeras docentes responsables de las sesiones tienen como herramienta principal un cuento con la rana Juliana de protagonista.

P. 58. Cuentacuentos de Salud en la Población Escolar. Acercando la Enfermería al Aula.- Experiencia comunitaria enriquecedora tanto para alumnos de E. Infantil como para profesores y para las propias docentes. Muestra cómo es posible llegar a los niños de la primera infancia a través de herramientas con las que ellos están familiarizados –el cuento– para instruir sobre temas de salud.

P. 64. Traducción y adaptación transcultural de la Escala revisada de evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiver Appraisal Scale (RCAS)] en la población española.- El equipo investigador presenta la traducción y adaptación cultural al español de la "Escala cuidador familiar" ("Revised Caregiving Appraisal Scale"-RCAS), ampliamente utilizada en la literatura, y que evalúa dimensiones tanto positivas como negativas en el cuidador familiar.

Se realizó un proceso de traducción directa e inversa, así como una prueba piloto a 30 cuidadores seleccionados de manera aleatoria. Describe de manera exhaustiva el proceso y la metodología de traducción y retrotraducción hasta conseguir la versión definitiva del cuestionario.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Educación para la Salud en el currículum de la Educación Secundaria: Percepción del profesorado sobre las Escuelas Promotoras de salud

Autora:

Adriana Fernández Camino

*Graduada en Enfermería. Máster en Formación
del Profesorado en Educación Secundaria.*

Dirección para correspondencia:

adriana_fedez@hotmail.com

Recibido: 14 de enero de 2017

Aceptado: 23 de enero 2018

RESUMEN

La promoción de la salud se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” (1986). La elección de estilos de vida saludables es el objetivo de la Educación para la Salud (EpS), por ello, se piensa en el contexto educativo para llevar a cabo programas de promoción y EpS.

El objetivo general del estudio es explorar la visión que tiene el profesorado de Educación Secundaria sobre la EpS en el ámbito escolar. Para ello, se realiza un estudio exploratorio, mediante encuesta autocumplimentada realizada en el mes de abril de 2017, donde se revisa la percepción del profesorado de educación secundaria. La muestra está formada por 42 profesores de dos centros educativos seleccionados bajo una condición: uno está adscrito a la Red Cantabria de Escuelas Promotoras de Salud (RCEPS) y el otro no.

Los resultados obtenidos muestran insuficiente la formación en materia de salud en el currículum del alumnado de Secundaria, se señala la escuela como lugar idóneo para desarrollar la EpS y se analiza entre otros aspectos la posibilidad de crear una asignatura dedicada a la EpS. Se considera necesario seguir profundizando en este análisis incorporando en el diseño de investigación otras fuentes de información.

Palabras clave: educación en salud, estilo de vida saludable, currículum, educación primaria y secundaria

ABSTRACT

Health promotion is defined by the World Health Organization (WHO) as “The process that allows people to increase control over their health” (1986). The choice of healthy lifestyles is the goal of Health Education so, we think about the educational context to carry out health promotion and health education programs.

The general objective of the study is to explore the vision that Secondary Education teachers have about Health Education in the school environment.

To do this, an exploratory study is conducted through a self-administered survey, which is performed in April 2017, where the perception of secondary education teachers is reviewed.

The sample consists of 42 teachers from two educational centers selected under one condition: one is attached to the Cantabria network of Health Promoting Schools and the other is not.

The results obtained show insufficient training in health in the curriculum of Secondary students. Furthermore, the school is indicated as the ideal place to develop health education, as well as, it is analyzed among other aspects the possibility of creating a subject dedicated to health education.

Finally, it is considered necessary continue to deepen this analysis by incorporating other sources of information into the research design.

Keywords: health education, healthy lifestyle, curriculum, education primary and secondary

INTRODUCCIÓN

Históricamente, la salud se ha contemplado como la ausencia de enfermedad; sin embargo, este concepto ha ido evolucionando y ya en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió esa manera de entender la salud y pasó a definirla como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o discapacidad” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud)⁽¹⁾. Según M. Terris la salud va ligada a la capacidad de funcionamiento; afirma que la salud es “el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1975). En la actualidad se concibe la salud desde diferentes dimensiones. Esto deriva de las dimensiones del propio ser humano; ya que la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Dejando a un lado la idea de que la salud es meramente la ausencia de enfermedad, se conoce que ambos estados, enfermedad y salud, coexisten y están en interacción dinámica a lo largo de la vida. La salud se concibe como un concepto positivo que depende de los recursos personales y sociales pero también depende de las capacidades físicas. Además, la salud es un recurso para la vida y es un valor que irá adquiriendo importancia según las perspectivas y experiencias de las personas.

Como se puede leer en uno de los principios de la Constitu-

ción de la OMS “todo ser humano independientemente de su raza, religión, ideología política o condición económica o social tiene derecho a gozar del máximo grado de salud; considerado este como derecho fundamental”. Asimismo, en el Artículo 43 de la Constitución Española de 1978, se reconoce el derecho a la protección de la salud y concretamente compete a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública. Además se afirma que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. A pesar del reconocimiento en la Ley de salud pública y de la educación sanitaria no queda claro la inclusión de la Educación para la Salud (EpS) en los centros educativos⁽²⁾.

Concretamente España, está vinculada a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud desde 1993 y, desde la Reforma Educativa de 1992, la EpS estaba integrada como tema transversal en el currículum educativo. Actualmente la Ley que rige nuestro sistema educativo es la LOMCE 2013 (Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa)⁽³⁾. En esta Ley tanto la EpS como la promoción de la Salud se trabajan como competencias que deben adquirir los adolescentes. Como queda reflejado en el documento desarrollado por la Consejería de Educación, Cultura y Deporte y la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Red Cantabria de Escuelas Promotoras de Salud “la aportación de conocimientos es un elemento necesario, pero no suficiente para la modificación consciente de la conducta”⁽⁴⁾.

Por ello, hay que tener en cuenta al docente como agente promotor de la salud. Es en la Orden PRE/21/2013, de 30 de Mayo, donde se regula la creación y organización de la Red Cantábrica de Escuelas Promotoras de Salud (RCEPS)⁽⁵⁾. A pesar de que dicha Orden recoja las funciones y objetivos derivados de los centros educativos todavía queda difuso en la práctica la coordinación y colaboración necesarios para orientar y motivar a la comunidad educativa en términos de salud. El centro debe ser capaz de integrar la salud de acuerdo a lo previsto en el currículum en la programación educativa: Proyecto Educativo de centro (PEC) en el Proyecto Curricular de Centro (PCC) y en la programación General Anual (PGA).

JUSTIFICACIÓN

Durante la realización de las prácticas del Máster Formación del Profesorado en Educación Secundaria, se detectó que el profesorado del Instituto de Educación Secundaria (IES) demandaba mayor implicación por parte de la comunidad educativa en materia de promoción de la salud.

Además el alumnado que se encuentra en los centros educativos adquieren estilos de vida que pueden ser o no saludables; esto podría mejorarse mediante la intervención en los centros de profesionales formados en términos de salud y sobre todo formados en pedagogía. Empleando metodologías que fuesen más allá de los modelos preventivos los adolescentes de nuestra sociedad podrían avanzar hacia su desarrollo óptimo y alcanzar su bienestar en cualquiera de sus niveles.

Ambas razones fueron las que llevaron a plantearse la necesidad de investigar en este tema.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Son muchas las definiciones que se han dado sobre EpS; Costa y López definen la EpS como "un proceso deliberado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a la adquisición y fortalecimiento de los comportamientos y estilos de vida saludables, a favorecer las elecciones positivas para la salud y a promover los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo"⁽⁶⁾. Al plantearse la necesidad de desarrollar la EpS entre los adolescentes parece oportuno establecer un lugar adecuado para ello. Son varios los motivos descritos en las guías para considerar la escuela como lugar idóneo para llevar a cabo intervenciones educativas de EpS.

En primer lugar y acorde con la legislación vigente, la escolarización en España es obligatoria, lo que garantiza la accesibilidad y continuidad de las acciones de salud. Además, las edades con las que se presentan los adolescentes son favorables para asegurar la receptividad de las acciones educativas en materia de salud y hacer que estas sean eficaces. Otros detalles son el aspecto organizativo y la función social que conlleva la escuela.

Señalar que ya en la Conferencia de Atención Primaria en Alma-Ata en 1978 se resaltó la importancia del escenario escolar para el desarrollo de la EpS y se subrayó además la aportación significativa que la escuela tiene en el desarrollo y promoción de la salud.

Instituciones como el Colegio de Enfermería de Cantabria a

través de su fundación (FECAN) abogan por desarrollar la EpS dentro de las escuelas a través de la enfermería escolar^(7,8).

La adolescencia es la etapa en la que se configuran los estilos de vida, tanto sociales como individuales. Autores como Félix López Sánchez determinan la adolescencia como una etapa de vida difícil de definir en términos cronológicos pero en la que se producen cambios profundos, rápidos y significativos. Durante este periodo, los adolescentes pueden participar de diferentes conductas de riesgo como fumar, consumir otras drogas, consumo excesivo de alcohol... Esta cuestión se explica por diferentes teorías tradicionales que siguen la línea de apoyar en la etapa de la adolescencia la práctica de dichas conductas con cierta frecuencia para poder acercarse a su futuro modelo adulto y también para establecer un contacto social más fácilmente.

Tomando como referencia la guía de salud y desarrollo personal elaborada por el Instituto de Salud Pública de Navarra, para trabajar con los adolescentes en hábitos de salud y desarrollo personal se ha de considerar una perspectiva global. Para ello se tienen en cuenta, por un lado, la propuesta de Quebec que aboga por trabajar las relaciones interpersonales y la sexualidad de los adolescentes a través de la EpS y por otro, el planteamiento de Tones que considera que, mejorando la autoestima, estos contarán con habilidades personales suficientes para afrontar la vida. Se puede ver por tanto como se dejan a un lado los modelos de riesgo y se aboga por un modelo que se centra en el desarrollo positivo del adolescente⁽⁹⁾.

Parece oportuno destacar al grupo de investigación en competencias de Salud (COMSAL) por su experiencia en el ámbito de la EpS. Actualmente trabajan con el objetivo de detectar las competencias en materia de salud que tanto alumnado como profesores deben adquirir en la etapa obligatoria de la educación. Por un lado se preguntan si los alumnos que pasan por la escuela adquieren las competencias de salud necesarias para alcanzar un pleno desarrollo y por otro lado, se plantean la duda en torno a la formación inicial de los profesores. El resultado de sus investigaciones va encaminado a presentar reformas curriculares que puedan solucionar el problema existente en el currículum en torno a las competencias de salud. Entre sus resultados, explican que la transversalidad de los contenidos de EpS va desapareciendo tras la LOE 2/2006 que apuesta por el trabajo por competencias. En la actualidad, habría que reflexionar sobre la manera de llevarse a cabo en la práctica docente. En la misma línea este grupo presenta en el año 2012 ocho ámbitos de salud de competencias a tratar en el sistema educativo: alimentación y actividad física, adicciones, accidentes, sexualidad, promoción de la salud, medioambiente, aspecto emocional e higiene⁽¹⁰⁾. Entre otros muchos aspectos analizan parte de los contenidos ausentes en referencia a la educación afectiva sexual y determinan por ejemplo, la autoexploración y el conocimiento del cuerpo o apreciar la sexualidad como forma de expresar afecto y sentir placer, como carentes desde el planteamiento educativo y por ende carentes también en el currículo.

Además de la dificultad en el diseño de los currículos educativos, existe otro inconveniente para implementar en las escuelas una EpS de calidad y son las dificultades que percibe el profesorado para llevarlo a cabo. Según Talavera en una de sus investigaciones, ellos señalan la falta de tiempo, la falta de reconocimiento, la falta de coordinación entre profesorado, la falta de materiales y recursos didácticos, la escasa participación por parte de los padres... como hándicaps para desarrollar la EpS en sus aulas⁽¹¹⁾.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Explorar la visión que tiene el profesorado de Educación Secundaria sobre la EpS en el ámbito escolar.

Objetivos específicos

- Conocer la opinión del profesorado sobre la adecuación de la formación en materia de salud en el currículum del alumnado de Secundaria.
- Conocer la opinión del profesorado sobre los contenidos, los posibles responsables de la formación, la organización de la materia y función de los centros educativos en la EpS.
- Conocer la importancia que según los profesores tiene el plan vigente de "Escuelas Promotoras de Salud".
- Identificar qué tipo de actividades se llevan a cabo en el centro adscrito a la RCEPS.
- Averiguar la opinión del profesorado sobre el impacto del programa Escuelas Promotoras de Salud en la salud del adolescente.

METODOLOGÍA

En este estudio exploratorio, se presenta el interés por conocer la opinión del profesorado sobre la EpS en una muestra heterogénea. En primer lugar, se definieron los objetivos del estudio después, se planificó el cuestionario elaborando las preguntas determinando su concordancia con los objetivos.

El estudio se llevó a cabo en dos centros educativos seleccionados aleatoriamente con la condición de que uno estuviese adscrito a la RCEPS y el otro no.

Una vez que se obtuvo el permiso de ambos centros para poder llevar a cabo los cuestionarios se establecieron los plazos para poder recogerlos. De esta manera una vez que se completaron los cuestionarios se consiguió la información empírica para contrastar y completar la información teórica.

El cuestionario elaborado (ANEXO I) consta de once preguntas abiertas y cerradas. Se distribuyó durante la semana del 4 al 11 de Abril de 2017. Para los resultados se ha utilizado el análisis descriptivo y se ha respetado el anonimato y la confidencialidad de los datos tanto de los profesores como de los centros educativos. Participaron los profesores que lo desearon de los dos centros seleccionados.

RESULTADOS

La muestra final del estudio se conforma de 42 profesores. Del total de la muestra, el 40,5% (n=17) pertenece al centro que actualmente está adscrito a la RCEPS y cuenta con el programa "Escuelas Promotoras de Salud", mientras que, el 59,5% (n=25) de todo el profesorado que completó el cuestionario trabaja en el IES que no está adscrito a la RCEPS.

Al cuestionar la adecuación de la formación en materia de salud en el currículum del alumnado de Secundaria el 69% de la muestra coincide en que es insuficiente, el 19% lo considera suficiente y el 12%, no sabe o contesta.

Según la variable elegida para esta investigación los resultados varían: en el centro que cuenta con el programa, el 53% afirma que la información es insuficiente mientras que el 29,4% dice ser suficiente y el 17,6% no contesta; en el centro donde

no se desarrolla el programa es el 80% del profesorado el que dice que la información es insuficiente, el 12% manifiesta que es suficiente y el 8% no contesta.

Dando respuesta al segundo objetivo, los contenidos que los profesores señalan relevantes a tratar son: la alimentación saludable, el deporte, los hábitos de higiene, las revisiones médicas, el cuidado del medio ambiente, educación sexual, primeros auxilios, prevención en drogodependencias, prevención en el uso excesivo de las tecnologías, el descanso, el bienestar físico, mental y social y el acoso escolar.

Los profesores opinan que los profesionales más indicados para la impartición de los temas de salud son los que pertenecen al departamento de Educación Física seguido de los profesores de Biología. Algunos, señalan como responsable a todo el profesorado especialmente a los tutores y al profesor encargado de las actividades extraescolares y complementarias. Son los menos los que señalan a profesionales externos.

Si hay algún punto en la investigación donde casi todos están de acuerdo es en el lugar donde desarrollar la EpS y es que, el 97,7% afirman que los centros educativos son el escenario idóneo para impartir la EpS. En cambio, cuando se preguntó si era necesaria una nueva asignatura para impartir la EpS no todos están de acuerdo; el 45,2% afirma que no es necesario mientras que el 35,7% muestra la necesidad de la misma, el 19% no sabe o no contesta.

Algunos de ellos, responden que los contenidos relacionados con la EpS deberían tratarse desde todas las asignaturas que actualmente se están impartiendo de una manera transversal.

Respecto a la implantación del plan vigente de "Escuelas Promotoras de Salud" en todos los centros de Cantabria, el 83,4% considera importante llevarlo a cabo. Si analizamos los resultados, el 82,4% del profesorado que pertenece al centro adscrito al programa confirma la importancia de este recurso en todos los centros de Cantabria y en el centro que no cuenta con el plan el porcentaje es similar; el 84%.

A la pregunta del tipo de actividades propuestas en el IES desde que comenzó el programa señalan: los miércoles de fruta, rutas de senderismo abiertas a toda la comunidad educativa, talleres y cursos para promover una vida saludable, recreos activos, desayunos saludables, sensibilización contra el consumo de drogas... En el centro no adscrito a la RCEPS no se identifican actividades saludables que se desarrollen en el centro.

Del profesorado perteneciente al centro adscrito a la RCEPS; el 64,7% afirman que si han notado algunos cambios en los adolescentes en lo que refiere a sus hábitos de salud. Confirman que los alumnos consumen más fruta a diario, toman conciencia de realizar desayunos más saludables, así como, el incremento de la actividad física y mejora de su actitud hacia su realización.

Al reflejar los cambios en los estilos de vida de los adolescentes los profesores analizan el consumo de tabaco, algunos dicen que los alumnos han aumentado su sensibilización en el cuidado de su salud y mejora en los hábitos de vida en especial, el consumo de tabaco, otros dicen que es necesario combatir la adicción. Uno de los profesores dice "los alumnos fuman cigarrillos de tabaco en los alrededores del centro".

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

En base a los resultados, la escuela conforma un contexto adecuado para llevar a cabo la EpS y la promoción de la salud. Tanto

el profesorado cuestionado como autores relevantes como Costa y Ferrari, han manifestado esta propuesta como positiva para los adolescentes. La importancia de desarrollar programas como el de las Escuelas Promotoras de Salud en todos los centros de Cantabria ha sido validada en su mayoría por los docentes que han participado en la investigación.

Se observa como los profesores muestran, la insuficiencia de la información en materia de salud en el currículum del alumnado en la Educación Secundaria, a pesar de que en el decreto de enseñanzas de educación secundaria queda reflejado cómo se trabaja la promoción de la salud durante esta etapa de educación obligatoria. ¿Quiere decir esto que el espacio que ocupa la promoción de la salud es insuficiente, poniendo de manifiesto una nueva línea de trabajo para rediseñar el currículum de la educación secundaria? En esta misma propuesta se investigó sobre la creación de una nueva asignatura que trabajase expresamente sobre la EpS y promoción de la salud con los adolescentes y a pesar de lo explicado anteriormente los profesores que cumplieron el cuestionario no eran partícipes de la creación de una nueva asignatura. Tal como refleja Talavera (2013), el profesorado muestra sobrecarga de trabajo y escasa formación en el tema, ¿pueden ser estos algunos de los motivos que limiten al profesorado para manifestar la iniciativa de la creación de una nueva asignatura?

Respecto al impacto de la EpS en las conductas de los adolescentes, no es posible concluir puesto que la respuesta fue escasa. Como se sabe, el impacto sobre las conductas de las personas, tras las intervenciones en salud resulta difícil de conocer.

A pesar de todo lo que muestra la literatura, la EpS no parece tener la relevancia que debería en los centros educativos.

Como reto a futuras investigaciones queda pendiente ahondar en los motivos que los docentes consideran para no querer implantar una nueva asignatura relacionada con la EpS en los centros. Se considera necesario seguir profundizando a través de otras investigaciones que sigan esta línea incorporando otras fuentes de información.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Constitución Española 1978, Artículo 43. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.net/constitucion/articulo43CE.htm>
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.
- (Gobierno de Cantabria, 2013). Documento Marco de la Red Cantabria de Escuelas Promotoras de Salud RCEPS. Consejería de Educación, Cultura y Deporte Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Recuperado de https://www.educantabria.es/docs/planes/escuelas_salud/redescuelaspromotorassalud_2013.pdf
- Red Cantabria de Escuelas Promotoras de Salud RCEPS <http://re-cepscantabria.blogspot.com.es/>
- Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (2008). Educación para la salud: Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Pirámide. Educantabria. Red de escuelas promotoras de salud. Consultado 17 Mayo 2017. Recuperado de <https://www.educantabria.es/planes/red-de-escuelas-promotoras-de-salud.html>
- Ruiz Iglesias, L. Cardeñoso Herrero, R. Elena Sinobas, P. Fernández Carreras, R. Proyecto de Enfermería Escolar. Santander: Fundación del Colegio Oficial Enfermería de Cantabria. 2014.
- Elena Sinobas, P. Cardeñoso Herrero, R. Fernández Carreras, R. Documento de resultados del Proyecto de Enfermería Escolar 2014-2017. Fundación del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. 2017
- Guía de Salud y Desarrollo Personal, para trabajar con adolescentes. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública de Navarra. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9C5E6501-4734-45BF-999B-12C14ABCFA69/0/Gu%C3%ADadeSaludparatrabajarconadolescentes.pdf>
- Gavidia, Catalán, V. (2016). Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la escuela. Valencia: Tirant Humanidades. Recuperado de http://www.uv.es/comsal/pdf/librocomsal.pdf?_sm_au_=-i-VVjJMZ0J76TNJD
- Talavera Ortega, M., & Gavidia Catalán, V. (2013). Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales.

ANEXO I

Como parte de nuestro interés por conocer qué papel tiene en los centros educativos la salud del alumnado, nos gustaría contar con su opinión sobre diferentes cuestiones relacionadas con la Educación para la Salud (EpS). Sus respuestas serán anónimas. Le agradecemos su colaboración y sinceridad en las respuestas.

¿Considera suficiente la información en materia de salud que se trabaja en el currículum de Secundaria?

SI NO NS/NC

¿Es vuestro centro uno de los incluidos en el Programa Escuelas Promotoras de Salud?

SI NO NS/NC

¿Considera importante este recurso, debería ser implantado en todos los centros de Cantabria?

SI NO NS/NC

¿Qué tipo de actividades se han puesto en marcha en el IES desde que comenzó el programa?

¿Participa de alguna manera en el programa; diseñas o llevas a cabo alguna actividad?

SI NO NS/NC

¿Por qué o por qué no participas?

Desde que está incluido este programa "Escuelas Promotoras de Salud" en el centro, ¿Ha notado algún cambio en los adolescentes? Ejemplos.

¿Considera la escuela el lugar adecuado para fomentar hábitos saludables entre los adolescentes?

SI NO NS/NC

¿Quién cree que debería encargarse de impartir EpS y en qué espacios?

¿Cree que sería necesario implantar una nueva asignatura que incluya EpS?

SI NO NS/NC

A continuación, ¿podría señalarme cuáles serían los contenidos de la EpS?



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

El recambio valvular. Un proceso que no sólo modifica el corazón

Autores:

Marta Saiz Echezarreta⁽¹⁾

David Ramos Saiz⁽¹⁾

*⁽¹⁾Grado en Enfermería. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
alikonky@hotmail.com*

Recibido: 9 de junio de 2017
Aceptado: 3 de enero de 2018

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares, sus tratamientos, los ingresos hospitalarios y los procesos quirúrgicos asociados, pueden ser origen de ansiedad y miedo en las personas que lo sufren; al corazón se le otorga un valor superior por ser el motor que hace funcionar el cuerpo y la mente.

Por otro lado la información que se proporciona al paciente y su familia es de carácter técnico sobre el procedimiento, pero no se informa sobre respuestas emocionales positivas o negativas que pueden surgir con el fin de que tanto el paciente como su contexto familiar las conozcan y puedan adaptarse lo mejor posible, a la nueva situación de salud de una enfermedad cardiovascular.

Se presenta una investigación cualitativa descriptiva, concretamente, el relato biográfico de una persona que ha sufrido un recambio valvular debido a una estenosis aórtica. El relato muestra sus experiencias vividas durante las etapas del proceso. La ansiedad, y el miedo fueron respuestas que emergieron de su descripción.

Conociendo las respuestas ante situaciones estresantes de tipo cardiovascular y, considerando esta como tal, se pueden tener en cuenta en el contexto de los protocolos de atención a estos pacientes y no solo proporcionar la información técnica.

Palabras clave: estenosis válvula aórtica, ansiedad, miedo, investigación cualitativa

ABSTRACT

Cardiovascular diseases, their treatments, hospital admissions and associated surgical processes can be the source of anxiety and fear in people who suffer from it. The heart is given a higher value because it is the motor that makes the body and the mind work.

On the other hand, the information provided to the patient and his family is of technical nature about the procedure. But they are not informed about positive or negative emotional answers that may arise. Knowing these answers will be good in order both the patient and their family context can adapt the best possible to the new health situation of a cardiovascular disease.

We present descriptive qualitative research, specifically, the biographical account of a person who has suffered a valve replacement due to an aortic stenosis. The story shows their experiences during the stages of the process. Anxiety and fear were the answers that emerged from his description.

Knowing the responses to stressful situations of cardiovascular type and considering this as such, can be taken into account in the context of the care protocols to these patients and not only provide technical information.

Keywords: aortic valve stenosis, anxiety, fear, qualitative research

INTRODUCCIÓN

Son muchas las patologías que afectan al sistema cardiovascular, siendo estas, según el INE, la primera causa de muerte en España⁽¹⁾.

El corazón es el órgano principal de este sistema y el motor que hace funcionar tanto el cuerpo como la mente, de ahí, que muchas personas le otorguen un valor superior en comparación a otros órganos^(2,3).

Son muchos los tratamientos existentes para tratar las afecciones de este órgano vital, pero, en concreto a lo largo de este artículo se intentarán relatar las experiencias vividas por un paciente durante su proceso de recambio valvular.

Habitualmente, enfrentarse a una intervención quirúrgica desencadena una respuesta emocional estresante⁽²⁻⁴⁾, vinculada al temor por lo desconocido, por perder la integridad del cuerpo o la propia autonomía, además de la posibilidad de muerte⁽²⁾. Esta respuesta emocional se manifiesta con frecuencia, en miedo y ansiedad^(3,4).

De hecho, son varios los autores que relacionan los procesos cardiovasculares con el patrón de conducta tipo A, caracterizado por ira, hostilidad, depresión, ansiedad, estrés psicológico; siendo sus principales mecanismos de defensa ante esta situación, la baja capacidad para expresar sentimientos, baja tolerancia a la frustración y aislamiento. Reacciones que podrían derivarse de la dificultad para dormir, la dependencia de terceros o la limitación de la vida que el propio proceso desencadena^(2,3).

Las intervenciones de sustitución valvular realizadas a través de esternotomía⁽⁵⁾, conllevan un ingreso hospitalario cuyos primeros días tras la operación transcurren en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La UCI, como describen Escudero, Viña y Calleja, es un lugar hermoso donde se regala vida, pero también es un lugar hostil donde uno debe enfrentarse a su proceso en condiciones ambientales muy adversas. Un lugar acompañado de luz excesiva, ruido constante, ausencia de familiares, relojes, donde al paciente le acompañan sondas, vías, sueros, medicación, monitores y demás elementos necesarios para un control minucioso, pero que a su vez desorientan, confunden y generan ansiedad y miedo en el paciente⁽⁶⁾.

Por ello, esta investigación pretende mostrar las vivencias de un paciente intervenido de recambio valvular, con el fin de descubrir cómo estos procesos pueden influir física y emocionalmente en las personas.

METODOLOGÍA

El trabajo ha sido desarrollado bajo el marco de la Investigación Cualitativa, utilizando el Relato Biográfico, y bajo el prisma del constructivismo, que considera a los seres humanos como conocedores de su realidad⁽⁷⁾. Relatos de este tipo, generan evidencias científicas que, sin duda, se deben tener en cuenta e integrarlas en el conocimiento profesional y en la práctica clínica.

El informante de la historia de vida de relato único ha sido un

varón de 64 años que de manera inesperada fue diagnosticado de patología cardiovascular, situación que poco a poco modificó su vida, obligándole a adaptarse a su nueva condición. Fue seleccionado siguiendo un muestreo de conveniencia.

Para la recolección de datos se realizó una entrevista en profundidad semiestructurada, que se llevó a cabo en tres sesiones de unos 60 minutos en su domicilio, en un ambiente relajado y distendido. Desde el primer momento, previa autorización del informante, las entrevistas fueron grabadas. Además, se informó al participante de los objetivos del estudio, metodología a seguir y confidencialidad de los datos, con el fin de autorizar su consentimiento para la realización de la entrevista y posterior tratamiento de la información obtenida, quedando todo ello reflejado por escrito.

La estructura de la entrevista se llevó a cabo mediante un guion con el cual se intentaban recoger de forma cronológica los diferentes pasos que se dieron desde el diagnóstico hasta el alta. El guion de la entrevista semiestructurada sirvió de base para explorar las cuatro etapas que conformaban el proceso, diagnóstico, ingreso, ya en casa y tiempo después.

Una vez finalizadas ambas sesiones, se transcribieron de forma literal. Los datos así recogidos, fueron sometidos a un análisis cualitativo siguiendo los pasos propuestos por Azmeca y Hueso⁽⁸⁾. Se obtuvieron las siguientes categorías temáticas: diagnóstico, ingreso, ya en casa y tiempo después. Tanto la transcripción íntegra como los primeros bocetos de texto biográfico fueron leídos por el informante pudiendo añadir algún dato más específico.

RELATO BIOGRÁFICO

DIAGNÓSTICO. Con motivo de la revisión para renovar el carnet de conducir el médico me informó de que tenía un soplo en el corazón. Era la primera noticia de esa posible lesión coronaria por lo que de inmediato lo puse en conocimiento de mi médico. En ese momento se abrió todo un rosario de pruebas y controles que me llevó a conocer que mi válvula aórtica se estaba cerrando. El único síntoma que podría destacar era el exceso de sudor y fatiga ante la actividad deportiva pero nunca tuve dolor cardíaco, ni en los momentos de actividad alta notaba algo.

Mi primera cardióloga me trató con pastillas y me vigilaba por si la lesión empeoraba. Nunca sentí limitada mi vida diaria. Aunque el anuncio de que la intervención de recambio valvular era irreversible empezó a generar cierta preocupación e incertidumbre en mí.

Cuando la doctora se jubiló, el nuevo médico decidió que la operación era algo urgente y en unos pocos meses estaba en el quirófano. Me habló de un cierre del 40%, eso ya tenía riesgos serios, como me dijo “¿Usted ha oído hablar de los deportistas que caen fulminados? Pues podría pasarle lo mismo”. Hasta este momento no tenía miedo, era respeto, los daños en el corazón dan respeto. No tener el típico dolor en el pecho ni episodios graves lo hacía más llevadero. Pero ahora el riesgo, incluso de muerte, se ponía delante con toda su crudeza, no solo porque la válvula de mi corazón fallaba sino también por tener que entrar al quirófano. Miedos que se acrecentaron cuando el médico me explicó con todo detalle en que iba a consistir la intervención. Recuerdo que al anunciarme definitivamente la operación me dijo más o menos “te doy unos meses para que te prepares, disfruta de las

navidades con moderación, porque te meto en el protocolo ya”. La información y ver la operación tan cerca cambió algo en mi cabeza. Adelgacé y transformé mi rutina deportiva en una actividad de mantenimiento para no forzar la máquina, quería estar físicamente lo mejor posible. Abrir el pecho, sacar el corazón, de forma literal, proceder al cambio de la válvula parándole durante un tiempo para sustituirla por una máquina y revertir cada uno de los pasos hechos... casi nada (sonríe). La intervención me preocupaba, no sabía cómo iba a terminar, me preguntaba “¿tendría secuelas a largo plazo? ¿se solucionaría con esa intervención?”, así que pensé, “cuanto mejor esté, mejor saldrá todo”.

Esa preocupación no sólo era mía sino de la familia también. No se hablaba mucho de ello porque estábamos en Navidad y con la familia al completo en casa, entre ellos mi nieto, al cual, no queríamos preocupar. En esas fechas, empecé a notar cómo me alejaban las viandas de picoteo de la mesa, el pan cada vez estaba más lejos de mi sitio, las pastillas que venía tomando desde hacía tiempo ya formaban parte de la conversación “¿has tomado la pastilla?”. Supongo lo hacían por mi bien. De la operación hablaba lo justo. Un poco como los niños cuando cierran los ojos, si no pregunto no pasa. Con sobrellevar mis miedos, bastante. Qué clase de vida me podía quedar con una válvula mecánica en mi pecho, un elemento extraño que podía fallar. No paraba de pensar que ese elemento nuevo podría estropearse y que a partir de ahora, no tenía un corazón enfermo que se curaba con medicamentos sino una válvula mecánica cuyos fallos solo se arreglan con reparación mecánica, es decir, a través de herramientas como si fuera cualquier máquina. A medida que se acercaba la fecha, aparecía cierto miedo y agobio ante ese futuro incierto que intenté no transmitir aunque no siempre lo lograba. Los meses previos a la operación intenté pasarlos sin exteriorizar la preocupación. Incluso cuando salía el tema gastaba alguna broma sobre lo que iba a pasar.

Toda esta inquietud, este desasosiego, este miedo ante los posibles riesgos y desenlaces no me permitía dormir igual y en un intento de disminuir ese agobio empecé a devorar información a través de internet y a consultar a otras personas que habían pasado por esta situación. Buscar información a veces te calma porque conoces la teoría de lo que va a pasar pero otras veces te genera más inseguridad y miedo porque la teoría en función del paciente se modifica. El miedo a lo desconocido, el qué pasará y cómo será no se puede evitar por mucho que busques o te cuenten historias.

INGRESO. En marzo de 2015 ingresé en el hospital acompañado de mi mujer. Esa noche necesité pastilla para poder dormir. En la sala previa al quirófano, fui recibido por el anestesista que con un saludo y poco más, me dejó dormido hasta la Unidad de Cuidados Intensivos. Al despertar estaba cargado de elementos extraños. El personal de la unidad empeñado en conocer cómo me encontraba. Yo incapaz de articular palabras coherentes. Con un cansancio brutal, sin fuerzas para nada. Consciente de estar muy bien atendido a juzgar por la cantidad de personas que de forma permanente pasaban por mi box para atender circunstancias diversas.

Mi despertar no fue tranquilo. Dicen que vomité y me agité, los médicos tuvieron que actuar y mi familia salirse del box. Todo un susto.

Fueron unos días de cierta monotonía. Siempre a la espera de las visitas. Aunque como mi esposa trabaja en el hospital facilitaba el acceso entre horas. La visita me daba la vida, sino solo

daba vueltas al futuro. Salía de una operación de riesgo, con claras limitaciones físicas. Me encontraba en un ambiente de cierta hostilidad que no te deja pensar más que en lo inmediato, siempre con la vista encima de todo lo que pasa a tu alrededor y a la espera de que alguien entre a tu box para darte más información sobre tu enfermedad, tu intervención y tu entorno. Fueron tres días difíciles llenos de incógnitas. Me encontraba cansado muy cansado. Se te iba la vida a cualquier cosa que hacías. No te imaginas lo duro que es sentir mirarte un dedo y no ser capaz de moverlo. Nadie te explica eso. Me mandaban soplar por un artificio con tres bolas* que me acompañó durante mucho tiempo, soplar y más soplar algo tan fácil y tan difícil a la vez, pero cuando no tienes fuerzas parece un mundo. Todo esto te hace pensar cómo puedes llegar a tener una vida como la de antes.

En la planta estuve cinco días. Empecé a asumir la realidad de lo que había pasado. El relato de la operación y el futuro con el Sintrom[®], fueron suficientes para asumir que algo había cambiado en mi vida. Aunque parezca un poco ridículo las explicaciones que me dieron los doctores de porqué una válvula mecánica y no biológica y la necesidad de incluir el Sintrom[®] en mi vida cotidiana me llegó a preocupar bastante. Decidieron colocarme una válvula mecánica en vez de biológica, de cerdo, porque esta última debe cambiarse cada 10 años y con 60 años me veían todavía joven como para cada poco estar entrando a quirófano a reemplazarla. La desventaja que presentaba la mecánica, era que debería acompañarme el resto de mi vida el Sintrom[®], una condena no solo por el control analítico sino también por los hábitos alimenticios que debes llevar, eliminar o controlar ciertos alimentos y bebidas. Como serían las cosas cuando saliera del hospital estaba por ver. En ese momento lo veía bastante negro. La falta de fuerzas y el golpeo de la válvula a nada que pusiera el oído en la almohada, me recordaba que algo nuevo estaba pasando en el corazón. Golpeo que por cierto todavía hoy oigo y del que no me acabó de acostumbrar. Si te soy sincero, no podía evitar sentir miedo y quizás angustia por la marcha a mi casa, no sabía el tiempo que tardaría en recuperarme y qué actividades podría desempeñar en mi día a día.

Durante mi ingreso, las preguntas sobre como funcionar en casa estuvieron siempre presentes. Qué hacer ante el dolor en los hombros, espalda y pecho, como curar la herida quirúrgica y como protegerla del sol, los cuidados de la boca, que según parece, sus infecciones pueden ser peligrosas, consejos alimenticios e ingesta de sal. En fin, preocupaciones ordinarias que para un recién operado del corazón se convierten en problemas que necesitan de explicación y que los médicos de planta no duraron en hacerlo.

YA EN CASA. Cinco días de hospitalización y una eternidad en mi casa. Acostumbrarme a moverme en la cama, a levantarme y principalmente a toser agarrándome el pecho para evitar dolores bastantes fuertes no fue fácil. Dormir se hizo cada vez más difícil, el dolor junto a pensamientos negativos acerca de lo larga que va a ser la recuperación lo dificultaba.

El primer paseo fui incapaz de avanzar más de un kilómetro siendo generoso. Sostener el peso del abrigo sobre mis hombros, una experiencia difícil de normalizar. Todo se pone cuesta arriba. La ayuda de la familia es esencial. Les necesitas para las cosas más básicas como levantarte o vestirme. Siempre recordando consejos médicos, evita esfuerzos, no levantes pesos, actividad física y ejercicio limitado, paseos suaves y por terreno llano... vamos, una rutina de actividad física mucho más relajada

de la que yo desde hace año venía realizando. Necesitaba una vida tranquila, debía cuidar mis emociones, horas de sueño y descanso. Las situaciones de estrés no me convenían. Incluso debía cuidar las visitas de amigos y familiares porque pudieran ser fatigosas. Te sientes dolorido, cansado e inútil. Te cambia el carácter. Te vuelves más irascible, pierdes la paciencia te enfadas con facilidad y esos que te ayudan pagan el pato*. Tiendas a aislarte, alejándote del momento que vives. Los días se hacen largos y a veces difíciles. A ratos lo vi muy negro, parecía que no fuese a acabar

TIEMPO DESPUÉS. Han transcurrido más de dos años. Sigo en controles rutinarios. He vuelto a hacer vida normal, sin limitaciones especiales más allá de la prudencia ante los esfuerzos y la toma de medicación. Tengo cuidado relativo con la dieta aunque he recuperado peso. Duermo mejor aunque sigo oyendo el golpeo de la válvula, sobre todo cuando estoy nervioso. He perdido la ansiedad que me producía acordarme de la operación pero no el miedo a volver a pasar por algo así. Tengo la tensión arterial mal controlada. Apenas lo vigilo, hago como que no ocurre porque me da miedo, porque no quiero volver a tener una experiencia parecida a la que he vivido. Mi familia me riñe porque se preocupa y yo aunque sin querer ni poder evitarlo me enfado. Ya te digo que estas experiencias no solo te cambian la vida sino el carácter. Vivo más enfadado, algo menos sociable, sin importarme demasiado lo que los demás piensan de mí y valorando con cierta lejanía las aportaciones de los otros sin darles el reconocimiento que antes daba a las mismas por débiles que fueran. Incluso, hasta el valor del tiempo ha pasado a un segundo lugar dejando de usar el reloj aunque si guardando el respeto de la puntualidad.

CONCLUSIÓN

Procesos que engloban estas particularidades, no sólo te cambian la vida, pues tienes que adaptarte a tus posibles nuevas limitaciones o nuevos tratamientos, sino que también vivir esas experiencias, te puede cambiar el carácter y tu forma de relacionarte con los demás.

Este relato biográfico ayuda a los profesionales a conocer en profundidad, el sentir y vivir de una persona que resiste una situación de estas características. En la clínica y durante todo el proceso, una actitud empática a través los cuidados sería acertada.

Los sentimientos de miedo, ansiedad, incertidumbre, frustración, inutilidad, enfado, preocupación, incapacidad para afrontar las actividades básicas de la vida diaria... que se extraen del relato, y que generan situaciones de este tipo y que se prolongan en el tiempo, pueden estar presentes en muchos pacientes a los que se presta cuidados que deben ser holísticos, incluyendo también a sus respectivas familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
2. Castillero Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. Avances en Psicología Latinoamericana [revista en Internet] 2007. [acceso 9 de Abril de 2017]; 25(1): 52-63 Disponible en: <http://www.scielo.org>.

co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100006

3. León A, Salazar C. Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Rev Costarr. Cardiol [revista en Internet] 2007. [acceso 9 de Abril de 2017]; 9(3): 11-15 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422007000300003

4. Swartz MH. Reacciones del paciente. En: Swartz MH, director. Tratado de semiología. Anamnesis y exploración clínica. 7ª edición. Barcelona: Elsevier Inc; 2015. p42-60. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490227954000022>

5. Mingo S, Moñivas V, Cobo M, Ruiz L, Castedo E, Serrano S. Cirugía valvular aórtica. Indicaciones y Resultados. Cir Cardiov [revista en Internet] 2010. [acceso 6 de Julio de 2017]; 17(4): 351-361. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-cirugia-valvular-aortica-indicaciones-resultados-S1134009610700863>

6. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva [revista en Internet] 2014. [acceso 9 de Abril de 2017]; 38(6): 371-375 Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>

7. Salgado Lévano AC. Investigación Cualitativa: Diseño, evaluación del rigor metodológico y retos. Liber [revista en Internet] 2007. [acceso 9 de Abril 2017]; 13(13). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&lng=en

8. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria [revista en Internet] 2009 [acceso 9 de Abril de 2017]; 6(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>

ANEXO

LENGUAJE UTILIZADO

- Artilugio de tres bolas: Inspirómetro
- Pagar el pato: En este caso en concreto, se refiere a: cuando otra persona sufre las consecuencias del enfado de otra.



ATENCIÓN AL COLEGIADO

AULA DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

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

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

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

asesoriainvestigacion@enfermeriacantabria.com



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

El uso seguro de terapias herbales en la época reproductiva

Autores:

Ángeles María Márquez Carrasco⁽¹⁾

María de los Reyes Leo Rodríguez⁽²⁾

Marina Rico Neto⁽³⁾

⁽¹⁾ Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

⁽²⁾ Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.
España.

⁽³⁾ Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Dirección para correspondencia:

angelesmarquezcarrasco@gmail.com

Recibido: 9 de septiembre de 2017

Aceptado: 10 de enero de 2018

RESUMEN

Las terapias herbales pueden producir efectos desconocidos e indeseados en la salud materno fetal. Por ello, es necesario estudiar su uso durante el embarazo. Esta revisión se centra en las terapias llevadas a cabo con jengibre, arándano, hojas de frambuesa, aloe vera, hinojo, equinácea, canela y caléndula.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed, Cochrane y Ebsco, limitando a artículos desde 2007, libres, en castellano e inglés.

Los resultados más relevantes indican que el jengibre y equinácea son seguros; el arándano tiene dos tipos seguros (*Vaccinium Oxycoccus* y *Vaccinium Macrocarpon*) y otro contraindicado (*Vaccinium Vitis Idaea*); las hojas de frambuesa, caléndula e hinojo deben usarse con precaución; el aloe vera en gel es seguro, pero en jugo no ha demostrado seguridad en el embarazo; la canela tiene una variedad contraindicada en embarazo (*Cinnamomum Aromaticum*).

Es importante estudiar la seguridad en el consumo de terapias herbales antes de recomendarlas a las mujeres embarazadas. Del mismo modo, si esta seguridad es la misma o no, en periodos de embarazo. No se conocen las posibles interacciones con fármacos.

Palabras clave: embarazo, matrona, plantas, seguridad, terapia

ABSTRACT

Herbal therapies can produce unknown and unwanted effects on maternal and fetal health. Due to this, it is wanted to study the use and safety of these therapies during pregnancy. This review focuses on therapies based on ginger, cranberry, raspberry leaves, aloe vera, fennel, echinacea, cinnamon and calendula.

To do this, it was necessary to carry out a bibliographic search in the databases Cuiden, Pubmed, Cochrane and Ebsco limiting this search to free articles from 2006 to present, in Spanish and English.

The most relevant results indicate that: ginger and echinacea are safe; cranberry has two safe types (*Vaccinium Oxycoccus* and *Vaccinium Macrocarpon*) and another contraindicated one (*Vaccinium Vitis Idaea*); raspberry leaves, calendula and fennel should be used with caution; aloe vera gel is safe, but aloe vera juice has not shown safety in pregnancy; and cinnamon has a contraindicated variety (*Cinnamomum Aromaticum*).

It is important to know the safety of using herbal therapy before recommending them to pregnant women. In the same way, to know if this safety changes along the different pregnancy periods. Possible interactions with drugs are not known.

Keywords: midwives, plants, pregnant, safe, therapy

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Según el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio (PAIEPP) de la Junta de Andalucía, la mujer embarazada tiene visitas protocolizadas con profesionales sanitarios diversos (médicos de atención primaria, ginecólogos y matronas) a lo largo de su proceso de embarazo, parto y puerperio¹.

En Andalucía, la primera visita tras conocer la situación de embarazo la realiza la matrona con el fin de orientar el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio¹. En dicha consulta, entre los cuidados aportados por la matrona hacia la gestante se encuentra la educación para la salud, tan importante para la mujer en este periodo de cambios. Se proporcionan consejos higiénicos, dietéticos y sobre riesgos tóxicos. Es importante destacar la necesidad de lavado de frutas y verduras previo a su ingesta, uso de guantes a la hora de manipular tierra de jardinería o tierra de cultivo, y la forma adecuada de cuidar de sus mascotas, si las tuviera, con el fin de evitar contraer enfermedades como la toxoplasmosis. En cuanto a los cambios dietéticos, se hace hincapié en la importancia de la dieta mediterránea (debido a que es sana y equilibrada) y la necesidad de aumentar la frecuencia de las ingestas, pero tomar menor cantidad de alimentos en cada una de ellas. También se especifica la necesidad de no ingerir carnes crudas, de tomar leche y derivados pasteurizados y de controlar la ingesta de pescados con alto contenido mineral. Por último, sobre el riesgo de la ingesta de sustancias tóxicas, se informa de la importancia de no auto-

medicarse sin saber el efecto que producirá el fármaco sobre la diada madre-feto, es comentada la necesidad de evitar fumar o exponerse al humo de tabaco, de evitar ingerir alcohol o drogas y la toma de sustancias estimulantes como cafeína y teína.

Diversos autores afirman que el uso de terapias herbales (TH) durante el embarazo varía entre el 1 y el 60%². Así mismo, las TH se han clasificado en base a la seguridad o no en la gestante para ella y para el feto, de los cuales se muestran los siguientes estudios:

En 2006, se publicó un estudio transversal donde se exploran patrones de uso de terapias herbales en mujeres australianas. Con una n=588 mujeres embarazadas, el 36% de la muestra tomó alguna terapia herbal³.

En 2012 se publicó un estudio de cohortes multicéntrico en Italia, con una muestra de 2672 gestantes para investigar el uso de TH y verificar su posible influencia en los resultados del embarazo. Casi la mitad de los entrevistados utilizó al menos una terapia herbal, y más de una cuarta parte utilizó TH todos los días durante al menos 3 meses de su embarazo⁴.

En 2012 en Colombia se realiza un estudio transversal para identificar las prácticas relacionadas con el uso de TH en mujeres gestantes y lactantes en dicha zona. De 719 mujeres, el 33.6% las utilizaron⁵.

En 2013 se publicó un estudio transversal multinacional en Europa, América del Norte y Australia. Contaba con una muestra (n=9113 gestantes) de la que el 29% tomaron TH. Dieron a conocer 126 terapias, de las cuales 27 fueron catalogadas como contraindicadas en el embarazo y sólo 28 fueron seguras para su

uso durante el embarazo². Se completaron los resultados en una nueva publicación en 2016 sobre la misma muestra⁶.

En 2015, en Oriente Medio también se elaboró una revisión y en ella se especificó que la prevalencia de la utilización de TH en el embarazo oscilaba entre el 7% y el 55% en diferentes contextos geográficos, sociales, culturales y grupos étnicos⁷.

Así también se encuentran algunos ensayos clínicos sobre TH específicas como es el caso del uso de la menta para tratar náuseas y vómitos en la gestación⁸, publicado en 2012 o el ensayo sobre uso de la manzanilla para facilitar el inicio del parto en mujeres con embarazo prolongado, publicado en 2016⁹.

Se aprecia por tanto, que el uso de TH se produce y es actualmente estudiado en diferentes partes del mundo^{3,9}.

Las TH pueden tener efectos terapéuticos potentes e inesperados sobre el organismo materno y el bienestar fetal⁶. Sin embargo, su uso no suele considerarse de riesgo debido a la creencia errónea de que son seguras, y esta condición se le otorga únicamente por provenir de plantas naturales^{3,6}.

Las mujeres cada vez se interesan más en conocer TH que sirvan para paliar la sintomatología más común en el embarazo como náuseas, vómitos o pirosis⁷, y las fuentes para obtener esta información son los familiares y amigos, televisión, revistas e incluso por recomendación profesional. Según el estudio de Kennedy, a veces los profesionales sanitarios no están actualizados frente a los efectos que producen las TH y recomiendan la ingesta de algunas que no se deberían tomar⁶.

Es importante tener en cuenta que algunos de los síntomas más tratados con TH se dan en el primer trimestre de embarazo, coincidiendo con el tiempo de organogénesis del feto y siendo el periodo de más riesgo de malformaciones fetales.

Es poca la información sobre los diferentes efectos que provocan las TH porque no existe suficiente evidencia científica que avale su uso. Los datos de seguridad de las TH son muy limitados y escasos^{3,4}. Sin embargo son muchas las TH que se utilizan.

Algunos de los efectos estudiados son teratogenicidad, aumento de hemorragias o afectación de niveles hormonales materno-infantiles^{5,6}.

Este equipo investigador realizó otro estudio de próxima publicación, en el cual se llevó a cabo una revisión sobre el uso y los riesgos durante la edad gestacional de las plantas usadas más comúnmente en infusión como la valeriana, manzanilla, menta-poleo, tila, té y menta. Además existen estudios de otras plantas utilizadas en menor cantidad como el jengibre, arándano, las hojas de frambuesa, aloe vera, hinojo, equinácea, canela y caléndula, utilizadas con cierta asiduidad, según ha sido señalado en estudios de prevalencia de uso a nivel multinacional^{2,4,6}.

JUSTIFICACIÓN

Es importante llevar a cabo una revisión bibliográfica relacionada con las TH con el fin de identificar el grado de seguridad de su uso y consumo durante la gestación ya que es un periodo delicado en la vida reproductiva. Las TH pueden producir efectos no deseados desconocidos tanto para la madre que la toma como para los profesionales que en ocasiones las recomiendan sin la evidencia científica necesaria.

OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica y facilitar información, tanto a profesionales sanitarios como a mujeres destinatarias, sobre la seguridad en la gestante y en el feto, del uso y consumo de terapias herbales como jengibre (*Zingiber Officinale*), arándano (*Vaccinium Oxycoccus*, *Vaccinium Macrocarpon*, *Vaccinium Vitis Idaea*), hojas de frambuesa (*Rubus Idaeus Folium*), aloe vera (*Aloe vera*), hinojo (*Foeniculum Vulgare*), equinácea (*Echinacea sp*), canela (*Cinnamomum Verum*, *Cinnamomum Zeylanicum*, *Cinnamomum Aromaticum*) y caléndula (*Calendula Officinalis*) durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos Cuiden, Pubmed, Cochrane y Ebsco. Se limitaron los artículos a los últimos diez años (con el fin de que la revisión fuera lo más actualizada posible), con acceso libre, en idioma castellano e inglés. Se usaron las palabras clave establecidas, y posteriormente se llevó a cabo lectura crítica, con las parrillas CASPe. Estas parrillas, válidas y aplicables en países desarrollados, fueron utilizadas para determinar la validez y fiabilidad de los estudios hallados en la búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS

Se obtuvieron 10 artículos que se corresponden en título o resumen con el objetivo del artículo a realizar. Tras el análisis a través de la parrilla CASPe se extrajeron en los resultados en la siguiente tabla:

Primer autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo del estudio
Kennedy ⁶	Marzo 2016	Transversal multinacional	N=9113. 18 países Oct 2011 - Feb 2012	Evaluar y clasificar las hierbas según la seguridad en el embarazo en la literatura actual. Investigar factores de riesgo asociados con el uso contraindicado en el embarazo.
Fachinetti ⁴	Agosto 2012	De cohortes multicéntrico	N=700. Italia Marzo 2010 - Mayo 2011	Investigar el uso de productos a base de hierbas entre una muestra de embarazadas italianas y verificar su posible influencia en el resultado de embarazo.
Gholami ⁹	Mayo 2016	Ensayo clínico (con doble ciego)	N=80. Iran Julio 2013 - Marzo 2014	Identificar el efecto de la manzanilla en la inducción del parto en mujeres con embarazo prolongado.
Pulido ⁵	Diciembre 2012	Transversal	N=719. Bogotá	Identificar el uso de hierbas en gestantes y lactantes en un hospital de cuarto nivel.

Primer autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo del estudio
Foster ³	Junio 2006	Transversal	N=588 Australia Febrero - Mayo 2004	Explorar patrones de uso de medicamentos a base de hierbas.
John ⁷	Julio 2015	Revisión bibliográfica	90 artículos Oriente medio Diciembre 2012	Ayudar a proveedores a educar a pacientes y aconsejarles sobre hierbas medicinales.
Kennedy ²	Diciembre 2013	Transversal multinacional	N=9113 18 países Octubre 2011 - Febrero 2012	Determinar la prevalencia de consumo de hierbas en el embarazo y factor relacionados con dicho uso entre los distintos países y regiones participantes. Investigar quien le recomendó el uso de medicamentos a base de hierbas durante el embarazo.
Heitmann ¹⁰	Diciembre 2015	Transversal multinacional	N total=9113 N nausea= 6701 Octubre 2011 - Febrero 2012	Describir las diferencias en la percepción subjetiva de las náuseas durante el embarazo, así como patrones de uso de medicina convencional. Investigar los factores relacionados con náuseas y su tratamiento, así como las relaciones entre comorbilidad y nausea.
Viljoen ¹¹	Marzo 2014	Revisión sistemática	12 Ensayos Clínicos Aleatorios N=1278 1991-2011	Evaluar la eficacia del jengibre en el tratamiento de náuseas y vómitos en el embarazo. Evaluar la seguridad del jengibre durante el embarazo.
Pasha ⁸	Noviembre 2012	Ensayo clínico (con doble ciego)	N=60	Evaluar el efecto del aceite de menta en náuseas y vómitos durante el embarazo.

En base a los artículos incluidos en la tabla, se observa que el jengibre es la planta más estudiada. Según Kennedy, en su estudio transversal multinacional publicada en 2016, existen diez ensayos clínicos sobre dicha planta².

En el estudio de Kennedy, donde realiza una clasificación de TH que se usan en el embarazo catalogándolas como terapias seguras, terapias tomadas con precaución, terapias contraindicadas o terapias de seguridad desconocida, el jengibre se considera seguro porque no aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, no provoca complicaciones en el embarazo tras su uso^{2,10}, ni aumenta el riesgo de aborto¹¹.

Esta terapia se utiliza para evitar náuseas^{2,3,6,11}, es antiemético^{2,3,6,11}, antiinflamatorio⁶, espasmolítico⁶, carminativo^{2,6}, para problemas gastrointestinales como estreñimiento^{2,6,10}, antiagregante plaquetario⁶ y se usa para mejorar la salud frente a resfriados y gripes^{2,7,10}. En los ensayos clínicos, el uso más estudiado es el antinauseoso y antiemético, obteniendo en ellos un resultado de mejoría de sensación nauseosa 1.2 veces (ligera mejora) frente al grupo que ingiere placebo pero no reduce el número de vómitos¹¹. La dosis recomendada debe ser inferior a 1 gramo diario⁶. En altas dosis concentradas produce disminución de la agregación plaquetaria, aumentando el sangrado, y también la acidez estomacal. Por lo tanto, es considerada una opción inocua y posiblemente eficaz frente a náuseas y vómitos¹¹.

Otra terapia que se utiliza con frecuencia es el arándano^{2,3,6,11}. Existen diversos tipos de arándano: se consideran seguros *Vaccinium Oxycoccus* y *Vaccinium Macrocarpon*; sin embargo, *Vaccinium Vitis Idaea* se considera contraindicado en el embarazo⁶.

El uso de todas las variantes de arándano es antiséptico urinario y astringente⁶. Las variantes seguras se han utilizado para mejorar la salud, para infecciones de tracto urinario, para evitar la retención de agua corporal y para problemas intestinales y flatulencias^{2,10}. Con respecto a infecciones de tracto urinario es

importante destacar la necesidad de tratamiento antibiótico ya que el no tratamiento de ello puede derivar en pielonefritis y amenazas de parto prematuro¹⁰. Un estudio de cohortes no halló efectos negativos para las variantes seguras frente al embarazo⁶.

La frambuesa y sus hojas tienen una larga historia de uso tradicional en mujeres embarazadas. Según Kennedy en su estudio de 2016, es una terapia a utilizar con precaución porque, aunque no ha dado resultados fetales o de embarazo negativos, tampoco ha demostrado beneficios; y estos datos son muy limitados. Existe un ensayo clínico que muestra la no influencia de esta TH para preparar y estimular el parto tras su toma⁶. Además del uso para estímulo de contracciones^{2,3,6,10}, también se ha usado para mejorar la salud frente a gripes y resfriados (no siendo muy efectivo)^{2,10}, como astringente⁶ y frente a náuseas² (sin alivio demostrado)⁷.

El aloe vera se ha promocionado para su uso frente al estreñimiento², antiviral⁶, antiinflamatorio⁶, cicatrizante⁶, para mejorar varices, para mejorar gripes y para tratar manchas en la piel⁵.

Existen dos puntos de vista enfrentados en la literatura revisada frente a su seguridad. Para Kennedy, el aloe vera utilizado en formato gel es seguro⁶. Sin embargo, para Pulido el aloe vera usado en gel o zumo estaría contraindicado en el embarazo por producir hemorragias y ser abortivo⁵.

Otra terapia destacable es el hinojo. Entre sus efectos se encuentran galactogogo^{5,6}, espasmolítico, estrogénico (por lo que puede disminuir e incluso suprimir la lactancia⁵) y carminativo⁶. También se usa para provocar contracciones y preparar frente al parto^{2,10} y para las náuseas² y problemas gastrointestinales¹⁰. Es preciso utilizar este remedio con precaución, siempre que no se use simplemente como condimento alimenticio, y bajo supervisión de profesionales cualificados. No se recomienda su uso como alcohol de hinojo o extracto de aceite de hinojo⁶.

La equinácea es otra terapia segura en el embarazo⁶. Entre sus efectos destacan el de inmunomodulador⁶, antiinflamato-

rio⁶, antimicrobiano^{2,6,10} y drenante linfático⁶. En un estudio prospectivo no se asoció con incremento de malformaciones⁶.

La canela, se ha utilizado como astringente⁶, carminativo⁶ y para molestias gástricas^{2,10}. Son variantes seguras *Cinnamomum Verum* y *Cinnamomum Zeylanicum*. La variante *Cinnamomum Aromaticum* está catalogada como terapia contraindicada durante el embarazo por provocar malformaciones fetales⁶.

La caléndula, es nombrada como terapia a usar con precaución⁶. No existe evidencia de efecto dañino pero los datos obtenidos son muy limitados. Entre sus efectos se hallan: antiinflamatorio, antimicrobiano y drenante⁶, para tratar infecciones de tracto urinario y cicatrizante (de pezones, areola, episiotomía y herida quirúrgica de cesáreas con formato de cataplasma)⁵.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

En estos artículos revisados, se destaca la poca evidencia existente sobre seguridad y eficacia de las TH. Son escasos los ensayos clínicos que sobre ellas experimentan, para la gran variedad de terapias existentes que se utilizan durante el embarazo. Pocas terapias han sido lo suficientemente estudiadas para tener la seguridad de su uso en momentos tan específicos como durante el embarazo.

Así mismo, cabe destacar que son muy dispares los resultados en seguridad para una misma terapia en estudios diferentes, como se ha apreciado en aloe vera, canela o arándano (este último se debe a la existencia de diferentes tipos de arándanos y sus diferentes efectos). El arándano en su vertiente *Vaccinium Oxycoccus/Macrocarrpon* es seguro; sin embargo, no es así el *Vaccinium Vitis Idaeae* que se considera contraindicado en el embarazo.

Las hojas de frambuesa se deben usar con precaución porque su uso parece no dar mejoras en la sintomatología para la que se utiliza (para estímulo de contracciones, para mejorar la salud frente a gripes y resfriados, como astringente y frente a náuseas). Refuerzan esta teoría los resultados de Kennedy, John y Heitmann.

Con respecto al aloe vera, se debe ser cauteloso con la presentación. Para Kennedy, el formato gel es seguro mientras para Pulido en zumo está contraindicado por ser abortivo y facilitar las hemorragias.

A la canela se le atribuye popularmente efecto potenciador de contracciones, sin embargo, este efecto no se menciona en la bibliografía consultada. Por tanto, habría que contrastar dicha información en nuevas búsquedas más específicas acerca de ese efecto o llevar a cabo nuevos estudios al respecto.

Especial mención debe realizarse frente a la dificultad de identificar interacciones de estas terapias con otras o con fármacos y acerca de los posibles efectos desconocidos e indeseables que de ello derive. Tampoco se sabe si su efecto difiere según el trimestre de embarazo en el que la mujer se encuentre.

Estas nuevas líneas de investigación aportarían importante información a los profesionales para poder extender a la población gestante y así facilitar un uso seguro de las TH.

Es importante determinar la seguridad de cualquier terapia antes de orientar hacia su consumo, sin embargo, muchas veces los profesionales no disponen de investigaciones que muestren dicha información.

Dada la difusión de la información errónea sobre los efectos de las TH por parte de los profesionales, se considera esencial la

necesidad importante de que estos, reciban formación e información sobre este tema durante la etapa gestante de la mujer, para así aplicar estos conocimientos en su práctica clínica habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aceituno L. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado [Recurso electrónico]. 3ª ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
2. Kennedy DA, Lupattelli A, Koren G, Nordeng H. Herbal medicine use in pregnancy: results of a multinational study. *BMC complementary and alternative medicine* [Internet]. 2013 [citado 2017 Apr 11]; 13: 355. Disponible en: <https://bmccomplementalmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-13-355>
3. Foster DA, Denning A, Wills G, Bolger M, MC Carthy E. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2006 [citado 2017 Apr 8]; 6:21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1544352/>
4. Facchinetti F, Pedrielli G, Benoni G, Joppi M, Verlato G, Dante G et al. Herbal supplements in pregnancy: results from a multicentre study. *Hum reprod* [Internet]. 2012 [citado 2017 Apr 11]; 27(11):3161-7. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/des303>
5. Pulido GP, Vasquez PM, Villamar L. Uso de hierbas medicinales en mujeres gestantes y en lactancia en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). *Index Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2017 Apr 17]; 21(4): 199-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Kennedy DA, Lupattelli A, Koren G, Nordeng H. Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study. *BMC complementary and alternative medicine* [Internet]. 2016 [citado 2017 Apr 8]; 16:102. Disponible en: <https://bmccomplementalmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-016-1079-z>
7. John LJ, Shantakumari N. Herbal medicines use during pregnancy: a review from the Middle East. *Oman Med J* [Internet]. 2015 [citado 2017 Apr 8]; 30(4): 229-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561638/>
8. Pasha H, Behmanesh F, Mohsenzadeh F, Hajahmadi M, Moghadamnia AA. Study of the effect of mint oil on nausea and vomiting during pregnancy. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2012 [citado 2017 Apr 8]; 14(11): 727-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23396673>
9. Gholami F, Neisani L, Kashanian M, Naseri M, Hosseini AF, Hashemi SA. Onset of labor in post- term pregnancy by chamomile. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2016 [citado 2017 Apr 8]; 18(11): e19871. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5301993/>
10. Heitmann K, Holst L, Lupattelli A, Maltepe C, Nordeng H. Treatment of nausea in pregnancy: a cross-sectional multinational web-based study of pregnant women and new mothers. *BMC Pregnancy and childbirth* [Internet]. 2015 [citado 2017 Apr 11]; 15: 321. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0746-2>
11. Viljoen E, Visser J, Koen N, Musekiwa A. A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. *Nutrition Journal* [Internet]. 2014 [citado 2017 Apr 8]; 13: 20. Disponible en: <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-13-20>

Los cuidados respiratorios domiciliarios en el paciente pediátrico con fibrosis quística

Autores:

Elena Rivas Cilleros⁽¹⁾

Ángela Fernández Rodríguez⁽²⁾

José Carlos López Alonso⁽³⁾

Patricia Rodríguez Fernández⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Enfermera. Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

⁽²⁾ Enfermera. Fisioterapeuta. CAD Sierrallana. ICASS. Torrelavega. España. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander. España.

⁽³⁾ Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital Santa Clotilde. Santander. España.

⁽⁴⁾ Enfermera. Matrona. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. España.

*Dirección para correspondencia:
elenarivascilleros@hotmail.es*

Recibido: 25 de abril de 2017

Aceptado: 29 de diciembre de 2017

RESUMEN

La fibrosis quística es una enfermedad genética, multisistémica, grave y progresiva. La clínica respiratoria es frecuente, siendo los cuidados respiratorios domiciliarios claves en la prevención de complicaciones y hospitalizaciones. Estos cuidados incluyen administración de fármacos, práctica diaria de fisioterapia respiratoria, realización de ejercicio físico, medidas higiénicas domiciliarias y limpieza de dispositivos específicos.

Objetivo: identificar las técnicas de fisioterapia y los cuidados respiratorios domiciliarios en paciente pediátrico con fibrosis quística así como determinar su necesidad e importancia.

Método: se realizó una revisión bibliográfica consultando las bases de datos Pubmed, Cuiden y PEDro. La búsqueda se delimitó a artículos publicados en español o inglés entre 2000 y 2017, incluyéndose artículos anteriores por su pertinencia.

Resultados: los cuidados respiratorios domiciliarios tienen un papel fundamental en el tratamiento y evolución de la fibrosis quística. En el caso del paciente pediátrico, son llevados a cabo por la familia.

Conclusiones: las consecuencias del incumplimiento o la realización incorrecta del tratamiento para la fibrosis quística son serias y contribuyen al aumento de los síntomas, hospitalizaciones y declive del funcionamiento pulmonar. Por tanto, una adecuada educación por parte del personal sanitario a las familias de pacientes pediátricos es fundamental para lograr un manejo correcto de la enfermedad.

Palabras clave: fibrosis quística, fisioterapia, atención domiciliaria de salud

ABSTRACT

Cystic fibrosis is a genetic, multisystemic, severe and progressive disease. Respiratory symptoms are frequent, and home respiratory treatments are the key in the prevention of complications and hospitalizations. This care includes drug administration, daily practice of respiratory physiotherapy, physical exercise, home hygiene measures and the cleaning of specific devices.

Objective: To identify the techniques of physiotherapy and home respiratory care in the pediatric patient with cystic fibrosis as well as to determine its necessity and importance.

Method: Literature review by consulting the Pubmed, Cuiden and PEDro databases. The search was limited to articles published in Spanish and English between 2000 and 2017, including former publications if relevant.

Results: Home respiratory care plays a fundamental role in the treatment and evolution of cystic fibrosis. In the case of the pediatric patient, they are performed by the family.

Conclusions: The consequences of noncompliance or incorrect completion of the treatment for cystic fibrosis are grave and contribute to aggravate symptoms and increase hospitalizations while decline in the lung function. Therefore, an adequate education of families of pediatric patients by the health personnel is fundamental to achieve a proper management of the disease.

Keywords: cystic fibrosis, physical therapy specialty, home nursing

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva y multisistémica, siendo la enfermedad genética más común entre la raza blanca. Se estima una prevalencia en esta población de 1 cada 2.500 individuos, siendo la frecuencia de portadores de 1 cada 25. En España, se ha estimado una frecuencia que oscila entre 1 de cada 2.810 y 1 de cada 3.743 recién nacidos⁽¹⁾.

La FQ causada por la mutación de un único gen localizado en el brazo largo del cromosoma 7 que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana, *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* (CFTR), describiéndose más de 1.600 mutaciones para este gen asociadas a la enfermedad. La mutación más frecuente, la $\Delta F508$, representa el 75% de todos los pacientes a nivel mundial⁽²⁾. La frecuencia de las distintas mutaciones es muy diferente en función del área geográfica analizada, siendo la española una de las más heterogéneas en cuanto la frecuencia de aparición de las distintas mutaciones, con claras diferencias entre el Norte, Sur y área mediterránea⁽³⁾.

La proteína CFTR es la responsable de una de las vías de transporte de iones cloro de las células epiteliales, que también

puede controlar la función de otras proteínas de membrana como los canales auxiliares de cloro y los canales de sodio. Esta proteína se localiza en la membrana de las células epiteliales de las vías aéreas, glándulas submucosas del tracto gastrointestinal, hígado, vesícula biliar y páncreas⁽²⁾.

Las manifestaciones clínicas clásicas son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia pancreática exocrina, elevación del cloro en sudor e infertilidad en varones por azoospermia obstructiva.

La clínica a nivel respiratorio incluye tos y expectoración crónica, bronquiectasias, infiltrados, atelectasias, hipersinsuflación, pólipos nasales, sinusitis, acropaquias y colonización/infección bronquial persistente por gérmenes típicos: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Burkholderia cepacia*⁽²⁾.

A nivel digestivo, la función exocrina del páncreas y del intestino delgado está frecuentemente comprometida, mientras que el hígado suele estarlo con menor frecuencia. La insuficiencia pancreática exocrina se suele manifestar con deposiciones abundantes, fétidas y esteatorreicas. Además suelen aparecer deficiencias de vitaminas liposolubles. La alteración de la función endocrina del páncreas es una manifestación tardía en el proceso de la enfermedad. La diabetes mellitus de estos enfer-

mos no corresponde a ninguno de los tipos 1 y 2 clásicos y se denomina "diabetes mellitus relacionada con la FQ". La afectación hepática típica es la cirrosis biliar focal⁽⁴⁾.

Unas formas de presentación clínica relativamente frecuentes, son la pérdida severa de iones por el sudor en épocas estivales, con alteraciones del equilibrio ácido-base de instauración aguda (deshidratación hiponatémica, alcalosis metabólica, hipokalemia e hipocloremia) o crónica (alcalosis hipoclorémica con cuadro de postración, anorexia y desmedro) y el síndrome de anemia, hipoproteinemia y edemas que aparece sobre todo en el recién nacido⁽²⁾.

La FQ constituye la causa mayor de afección pulmonar en niños de raza blanca. Puede ser además, responsable de la mayoría de las insuficiencias pancreáticas exocrinas en los primeros años de vida. Con frecuencia se asocia a limitaciones en el crecimiento, malnutrición, pólipos nasales, acropaquias, ileo meconial, prolapso rectal, síndrome de obstrucción intestinal distal, pancreatitis recurrente, cirrosis biliar focal, cirrosis multilobular, pérdida aguda de sal y alcalosis metabólica crónica⁽²⁾.

El tratamiento de la FQ es complejo e incluye diversas prescripciones médicas, tales como la indicación de fármacos (antibióticos, suplementación enzimática y vitamínica, broncodilatadores, antiinflamatorios y agentes con capacidad de alterar las propiedades del esputo), práctica diaria de fisioterapia, dieta, consumo de suplementos energéticos, realización de ejercicio físico, revisiones médicas muy frecuentes y, a veces, ingreso hospitalario. Los padres son los que normalmente se encargan de la administración de tratamiento, lo que les requiere una gran inversión de tiempo⁽⁵⁾. Las consecuencias del incumplimiento del tratamiento de la FQ son serias y contribuyen al aumento de los síntomas, hospitalizaciones innecesarias y declive del funcionamiento pulmonar⁽⁶⁾.

Según Escobar H. et al. "el trasplante pulmonar es la última opción terapéutica en los pacientes con enfermedad pulmonar crónica que es incompatible con la supervivencia a pesar de haber recibido un tratamiento médico"⁽⁷⁾.

El pronóstico de la enfermedad ha evolucionado favorablemente en los últimos años y en ello han influido múltiples factores, como son el diagnóstico precoz, la aparición de nuevas terapéuticas para corregir la insuficiencia pancreática y enfrentar las infecciones respiratorias, el mantenimiento de una nutrición adecuada y el surgimiento de un novedoso estilo de atención a estos pacientes: el tratamiento multidisciplinario (neumólogo, gastroenterólogo, dietista, enfermera, fisioterapeuta, psicólogo, asistente social), con el cual ha sido factible abordar los múltiples aspectos que esta entidad involucra^(8,9,10).

La supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con FQ dependen en gran medida de las estrategias terapéuticas encaminadas a controlar e intentar disminuir los efectos respiratorios y funcionales⁽¹¹⁾.

JUSTIFICACIÓN

Dada la complejidad del tratamiento y de los cuidados de la FQ y la peculiaridad de que deben realizarse en los domicilios de los niños por los propios padres, resulta de especial importancia que los profesionales con responsabilidad en ellos, mantengan al día los conocimientos y conozcan las técnicas con precisión y exactitud, tanto de fisioterapia como de administración de in-

haladores, al objeto de prestar cuidados de calidad y enseñar a los cuidadores.

Por tanto, el propósito de este trabajo es revisar la producción científica con esta temática desde la perspectiva de Enfermería por estimar necesario concretar los cuidados respiratorios que realizan las familias en ámbito domiciliario a diario, señalar la importancia de una educación sanitaria adecuada al respecto y la necesidad de que ésta se mantenga junto con un seguimiento cercano a lo largo de la evolución de la enfermedad por su naturaleza cambiante y progresiva.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Identificar y describir los cuidados respiratorios del paciente pediátrico con FQ llevados a cabo en el ámbito domiciliario.

Objetivo específico:

- Determinar la necesidad e importancia de los cuidados respiratorios domiciliarios en el paciente pediátrico con FQ.

METODOLOGÍA

Se ha procedido a realizar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de divulgación científica Pubmed, Cuiden y PEDro. Para la misma, se han realizado distintas combinaciones de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), fibrosis quística, fisioterapia respiratoria, Enfermería Pediátrica, así como en el Medical Subject Headings (MeSH), cystic fibrosis, physical therapy specialty, Pediatric Nursing, interrelacionándolas mediante el uso de los operadores booleanos: and/or. También se ha tenido en cuenta aquella bibliografía adecuada y referenciada en los artículos seleccionados.

La búsqueda se delimitó a artículos publicados nacional e internacionalmente, cuyo idioma fuera español o inglés publicados entre 2000 y 2017, incluyéndose artículos anteriores por su pertinencia. El periodo de búsqueda se inició en agosto de 2016 finalizando en enero de 2017.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

La FQ es una enfermedad multisistémica, grave y progresiva de tratamiento y cuidados complejos. Los 3 pilares para su tratamiento son la antibioterapia, la nutrición y la fisioterapia, siendo el domicilio el lugar donde son dispensados día a día.

El tratamiento de la FQ es complejo e incluye diversas prescripciones médicas y cuidados. A nivel respiratorio se encuentran la práctica diaria de fisioterapia y la administración de fármacos inhalados junto con la realización de ejercicio físico y otros hábitos de vida saludables asociados.

En el paciente pediátrico, los padres son los que normalmente se encargan de la administración del tratamiento, hasta que mediante una delegación progresiva de responsabilidades, el adolescente pueda desarrollar la autonomía e independencia necesarias para asumir su autocuidado.

Fisioterapia.

La fisioterapia respiratoria hace referencia al conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar las secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar. Tanto si son autoadministradas como si precisan de un familiar, requieren entrenamiento y supervisión por parte de un médico rehabilitador y fisioterapeuta especializado. A menudo, se combina con otros tratamientos para facilitar el resultado deseado⁽¹²⁾.

La fisioterapia respiratoria domiciliaria es una medida terapéutica muy importante para los enfermos de FQ ya que evitan la acumulación intrabronquial de secreciones espesas que contienen altas concentraciones de bacterias, elastasas, citocinas y productos bacterianos. La acumulación de éstas favorece la colonización microbiana, la infección y la inflamación, con la consiguiente mayor producción de mucosidad. A largo plazo se produce destrucción de la estructura de los bronquios y bronquiolos con formación bronquiectasias en cuyo seno se acumula más fácilmente el exceso e mucosidad⁽¹²⁾. Para lograr este objetivo, debe realizarse tan frecuentemente como sea necesario, en general, una o varias veces al día durante toda la vida del enfermo después de hacerse el diagnóstico, lo que hace necesario que su aplicación se realice en el domicilio del paciente. Por tanto, la apropiada educación del paciente, y sobre todo, de la persona que estará encargada de aplicar la terapia respiratoria es fundamental para el éxito de estas maniobras⁽¹³⁾. Es indispensable concienciar al paciente y a la familia para que la fisioterapia se convierta en un hábito de vida.

Durante los primeros años los familiares son entrenados en la técnica de fisioterapia convencional (drenaje postural, percusión y vibración). La participación del niño se inicia entre los 2-3 años con ejercicios de soplar, con vibración simultánea sobre el tórax. A partir de los 3 años se introduce la técnica de espiración forzada, ejercicios de expansión torácica y el control de la respiración. A los 5-7 años se adiestran en ejercicios con aparatos. En la adolescencia es posible conseguir la autonomía del paciente⁽¹²⁾.

A continuación se describen los cuidados respiratorios realizados a nivel domiciliario que incluyen diferentes procedimientos de fisioterapia, técnicas para la administración de fármacos y hábitos saludables:

- Drenaje postural: procedimiento empleado para la limpieza del árbol bronquial utilizando el efecto de la gravedad sobre las secreciones de un segmento o de un lóbulo verticalizando el bronquio segmentario o lobar que lo ventila de manera que puedan salir con mayor facilidad. Se le asocian diferentes técnicas como la percusión, la vibración, la respiración profunda y la estimulación del reflejo tusígeno. Tanto en lactantes como niños mayores se utiliza la posición de decúbito lateral y sedestación para disminuir el trabajo respiratorio y la desaturación⁽¹²⁾.
- Percusión torácica: golpeteo repetido con la punta de los dedos en lactantes y la mano hueca, en cúpula en niños mayores o una mascarilla hinchable sobre las distintas zonas del tórax para despegar y progresar las secreciones⁽¹²⁾.
- Vibración: movimiento oscilatorio aplicado manualmente con las puntas de los dedos o las manos sin despegarlas durante la fase de espiración sobre el tórax con el fin de modificar la viscosidad de la mucosidad bronquial⁽¹⁴⁾.
- Tos provocada: exhalación forzada, pero no tensa, después de una inspiración profunda con la finalidad de es-

timular una tos productiva para provocar la evacuación del moco. En su defecto, puede provocarse aplicando una suave presión sobre la tráquea en el hueco supraesternal al final de la espiración⁽¹²⁾.

- Control de la respiración, respiración diafragmática: períodos de respiración lenta a volumen corriente con relajación de los músculos accesorios respiratorios y ventilación con el diafragma, intercalados entre técnicas más activas con el fin de permitir la recuperación y evitar el agotamiento⁽¹⁵⁾.
- Espiración lenta total a glotis abierta en lateralización: espiración lenta, iniciada la capacidad residual funcional y perseguida hasta el volumen residual para obtener una velocidad de flujo de aire lo más elevado posible en las diferentes formaciones bronquiales del aparato respiratorio periférico⁽¹⁴⁾.
- Espiración lenta prolongada: presión manual externa lenta comenzada al fin de una espiración espontánea y perseguida hasta el volumen residual aplicada sobre todo en los lactantes para modificar la velocidad y características del flujo espiratorio⁽¹⁴⁾.
- Espiración forzada (huffing) y ciclo activo de técnicas respiratorias: secuencia de respiraciones diafragmáticas a volumen corriente seguidas de movimientos de expansión torácica (inspiración lenta y profunda con espiración pasiva), repitiendo de nuevo los ejercicios de respiración controlada y finalizando con 1-2 espiraciones forzadas con la glotis abierta (huffing) a volumen pulmonar medio o bajo. Se realiza en diferentes posiciones finalizando con espiraciones con glotis abierta⁽¹⁵⁾.
- Expectoración dirigida: provocación de esputo por una espiración rápida y vigorosa más bien que por una tos, después de unos ejercicios de ventilación dirigida⁽¹⁴⁾.
- Drenaje autógeno: consiste en el control de los flujos espiratorios ajustando la frecuencia, la localización y la profundidad. La complejidad de la técnica exige un elevado grado de atención, comprensión, aprendizaje y tiempo⁽¹²⁾.
- Ejercicios de expansión torácica: inspiraciones máximas sostenidas mediante una apnea breve al final, seguidas de una espiración lenta pasiva. En los niños más pequeños se recurre a la risa y el llanto. Se pueden emplear incentivos⁽¹⁵⁾.
- Flutter: dispositivo de presión espiratoria positiva portátil que se realiza en la técnica de drenaje autógeno para ayudar a modular correctamente el flujo espiratorio. Las vibraciones que se producen y el efecto de resonancia que genera permiten el despegue de las secreciones y favorecen su eliminación sin necesidad de toser enérgicamente. Debe utilizarse a diario en el domicilio cuando se hace el drenaje autógeno⁽¹⁶⁾.
- Cinchas: cintas elásticas que se colocan alrededor del tórax para ayuda al diafragma a recuperar su curvatura normal y favorecer que los pulmones respiren dentro del volumen de reserva espiratorio, es decir, por debajo de la localización del moco, reduciendo el esfuerzo respiratorio. Para asegurar su efectividad se deben utilizar al menos 4 horas al día, sobre todo mientras se hacen las nebulizaciones y la fisioterapia, pero también pueden y deberían utilizarse para estudiar en casa, jugar, dormir la siesta, hacer ejercicio, ver la tele, etc⁽¹⁶⁾.

- Ducha nasal con jarrita o lota: enjuague de las cavidades nasales y más o menos de los senos mediante una jarrita utilizando agua a 36-38°C con solución salina en una concentración de 1,2 %, (más salada que el suero fisiológico) haciéndola fluir desde una cavidad nasal hacia la otra inclinando la cabeza⁽¹⁶⁾.

Administración de medicamentos inhalados:

En ocasiones, las técnicas descritas se realizan junto a otros procedimientos como la oxigenoterapia para paliar la desaturación en pacientes con deterioro respiratorio y la administración de fármacos, mediante la aerosolterapia. Cuando así sea, fluidificadores y broncodilatadores deben administrarse previamente a la fisioterapia y antibióticos y corticoides, después⁽¹⁶⁾. Posteriormente ha de realizarse la limpieza, desinfección si procede y mantenimiento de material, que requieren igualmente de una instrucción detallada a través de la educación sanitaria para asegurar su correcta ejecución.

- Aerosolterapia: método de tratamiento que permite administrar sustancias en forma de aerosol por vía inhalada⁽¹⁷⁾ mediante nebulizadores e inhaladores.
 - Nebulización: procedimiento mediante el cual se generan partículas muy finas y de tamaño uniforme de líquido en un gas, para que puedan penetrar a mayor profundidad en el pulmón. En indicaciones crónicas y edad pediátrica, se prescribirá el tipo de nebulizador de mayor velocidad de flujo y adecuación a las necesidades escolares y de autonomía del paciente⁽¹⁷⁾.
- Terapia inhalada: es la administración de medicamentos directamente a la vía respiratoria es forma de aerosol con sistema unidosis o multidosis.
 - Inhaladores dosificadores de presión o presurizados: el fármaco se encuentra disuelto en un gas (propelente) con cada pulsación la válvula proporciona la dosis exacta del medicamento.
 - Inhaladores de polvo seco: contienen el medicamento en forma de polvo seco. Para inhalarlo se debe realizar una inspiración lo suficientemente profunda para extraer el polvo del inhalador.

Los diferentes sistemas de inhalación se adaptarán a la edad y características de cada niño. Así, en los lactantes deben usarse cámaras espaciadoras con mascarilla. A partir de los 2-3 años pueden utilizarlas sin la mascarilla y desde los 7-8 años pueden tomar la medicación mediante sistemas de polvo, minicámaras (tipo jet, accionados con la inspiración, etc.)⁽¹⁸⁾. Ver Anexo I.

Hábitos/estilos de vida y cuidados relacionados:

- Ejercicio físico y deporte: su indicación será tan precoz como sea posible. Se realizará de forma lúdica en una primera instancia y, posteriormente, mediante el deporte aeróbico con el objetivo de lograr movilidad torácica, armonizar la postura, adquisición del esquema corporal, mejorar la calidad de vida y la integración al medio. La duración y frecuencia aconsejadas son de dos o tres sesiones semanales de 35-40 minutos. En periodos de agudización, las sesiones han de ser más cortas y de menor intensidad⁽¹⁹⁾. El ejercicio físico desempeña un papel primordial, favorece la limpieza de las vías aéreas, mejora los parámetros cardiovasculares y proporciona bienestar psicológico⁽⁴⁾.

- Limpieza de dispositivos en contacto con la boca (flutter, jarra lota, piezas del nebulizador, cámara espaciadora...) con agua y jabón neutro sin antibacteriano, aclarado abundante y secado con papel o secador tras cada uso y desinfección/esterilización como mínimo una vez a la semana de aparatos según proceda atendiendo a las especificaciones del fabricante⁽¹⁶⁾.
- Cuidados higiénicos domiciliarios incidiendo en reservorios bacterianos: superficies de baños y cocina, sifones, grifos (con una solución de lejía y agua 1:10), toallas, esponjas, paños de cocina, bayetas (lavado en lavadora a 60° C). Deben evitarse humidificadores de aire, moquetas, alfombras y tapices⁽¹⁶⁾.
- Cuidados de higiene personal y de manos, siendo el más importante la higiene de manos y su secado posterior completo⁽¹⁶⁾.

Los cuidados respiratorios de la FQ llevados a cabo en el domicilio son variados y complejos. Requieren estabilidad familiar y una gran inversión de tiempo, recursos económicos, motivación y dedicación, pudiendo afectar a la calidad de vida de todo el núcleo familiar fundamentalmente por el desgaste físico y psicológico de los cuidadores, las pérdidas económicas, las repercusiones en la vida cotidiana y los cambios en la red social de la familia⁽²⁰⁾.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La literatura consultada acerca de FQ, continúa insistiendo en la importancia de los cuidados domiciliarios, pues el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas es decisivo en la evolución de la enfermedad. Considerando que los cuidados son complejos, que exigen bastante tiempo para su realización y que además, han de mantenerse en el tiempo de forma regular y mantenida durante toda la vida, destacamos que:

- La antibioterapia, la nutrición y la fisioterapia son los 3 pilares del tratamiento.
- La presencia en la familia de un miembro que precisa importantes cuidados, puede provocar cambios significativos dentro de la estructura y la economía familiar así como en los roles de sus integrantes dentro de la propia familia y como parte de la sociedad.
- Esta familia, precisa una adecuada educación sanitaria sobre los cuidados y un seguimiento y acompañamiento del profesional de enfermería y de fisioterapia; con el fin de asegurar unos correctos cuidados para las necesidades individuales del paciente y de la propia familia.

El profesional de enfermería y los fisioterapeutas tienen un rol fundamental en cuanto a la educación para todas las técnicas de fisioterapia y de administración farmacológica que requiere la enfermedad, así como en los cuidados sobre hábitos de vida saludables. Aquellos profesionales que tengan algún tipo de actuación con el niño y su familia deben establecer intervenciones educativas individualizadas y progresivas aprovechando los diferentes actos clínicos siempre de forma coordinada. Por esta misma razón, la presencia de la enfermera con amplios conocimientos en FQ es imprescindible dentro de los equipos de atención específica a estos pacientes. El correcto manejo de la FQ logra que los padres se sientan capaces de asumir la responsabilidad y decidir acciones de forma autónoma basándose en una infor-

mación y formación lo más completa posible y adaptada a su situación y necesidades.

Aunque no era objeto de esta revisión, no se ha encontrado en la literatura revisada datos sobre el coste a nivel económico, emocional y temporal derivado de la dispensación de todos estos cuidados diariamente en el domicilio, así como la necesidad de su monitorización para garantizar una correcta ejecución o la satisfacción de las familias respecto a la formación recibida para llevarlos a cabo. Por tanto estimamos todos estos como temas importantes a tratar en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Paz-Valiñas L, García-Vega FJ. Cribado neonatal de la fibrosis quística. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2004. Serie Avaliación de tecnoloxías. Informes de avaliación: INF2004/02.
- Escobar Castro H, Sojo Aguirre A, Gil Ortega D, Nadal Ortega JM. Fibrosis Quística. En: Peña Quintana L. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Madrid. ERGON: 2010. [Consultado 14 de diciembre de 2016]; 77-84. Disponible en: <https://www.aeped.es/dites/default/files/docuemntos/dquistica.pdf>.
- Alonso M, Heine D, Calvo M. Spectrum of mutations in the CFTR gene in cystic fibrosis patients of spanish ancestry. *Ann Hum Genet.* 2006; 7:194-201.
- Olveira G, Olveira C. Nutrición, fibrosis quística y aparato digestivo. *Nutr Hosp* [revista en Internet] 2008.[consultado el 14 de diciembre de 2016]; 23(2):71-86. Disponible en: http://svielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600011.
- Bones Rocha K, Forns Serrallonga D, Chamarro Lusa A. Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos. *Interam J Psychol.* 2009; 43(22):259-268.
- Patterson JM, Budd J, Goetz D, Warnick WL. Family correlates of 10-year pulmonary health trend in cystic fibrosis. *Pediatrics.* 1993; 91:383-89.
- Asociación española de pediatría [sede web]. Madrid: AEPD; 2010 [consultado 27 de agosto de 2016] De Escobar H, Sojo A. Fibrosis quística. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10-FQ.pdf>.
- De Abreu FS, Dodge JCH. Guidelines for the diagnosis and management of cystic fibrosis. *WHO/HGN/ICF(M)A/GL.* 1996; 2: 5-12.
- Vázquez C, Idígoras C, Galard MS, Municio MA, Aramburu N, Astigarraga I, et al. Aumento de la supervivencia en niños con fibrosis quística. *An Esp Pediatr.* 1990; 32(5): 407-12.
- Chazalette JP. Nutrition and physical exercise. *Lectures of the symposium. Copenhagen, June 1991. Series Gastroenterol.* 1991; 2:53-6.
- Duran-Palomino D, Chapeton O, Martínez-Santa J, Campos-Rodríguez A, Ramírez-Vélez R. Cumplimiento de las recomendaciones en rehabilitación respiratoria de la British Thoracic Society en pacientes con fibrosis quística: estudio en fisioterapeutas colombianos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(2):256-61.
- Alonso López J, Morant P. Fisioterapia respiratoria: indicaciones y técnica. *An Pediatr Contin.* 2004; 2(5):303-6.
- Gutiérrez-Zúñiga CP, Zúñiga-Vázquez G, Vargas MH. Evaluación de la terapia respiratoria domiciliar proporcionada a niños con fibrosis quística. *Neumol Cir Tórax.* 2000; 59 (3):82-87.
- Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía [sede web]. Sevilla: Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía; 2010 [consultado 13 de septiembre de 2016] De Brandi de la Torre JR, Romero Porcel J. Nomenclatura de Fisioterapia. Guía de Actos Terapéuticos. Disponible en: https://www.colfsio.org/guia_de_actos_fisioterapicos/6_GRUPO_5_FISIOTERAPIA_RESPIRATORIA/28__A_TECNICAS_DE_DESOBSTRUCCION.html.
- Alonso López J, Morant P. Fisioterapia respiratoria, indicaciones y técnicas. *An Pediatr Contin.* 2004;2(5):303-306
- Ruiz k, Fernández JC, Arizti P. Manual para personas con fibrosis quística y sus familiar. Tratamiento inhalado y recomendaciones higiénicas.1ªed. Palma de Mallorca: Fundación Respiralia + Asociación Balear de Fibrosis Quística; 2011 [consultado 13 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.respiralia.org/wp-content/uploads/2012/11/Manual-higiene-definitivo.pdf>.
- Chiner Vives E, Fernández-Fabrellas E, Agüero Balbín R. Aerosolterapia. *Monogr Arch Bronconeumol.* 2015; 2(5):202-215.
- Díaz Vázquez CA. Monografía Asma y Educación. 3ª ed. San Sebastián: Grupo de Asma y Educacion (SENP). 2006.p.146-161
- Segal E et al. Consenso de Fibrosis Quística. *Arch Argent Pediatr* 1999; 97(3):188-224
- Úbeda Bonet I. Calidad de vida de los cuidadores informales. Evaluación mediante un cuestionario. [Tesis doctoral en internet]. Barcelona: Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona; 2009. [Consultado 13 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf?sequence=1.

ANEXO I



Fig. 1. Flutter



Fig. 2. Cincha



Fig. 3. Jarrita para ducha nasal o lota



Fig. 4. Nebulizador



Fig. 5. Inhalador presurizado



Fig. 6. Inhalador de polvo seco

Fuentes de imágenes:

- Fig. 1. SIVTA; URL: <http://www.sivta.com.mx/flutter.HTML>
 Fig. 2. Clínicas Velcro Lessa; URL: <http://www.fisiopportunity.com/es/electrodos-y-accesorios/739-cinchas-velcro-lessa.HTML>
 Fig. 3. Bueni; URL: <http://www.bueni.es/salud-belleza/lota-nasal>
 Fig. 4. Aerosol medical systems; URL: <https://aerosolms.com/products/e-flow-rapid>
 Fig. 5. Pharmatec al Technology; URL: [http://www.pharmatechspanol.com.mx/articulo/1776.aplicacion_de_ingenieria_inversa_en_inhaladores_dosificadores_\(inhalador_presurizado_de_dosis_medidas_o_pdm_i_por_sus_siglas_en_ingles\)](http://www.pharmatechspanol.com.mx/articulo/1776.aplicacion_de_ingenieria_inversa_en_inhaladores_dosificadores_(inhalador_presurizado_de_dosis_medidas_o_pdm_i_por_sus_siglas_en_ingles))
 Fig.6. Isuu; URL: https://issuu.com/separ/docs/libro_inhaladores./66

Revisión bibliográfica sobre el procedimiento de extracción de muestra sanguínea venosa periférica

Autores:

Enara Sainz Navedo⁽¹⁾

Bárbara Alonso Blanco⁽¹⁾

Marina Lecue García⁽²⁾

Marta Achútegui Napal⁽³⁾

Rocío Ruiz Martínez⁽⁴⁾

Alejandra Sainz Sobremazas⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Enfermera. Centro de Salud Castilla Hermida. Cantabria. España.

⁽²⁾ Graduada en Enfermería. Centro de Salud Dobra. Cantabria. España.

⁽³⁾ Diplomada en Enfermería. Hospital Vall d'Hebron. Cataluña. España.

⁽⁴⁾ Graduada en Enfermería. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

⁽⁵⁾ Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
enarasainz@hotmail.com*

Recibido: 22 de mayo de 2017

Aceptado: 31 de enero de 2018

RESUMEN

La extracción de una muestra de sangre para su análisis en el laboratorio incluye tres fases: preanalítica, analítica y postanalítica.

A través de esta revisión bibliográfica se pretende actualizar los conocimientos del procedimiento de extracción de muestra sanguínea periférica en base a la evidencia científica existente.

Se realiza una revisión bibliográfica de carácter descriptivo utilizando revistas científicas, guías clínicas y las principales bases de datos. Se revisan documentos tanto nacionales como internacionales, sin limitación de idioma debido a la escasez de artículos relacionados.

Las publicaciones consultadas, insisten en la preparación previa y la identificación correcta del paciente y de su muestra. Se observa una discrepancia en relación al orden correcto de llenado de los tubos, no habiendo homogeneidad en los criterios y determinándose e indicándose hacer uso de las recomendaciones de cada laboratorio.

Asimismo, existe una variabilidad en cuanto a la realización de la técnica de extracción sanguínea en puntos clave como el tiempo y distancia de colocación del compresor, la desinfección más adecuada y el tiempo de compresión tras la venopunción. Es responsabilidad de la enfermera prevenir y evitar los errores que se producen en la fase preanalítica, siendo importante una formación continuada.

Palabras clave: enfermeros, atención primaria de salud, recolección de muestras de sangre

ABSTRACT

It is universally accepted that the analysis of blood samples in laboratory includes three phases: pre-analytic, analytic and post-analytic.

This paper aims to update the knowledge regarding the followed procedures by nurses when extracting peripheral blood samples according to the current scientific evidence.

The study conducts a systematic and descriptive revision by comparing scientific journals, clinical guides and principal data bases. National and international documents are examined and no limitations are placed on languages due to the dearth in the selected articles.

The examined documents exhibit an insistence on a prior preparation and a correct identification of the patient and its sample. Nonetheless, a disagreement is observed in relation to the correct order when filling the tubes owing to the fact that there is no homogeneity on the criteria and the delimitations and indications of the usage of the established recommendations by each laboratory.

By means of a comparative study on blood extraction procedures, this paper proves the existence of a variability when extracting blood samples. An appropriate technique provides optimal data for laboratories and precise diagnoses. Hence, the nurse is responsible for preventing and avoiding errors that are produced on the pre-analytic phase; this datum proves that a continuous training is vital for outstanding extractions and analyses.

Keywords: nurses, primary healthcare, blood sample collection

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La recogida de sangre mediante punción directa de una vena superficial para su posterior análisis clínico, es uno de los procedimientos más habituales realizados por el profesional de enfermería en la práctica clínica diaria. Los resultados del análisis son esenciales para el diagnóstico y tratamiento médico, y tienen una influencia importante en la toma de decisiones clínicas. Cuando el facultativo solicita una prueba de laboratorio, da comienzo un proceso formado por diferentes etapas que empieza y termina con el paciente y su médico.

El análisis clínico de una muestra de laboratorio incluye tres fases: preanalítica, analítica y postanalítica^{1,2}.

La fase preanalítica incluye todo el conjunto de rutinas que se realizan desde que se solicita la petición analítica hasta que se inicia la siguiente fase. En ella están incluidas la solicitud de la muestra por el médico que debe ser realizada de manera clara y legible, la preparación e identificación del paciente y la toma de muestra por parte del profesional de enfermería, así como el almacenamiento y transporte de la misma al laboratorio. Esta fase incluye varias etapas e involucra a diferentes personas; siendo cada una de ellas responsable de su actividad durante todo el proceso.

La fase analítica comprende todas las acciones llevadas a cabo para la realización del análisis dentro del laboratorio. Una tecnología de laboratorio altamente controlada y sofisticada no es efectiva si ocurren errores en la identificación, obtención y manipulación de la muestra³.

Y la fase postanalítica comprende la interpretación de los resultados; desde la confirmación de los mismos, intervalos o rangos de referencia de la población, informe de laboratorio en el formato establecido y la confidencialidad de la información⁴.

El 60-70% de la decisión médica se basa en los resultados de laboratorio.

La experiencia demuestra que es en la fase preanalítica donde se producen la mayor parte de los errores, entre el 70-80% de los mismos. La inadecuada identificación del paciente y la toma de muestras son los errores relacionados con el trabajo de enfermero y son estos sobre los que la enfermera es responsable. Los principales fallos vinculados a toma de la muestra serían: mala calidad por hemólisis, coágulo o turbidez, cantidad insuficiente, tubo inadecuado y obtención inapropiada. Los errores en esta fase suponen un impacto significativo en los resultados de medición dando lugar a una variación del juicio clínico, mientras que las equivocaciones en el resto de fases implican cambios menores^{1,5}.

Los potenciales errores repercuten principalmente en el paciente ocasionando una repetición de la prueba; o en casos

extremos, un diagnóstico y tratamiento erróneo. Estas faltas, de carácter humano, principalmente, pueden deberse a la alta demanda o a unas condiciones de trabajo inadecuadas, que presionan al profesional a trabajar con rapidez; o bien a la rotación del personal de enfermería. Secundariamente, el impacto de los errores mencionados supone un elevado coste económico para el sistema; puesto que en ocasiones será necesario repetir la prueba, lo que lleva asociado un coste extra de material y personal^{6,7}.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo surge de la inquietud generada por unos alumnos de enfermería durante el rotatorio de prácticas clínicas en el Centro de Salud. Como respuesta a dicha pregunta se inició la búsqueda en torno al tema, observándose una variabilidad en cuanto a los conocimientos en la realización de la técnica de extracción sanguínea por parte del conjunto del equipo de enfermería del Centro de Salud, desde la asepsia de la piel hasta el orden de llenado de los tubos; por lo que se considera necesario la sistematización de esta técnica de venopunción.

Los resultados de los análisis sanguíneos dependen principalmente de la correcta obtención y manipulación inicial de las muestras, que depende a su vez del equipo enfermero. Las variables de la fase preanalítica afectan a los resultados de laboratorio, por lo que es necesario comprender la importancia de esta fase en la obtención de datos fiables.

Se comprobó la ausencia de protocolo de dicho procedimiento en el Servicio Cántabro de Salud.

Por estas razones se precisa una revisión bibliográfica sobre el tema, para unificar criterios consensuados por parte de todas las unidades clínicas implicadas y la elaboración final de un protocolo o guía clínica que facilite o favorezca la correcta técnica de extracción en la fase preanalítica para todo el personal de enfermería.

Del mismo modo las enfermeras clínicas podrán disponer de un documento riguroso para mostrar a los alumnos de Enfermería y para su actualización del conocimiento evitando la variabilidad, las dudas y discrepancias de dicha técnica.

Todo ello revertirá en la mejora de la calidad y seguridad de esos errores de técnica registrados en la literatura y referidos a la extracción de sangre a través de la técnica de venopunción.

OBJETIVOS

General: Actualizar los conocimientos del procedimiento de extracción de muestra sanguínea periférica en base a la evidencia científica existente.

Específicos:

- Describir la correcta preparación e identificación del paciente, previo a la técnica de venopunción.
- Conocer los criterios de asepsia y desinfección.
- Mostrar la colocación adecuada del compresor y el tiempo máximo de utilización.
- Indicar la correcta elección de los tubos necesarios para la extracción sanguínea solicitada.
- Señalar la adecuada compresión tras venopunción.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica de carácter descriptivo. Para ello se consultan como fuentes de búsqueda primaria nueve guías clínicas, y cabe destacar dos por su importancia y por ser la base de otras: *Procedures for the Collection of Diagnostic Blood Specimens by Venipuncture* (Clinical Laboratory Standards Institute) y *Best practices in phlebotomy* (WHO). Como fuentes de datos secundarias se realiza una búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo y Jstor. Utilizando como palabras clave de búsqueda: enfermeros/nurses, Atención Primaria de Salud/Primary Health Care y recolección de muestras de sangre/blood specimen collection o phlebotomy, combinadas mediante el operador booleano AND. Se encontraron 78 publicaciones de las que se incluyen la revisión de 18 artículos. El resto fueron descartadas por imposibilidad de acceso a texto completo, por salirse fuera del rango de fecha o bien por no ajustarse al tema de estudio. La revisión se completó mediante la búsqueda en la literatura gris de una tesis doctoral y una ponencia de congreso y diferentes páginas web relacionadas con el tema.

Debido a la escasez de artículos encontrados, se han revisado documentos tanto nacionales como internacionales, sin limitación de idioma; con una limitación de fecha desde el año 2000, datando nuestro artículo más antiguo del año 2002.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

La fase preanalítica comienza con la preparación del paciente previo al análisis sanguíneo. En este punto es donde se localizan importantes errores debido a la existencia de variables que pueden intervenir en la exactitud de los resultados.

Los estudios inciden en cuatro condiciones preanalíticas que deben cumplirse para obtener unos datos óptimos: ayuno o dieta, actividad física, uso de fármacos y drogas de abuso. Dichos estudios emiten las siguientes recomendaciones: en una extracción rutinaria debe cumplirse un período de ayuno mínimo de 8 horas, evitando ayunos por encima de 16 horas^{3,8,23,24,26}. No haber realizado ejercicio físico intenso previo a la extracción, guardando un reposo de al menos 15 minutos antes de obtenerse la muestra^{3,8,14}; su incumplimiento puede ocasionar el aumento de la actividad sérica de determinadas enzimas, como por ejemplo: creatinquinasa, aldolasa o aspartato aminotransferasa²³.

Se precisa la indicación, cuando sea pertinente, del tratamiento farmacológico: dosis y hora de administración; como es el caso de modificaciones en la toma de anticoagulantes, niveles antiepilépticos o tratamientos hormonales²³; y la restricción de alcohol, tabaco u otras drogas previas a la extracción. El consumo esporádico de alcohol puede provocar alteraciones casi inmediatas en la concentración plasmática de glucosa, de ácido láctico y de los triglicéridos; el uso de alcohol de forma permanente es el responsable de la elevación de la actividad de la gamma glutamiltransferasa, entre otras alteraciones. Por su frecuencia, cabe destacar que el tabaquismo es la causa de la concentración de hemoglobina, en el número de leucocitos y eritrocitos y en el volumen corpuscular medio, además ocasiona la reducción de la concentración de colesterol HDL²³. Es más aconsejable analizar las muestras de pacientes que se encuentren en condiciones basales^{3,8,10,23}.

Respecto a la identificación todos los artículos insisten en identificar de forma precisa a cada paciente, para asegurar que la muestra obtenida sea de la persona correcta^{5,8,10}.

Asimismo, se debe examinar la solicitud para comprobar que ha sido cumplimentada correctamente y que contiene los datos necesarios^{2,3,11,12,13,14,17,19,22,23,24}.

Seguidamente se analiza la postura corporal que adopta el paciente en el momento de la realización del procedimiento. Esta causa fluctuaciones en la concentración de algunos componentes séricos, dicha concentración varía de posición supina a posición erecta y esto es debido al paso de flujo de agua y sustancias filtrables del espacio intravascular al intersticial, por lo que las sustancias no filtrables tendrán una elevada concentración hasta que se restablezca el equilibrio hídrico. Por esta razón, los niveles de albúmina, colesterol, triglicéridos, hematocrito, hemoglobina, de drogas que se vinculan a las proteínas y el número de leucocitos pueden ser sobrestimados. Ese aumento puede ser del 8 al 10% de la concentración inicial. Por todo ello, se recomienda el sosiego del paciente, realizando la extracción sentado o tumbado con el brazo extendido^{10,14,19,23,24}.

La correcta asepsia de la zona de punción, es otro de los puntos donde se evidencian errores sustanciales tanto en el antiséptico a utilizar como en el tiempo de su aplicación. Las recomendaciones de los artículos estudiados son las siguientes: se debe limpiar la piel con alcohol etílico o isopropílico al 70%, siendo el etanol el más utilizado por preservar su acción antiséptica. En esta dilución tiene excelente actividad contra bacterias gram positivas y gram negativas, hongos y virus; disminuyendo en dicha concentración, su inflamabilidad, además de tener un menor coste^{2,14,19,21,23,24}. En pieles alérgicas, la desinfección se realizará con clorhexidina, contraindicada en pacientes menores de dos meses. El uso de antisépticos yodados se desaconseja, en general, por producir falsos incrementos en niveles de potasio, fosfatos y ácido úrico³.

La bibliografía recomienda limpiar el sitio realizando círculos concéntricos de entre 2 y 10 centímetros de diámetro, dejando secar completamente (aproximadamente 30 segundos dependiendo del antiséptico elegido)^{19,21,22}. Este secado es importante puesto que los restos pueden producir hemólisis, además producir escozor al paciente en el momento de la punción si no se ha dejado secar correctamente. Se recomienda no volver a tocar la zona desinfectada para la realización del procedimiento por el riesgo de una posible infección en el punto de inyección^{3,22,23}.

En relación al uso del compresor, la mayor parte de la bibliografía indica no mantenerlo más de un minuto^{2,4,10,13,19}; sin embargo, una escasa minoría, establece este máximo en dos minutos^{3,24} y otros recomiendan retirarlo tan pronto como empiece a refluir la sangre^{6,23}. La constricción prolongada produce hemoconcentración, alterando el equilibrio entre el líquido y los elementos formes de la sangre, del modo en que se muestra en el gráfico 1.

Para el análisis clínico de lactato o calcio no debe ser utilizado. Se coloca aproximadamente de 8 a 10 centímetros por encima del sitio de venopunción para evitar la contaminación de la zona. Asimismo, si el torniquete contiene látex no debe ser utilizado en aquellos paciente alérgicos a dicho material^{1,3,23}.

Se recomienda no golpear la vena puesto que provoca una hemólisis capilar y en consecuencia una alteración de los resultados; de la misma manera, "bombear" el puño produce un incremento de la actividad muscular provocando el aumento de los iones potasio y magnesio en el fluido sanguíneo^{1,23}.

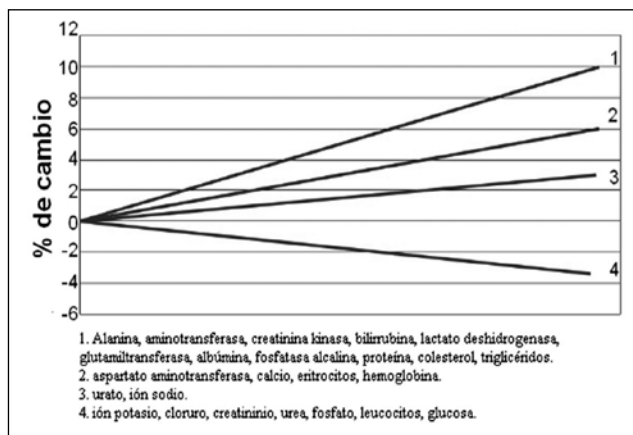


Gráfico 1. Descripción de los cambios producidos en los componentes sanguíneos después de 6 minutos de aplicación del torniquete. Vacuette España S.A. [Internet]. España. Disponible en: <http://www.vacuette.es/> [Consultado el 8- julio- 2016]

Los artículos revisados evidencian la selección de tubos y su manejo como el segundo error más acontecido; relacionado con el orden de tubos, la cantidad de llenado y su homogeneización^{2,4,5,6,7,10,11,12,13,14}.

Respecto al orden de llenado se comprueba una discrepancia, no hay evidencia sólida que avale el orden correcto pero al no existir total consenso en los criterios; se recomienda según las guías WHO y CLSI hacer uso de las recomendaciones de cada laboratorio 20. Seguir el orden correcto para la extracción de sangre promueve la obtención de resultados precisos. Todos los estudios inciden en que se debe comenzar con los frascos de hemocultivos, aerobio primero seguido de anaerobio. A continuación, el debate se sitúa si continuar con el tubo de coagulación o el de análisis de suero, tubo sin aditivos o tubo seco no habiendo criterio fijo. Posteriormente se han de situar a los restantes tubos: heparina de Litio, EDTA (utilizado para la hematimetría, banco de sangre y otras pruebas) y tubos de velocidad de sedimentación; cuatro artículos sitúan que se debe comenzar la extracción con el tubo de suero^{1,4,10,24}; por otro lado, el resto de textos que hablan de este tema recomiendan comenzar con el tubo de anticoagulación. El tubo de citrato trisódico, destinado a pruebas de coagulación, debe extraerse con antelación a los tubos con otros anticoagulantes, de manera que no se contamine con EDTA K3 o heparina de litio, lo cual puede interferir en el estudio de coagulación^{3,8,10,20,21,22,23,30}.

Dentro de las guías clínicas revisadas^{1,3,8,19,20,21,23,24,30} se hace mención que, al no haber una homogeneidad de criterios, se debe realizar el orden de extracción de tubos en función de cada laboratorio. En el Servicio Cantabro de Salud se utiliza BD Vacutainer® y el orden recomendado por este es el que se muestra en el gráfico².

Además, es necesario garantizar una suficiente cantidad de sangre, especialmente en el caso de los tubos con aditivos que deben llenarse hasta consumir todo el vacío para mantener la proporción correcta de anticoagulante y sangre^{2,3,4,13,14,16,21,24,30}. La misma importancia es señalada por la bibliografía consultada en lo referente a la homogeneización de las muestras; una práctica inadecuada puede dar lugar a hemólisis, coágulo o turbidez^{1,2,8,11,13,14,16,21}.

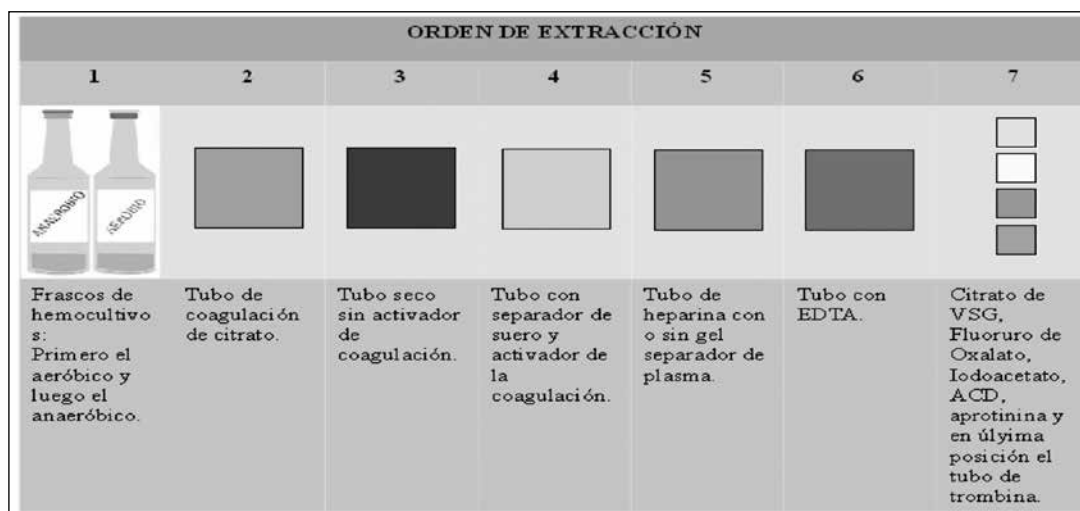


Gráfico 2. Orden de extracción de tubos de analítica según Vacutainer (BD Diagnósticos Sistemas Preanalíticos. México; Vacutainer/ Becton Dickinson and Company; 2012. 123300202C4988). Los tubos están codificados por color para indicar el tipo de aditivo que contienen y usan el código de color conforme a la norma ISO 6710, reconocida en todo el mundo.

La hemólisis se define como la liberación de los constituyentes intracelulares en el plasma o suero cuando se produce la ruptura de las células de la sangre, lo que interfiere en los resultados; para evitarla, los artículos indican resbalar suavemente la sangre por la cara interna del tubo. Con el fin de lograr una correcta homogeneización todos los tubos con aditivos necesitan ser invertidos 180° obteniendo una mezcla uniforme 22, la consulta realizada refiere invertir cinco veces los tubos con citrato y entre ocho y diez veces los de heparina y EDTA ^{3,22,23,30}. No se recomienda agitar los tubos con mucha fuerza, puesto que una mezcla suave y uniforme es esencial para evitar interferencias en el procesamiento para estudios de hemostasia y hematología. Los tubos sin aditivos es recomendable no moverlos para prevenir la hemólisis de la muestra ^{3,23}.

En relación a la presión tras venopunción, los estudios refieren que se debe presionar con un algodón seco el punto de punción de 2 a 5 minutos, o bien 10 minutos en el caso de pacientes anticoagulados, para evitar la salida de sangre residual. Se debe pedir al paciente que lo mantenga presionado con el brazo extendido y mantenido por encima del nivel del corazón para evitar hematomas ^{1,19,23,29,30}.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Existen varios factores clave que influyen en la calidad de los resultados que se obtienen de una extracción de sangre: la identificación del paciente, la desinfección de la zona de punción, el orden de llenado de los tubos. Para no interferir en los resultados obtenidos y evitar así la repetición de la prueba el paciente debe ser informado y educado en los cuidados previos que debe seguir antes de someterse a una extracción sanguínea, como son: el ayuno, el no consumo de alcohol ni tabaco, no realización de deporte, entre otras.

La enfermera debe conocer el conjunto de cuidados relacionados con la realización de la técnica de venopunción, siendo los más significativos: correcta posición del paciente, apropiado empleo del antiséptico, uso adecuado del compresor, recomen-

daciones de cada laboratorio en cuanto al orden de llenado de los tubos y sus diferentes conservantes. Las normas y recomendaciones de cada laboratorio son básicas para la realización adecuada de la toma de muestras, así como el conocimiento de los productos sanitarios utilizados.

Los hematomas producidos tras la venopunción son un efecto secundario molesto para los pacientes por lo que es necesario instruir a estos de la importancia de la compresión tras la realización de la técnica.

La estandarización del procedimiento a través de un correcto protocolo minimiza los potenciales fallos y permite a todos los profesionales homogeneizar los conocimientos, elevando la calidad asistencial y reduciendo los costes sanitarios. Resulta imprescindible la existencia de un protocolo accesible que permita adoptar pautas comunes de actuación. Las sesiones clínicas dentro del equipo de enfermería favorecen la actualización de conocimientos en base a la evidencia científica existente y permite un flujo de información entre profesionales.

Se proponen otras investigaciones que estudien las causas de la variabilidad clínica en relación a este procedimiento, y el por qué de dicha variabilidad si el procedimiento se considera una técnica básica dentro de la formación pregrado de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deschka M. La extracción de sangre en la práctica. España: Laborwer-te von A-Z/ Sarstedt; 2007. ISBN 978-3-17-020830-8
2. Bolenius K, Brulin C, Graneheim UH. Personnel's experiences of phlebotomy practices after participating an educational intervention programme. Hindawi Pub Corp [Internet]. 2014; 2014(538704):1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/538704>. [consultado 8- julio-2016]
3. Sumita NM, Albornoz L, Cardozo Romero CC, Vega Salinas CR, Stankovic AK, Eckert APM. Variables preanalíticas en el laboratorio clínico. Brasil: Latin America Preanalytical Scientific Committee/ Consejo Editorial del Comité Científico Preanalítico de Latinoamérica para BD; 2014.
4. Moral Jiménez J, Mesa Fernández E, Conde Anguita A. Importancia

- del orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas por enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2011 Sept-Oct.;8(54). Disponible en: http://www.funden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE54_protocolo_import_llenado.pdf. [consultado 8- julio- 2016]
5. Donayre-Medina PC, Zeballos Conislla HE, Sánchez-Jacinto BJ, Flores-Toledo S, Jara-Aguirre JC, Palacio-Ramírez A. Identificación de errores preanalíticos durante la febotomía en pacientes de consultorio externo. *Rev Latinoamer Patol Clin Med Lab* [Internet] 2016; 63(1):30-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2016/pt161e.pdf>. [consultado 25- septiembre- 2016]
6. Donayre PC, Zeballos HE, Sánchez BJ. Realidad de la fase preanalítica en el laboratorio clínico. *Rev Med Hered* [Internet]. 2013; 24:325-326. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000400013. [consultado 8- junio- 2016]
7. Etcheverry GS, Domínguez MV, Expósito N, Mayon PC, Morales MJ, Roselli MS. Auditoría Clínica: una herramienta para el seguimiento de errores preanalíticos en el laboratorio. *Acta bioquím.clín.latinoam*. [Internet]. 2007; 41(1):1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572007000100007&script=sci_arttext. [consultado 15- junio- 2016]
8. Pinto Tacussis A. Hospital Regional Rancagua. Manual de toma de muestras general laboratorio clínico HRR. Chile: Hospital Regional Rancagua; 2014. SGC-LMTG/APL1.2.1.
9. Sánchez Bermejo R, Rincón Fraile B, Cortéz Fadrique C, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras EM. Administración, gestión, calidad. *E Global* [Internet]. 2012; 26:146-162. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200010. [consultado 15- junio- 2016]
10. Alina Díaz C. Aspectos del aseguramiento de la calidad en los laboratorios de Hemostasia. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2002; 18(2):1-8. Disponible en: http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892002000200001. [consultado 8- julio- 2016]
11. Plebani M, Sciacovelli L, Aila A, Chiozza ML. Harmonization of pre-analytical quality indicators. *Biochemia Medica* [Internet]. 2014; 24(1):105-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11613/BM.2014.012>. [consultado 8- julio- 2016]
12. Kang HJ, YOUNG Y, Kil HN, Kyung WH, Lee MH, Kim JW. Identificación de biomarcadores clínicos para preanalíticos. *Biopreservation and biobanking* [Internet]. 2013; 11(2):94-100. [consultado 8- julio- 2016]
13. Bolenius K, Brulin C, Grankvist K, Lindkvist M, Söderberg J. A content validated questionnaire for assessment of self reported venous blood sampling practices. *Bolenius et al BMC* [Internet]. 2012; 5(39):1-6. Disponible <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/39>. [consultado 8- julio- 2016]
14. Bolenius K, Lindkvist M, Brulin C, Grankvist K, Nilsson K, Söderberg J. Impact of a large-scale educational intervention program on venous blood specimen collection practices. *BioMed Central Ltd* [Internet]. 2013; 13(463):1-10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/463>. [consultado 8- julio- 2016]
15. Salinas M, López-Garrigos M, Yago M, Ortuño M, Carratala A, Aguado C. Evaluación de la calidad en el laboratorio en la fase preanalítica: un estudio multicéntrico. *RCA* [Internet]. 2011; 26(4):264-268. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X11000716>. [consultado 28- agosto- 2016]
16. Lillo R, Salinas M, López-Garrigós M, Cruz L, López-Pérez J, Uris J. Variabilidad en los errores preanalíticos del laboratorio entre centros periféricos de extracción: un reto para la seguridad del paciente. *Enfcli* [Internet]. 2010; 20(1):36-39. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001454>. [consultado 28- agosto- 2016]
17. López Hernández N, Maldonado AA, García Alcaraz JL, Noriega Armendáriz R, Trejo Mandujano HA. Evaluación de error humano en el área de laboratorio de un hospital privado de Cd. Juárez, Chihuahua. *CULCyT* [Internet]. 2012; 55 (1):192-200. Disponible en: <http://www.erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/download/760/727>. [consultado 28- agosto- 2016]
18. Gómez Salgado J. Estrategias para la mejora del conocimiento y la prevención de los errores en la fase preanalítica [master's thesis]. Huelva: Universidad de Huelva; 2014.
19. Dhingra N, Diepart M, Dziekan G, Khamassi S, Otaiza F, Wilburn S. Who guidelines on drawing blood. Australia: World Health Organization/ Life Sciences; 2003. ISBN 978 92 4 159922 1
20. BD Diagnósticos Sistemas Preanalíticos. México; Vacutainer/ Becton Dickinson and Company; 2012. 123300202C4988.
21. Grupo de Trabajo de Procedimientos Analíticos Internivel del Distrito Sanitario Jaén Nordeste y U.G.C. de Diagnósticos Biológico del Hospital San Juan de la Cruz. Guía práctica para las extracciones de muestras de laboratorio. España: Hospital San Juan de la Cruz/ Junta de Andalucía; 2011.
22. García Sánchez MC, Rodríguez Illescas MD, García Gámez M. Toma de muestras de sangre: detección y disminución de errores preanalíticos. En: 6º Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada": del 11-28 de mayo de 2015. Granada: Satse Andalucía; 2015.p.1950.
23. Andriolo A, Rodrigues Martins A, Franco Ballarati CA, Barbosa IV, Mendes ME, Rezende Melo M, Massakazu Sumita N. Recomendaciones de la Sociedad Brasileña de Patología Clínica Medicina Laboratorial para la extracción de sangre venosa. Brasil: Sociedad Brasileña de Patología Clínica Medicina Laboratorial/ Manole Ltda.; 2010. SBN 978-85-98416-94-6
24. Martínez Llamas MS, López Barba J, Hijano Villegas S, Orgaz Morales T, Diaz Portillo J. Actualización de la fase preanalítica de los laboratorios clínicos del Hospital "Cruz Roja" del INGESA de Ceuta. España: Ministerio Sanidad y Consumo / Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2007. NIPO: 356-07-016-9
25. Romero Ruiz A, Jiménez Ruiz M, Avila Rodríguez IM, Cámara Parra MM, Cobos Díaz A, García Palenzuela D. Detección y disminución de errores preanalíticos en muestras sanguíneas procedentes de atención primaria mediante sesiones de actualización clínica de enfermería. *Edo-cencia* [Internet]. 2009; 90:3-8. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-90-03.pdf>. [consultado 16- septiembre- 2016]
26. Kovalevskaia SN, Khorovskaia LA, Petrova NG. The procedure of phlebotomy for clinical laboratory studies: perspectives o development of pre-analytical stage of laboratory process. *Klin Lab Diagn*. [Internet]. 2014; 59(8):61- 4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25552057>. [consultado 16- septiembre- 2016]
27. De Pedro JE, Llobera J, Bennassar M, Vera B, Álvarez J. Eficacia de dos métodos de compresión en la aparición de hematomas postextracciones sanguíneas. *Enferm Clínica* [Internet]. 2002; 12:1-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862102737285>. [consultado 25- octubre- 2016]
28. Cerezo Vadillo AM. Extracción de sangre venosa. Extremadura: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia/Gerencia del Area de Salud de Plasencia; 2006.
29. Charles F. Arkin, J. David Bessman, Roger R. Calam, Dennis J. Ernst, Gary T. Parish, Diane I. Szamosi, David J. Warunek, Joan D. Wiseman. Procedures for the Collection of Diagnostic Blood Specimens by Venipuncture. Pennsylvania, EEUU: Clinical and Laboratory Standards Institute / NCCLS; 2003. ISBN: 1-56238-515-1.
30. Dr. Neelmam Dhingra, Dr. Micheline Diepart, Dr. Gerald Dzekan, Dr. Selma Khamassi, Dr. Fernando Otaiza, Mrs. Susan Wilburn. WHO guidelines on drawing blood: best practises in phlebotomy. USA: World Health Organization/Board of Editors in teh Life Sciences; 2010. ISBN: 978 92 4 159922 1.



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. Revisión bibliográfica

Autora:

María Teresa Moreno Fernández⁽¹⁾

*⁽¹⁾Enfermera de quirófano en el Hospital Can
Misses, Ibiza. España.*

*Dirección para correspondencia:
temorenofdez@gmail.com*

Recibido: 25 de abril de 2017

Aceptado: 26 de diciembre de 2017

RESUMEN

La ansiedad prequirúrgica es muy común en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, teniendo efectos negativos para el dolor postoperatorio y la recuperación de los pacientes. La visita prequirúrgica de enfermería, a pesar de la controversia sobre sus beneficios, ha demostrado que tiene resultados positivos sobre la ansiedad de los pacientes.

El presente trabajo trata de conocer la eficacia de la visita de enfermería en la ansiedad preoperatoria de los pacientes quirúrgicos, además, de describir los efectos beneficiosos de la misma. Para ello, se ha utilizado como método de obtención de resultados una revisión bibliográfica sobre la visita prequirúrgica de enfermería y la ansiedad preoperatoria del paciente quirúrgico.

Este estudio concreta que los profesionales de enfermería son los encargados de ayudar al paciente ansioso con las inquietudes y dudas ante el proceso quirúrgico. Siendo necesario que se tomen medidas para llevar a cabo protocolos de visita prequirúrgica de enfermería. A pesar del debate existente sobre este tema, esta visita ayuda a entablar una mejor relación enfermera-paciente, mejorando la comunicación y ayudando a que el paciente se sienta más satisfecho. A su vez, esta visita es un criterio de calidad de los hospitales.

Palabras clave: ansiedad, enfermería de quirófano, atención de enfermería y atención dirigida al paciente

ABSTRACT

Preoperating anxiety is usual in patients who will undergo surgery. This anxiety has negative effects on postoperating pain and recovery. There's controversy on how the nursing visit before the surgery affects the patient anxiety, but it is shown that this visit has really positive results.

This article tries to analyze the efficacy of presurgical nursing visit in the preoperating anxiety of surgical patients, as well as acknowledges its effects and benefits. To carry out this study, it has been necessary to do a literature review of the presurgical nursing visit and perioperating anxiety of surgical patient.

In this way, with the article you can conclude that nursing professionals are in charge of helping and solving patients' questions before the surgery procedure. It's needed to set down protocols and take actions to achieve a successful presurgical visit. Despite of controversy, this visit will help building up a better bond between the patient and the nurse, improving communication and helping the patient feeling more satisfied. In addition, this visit is a quality criteria of hospitals.

Keywords: anxiety, operating room nursing, nursing care and patient-centered care

INTRODUCCIÓN

Desde la creación de la profesión de enfermería, se ha relacionado el trabajo asistencial de la enfermera con el cuidado personalizado, la amabilidad, la cercanía y la escucha activa con los pacientes. Florence Nightingale, en su libro "Notas de enfermería: qué es y qué no es" dijo sobre la enfermería: "el trabajo de la enfermería se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente"⁽¹⁾.

Sin embargo, cuando se habla del cuidado de los profesionales de enfermería en el ámbito quirúrgico, se suele asociar a una práctica puramente técnica y mecánica, abandonando o descuidando el aspecto emocional de los pacientes⁽²⁾.

Esta idea de la enfermería quirúrgica sobre el cuidado del paciente puede estar relacionada por el escaso tiempo con el que cuenta el profesional para entablar una relación con el paciente. Al fin y al cabo, una vez ingresa el paciente en el área quirúrgica, es poco el tiempo que tarda en llegar a quirófano.

Es sabido que la cirugía es una de las razones por las que más pacientes acuden a un hospital. Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, se llevan a cabo más de 3,5 millones de intervenciones quirúrgicas durante un año⁽³⁾.

A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas para minimizar el riesgo para la vida del paciente, la cirugía sigue siendo

un acontecimiento muy estresante para los ciudadanos⁽⁴⁻⁶⁾, sobre todo cuando estos no han sido intervenidos previamente. Al fin y al cabo, cuando un paciente acude a un quirófano lo ve como un lugar desconocido y frío, en el que corre riesgo su vida⁽⁵⁻⁷⁾.

Son varios los estudios que demuestran que un gran porcentaje de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, padecen ansiedad⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Los motivos por los que aparece este problema, en la gran mayoría de pacientes, es la falta de conocimiento e información, no solo del proceso quirúrgico sino también de la anestesia; como las complicaciones derivadas de la misma, miedo a efectos secundarios como náuseas, vómitos, dolor, dependencia de terceros y la posibilidad de muerte^(4, 6, 9).

Para el manejo de la ansiedad por parte del profesional de enfermería, se han llevado a cabo múltiples estudios en los cuales la visita pre-quirúrgica de enfermería tiene resultados positivos^(6, 11-13).

Sin embargo, existe cierta controversia sobre el tratamiento de la ansiedad del paciente y la información a otorgar. Varios autores señalan que un manejo de ésta puede producir una estancia hospitalaria más corta, mejorando además el dolor post-quirúrgico^(6, 14, 15). Mientras que otros estudios demuestran que cuanto más información se exponga a un paciente que se encuentra nervioso, más le aumentará el nivel de ansiedad⁽¹⁶⁾.

Tal como se describe en el estudio llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de

España⁽³⁾, desde que el paciente accede al bloque quirúrgico se le debe de garantizar:

- Respeto a su intimidad.
- Trato humano.
- Apoyo psicológico.
- Información de cada acción que se realizará en cada uno de los momentos del proceso quirúrgico (preanestesia, intervención, postquirúrgico, etc.).

Según NANDA⁽¹⁷⁾ y otros tantos autores^(11, 16, 18) la enfermería está capacitada para llevar a cabo el manejo de la ansiedad en los pacientes, puesto que existe el diagnóstico enfermero “ansiedad”. Según NANDA⁽¹⁷⁾, podemos definir este diagnóstico como “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”. Por lo tanto, es tarea del profesional de enfermería realizar estas acciones de manera correcta, y dada la multitud de estudios^(4-12, 14-15, 18) que demuestran la ansiedad que padece el paciente antes de acceder a quirófano, el apoyo psicológico se convierte en el pilar base para que acuda tranquilo y calmado a la cirugía.

Además las intervenciones NIC sustentan las indicaciones del Ministerio de Sanidad, y el resultado NOC: “disminución de la ansiedad” garantizará el bienestar del paciente en el bloque quirúrgico.

Esta revisión de la literatura publicada, tiene el propósito de poner en valor la visita prequirúrgica del profesional de enfermería, puesto que parece estar olvidada en el contexto de las intervenciones y de los estándares del bloque quirúrgico.

JUSTIFICACIÓN

Dos razones sustentan esta revisión bibliográfica, por un lado NANDA define la ansiedad como un diagnóstico enfermero, entendiéndolo que la disciplina enfermera tiene capacidad y formación para su tratamiento enfermero; por otro lado, el Ministerio de Sanidad entiende que debe realizarse una información correcta con el correspondiente apoyo psicológico al paciente en el entorno prequirúrgico.

Por ambas razones resulta de especial importancia conocer las publicaciones al respecto y poder aportar resultados y conclusiones que fortalezcan dicha visita prequirúrgica en aras a la reducción de la ansiedad de los pacientes en el área quirúrgica.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Mostrar la eficacia de la visita prequirúrgica de enfermería sobre la ansiedad del paciente quirúrgico a través de evidencias científicas de la literatura publicada.

Objetivos secundarios:

- Describir la ansiedad preoperatoria y sus efectos en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente a través de evidencias científicas.
- Exponer los objetivos y los beneficios de la visita prequirúrgica de enfermería con la ayuda de la literatura publicada.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos Pubmed, Dialnet, NLM, sCielo y Google Académico, además de buscar en revistas científicas como Nure Investigación.

Para la búsqueda, se utilizaron distintas palabras clave con base en los descriptores de la salud, dado que en gran parte de las bases de datos se usan como lenguaje único para la búsqueda de artículos científicos (ver tabla 1). Además se utilizaron los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud)
- Ansiedad/Anxiety.
- Enfermería de quirófano/operating room nursing.
- Atención de enfermería/nursing care.
- Atención dirigida al paciente/Patient-centered care.
Términos MeSH (Medical Subject Headings)
- Anxiety.
- Operating room nursing.
- Nursing care.
- Continuity of patient care.

Tabla 1. Palabras clave utilizadas en la búsqueda de bibliografía.

La búsqueda se acotó entre los años comprendidos entre 2007 y 2017, utilizando dos de años anteriores debido a la importancia de los mismos, y con artículos escritos en inglés o español.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

La ansiedad preoperatoria y sus efectos en los pacientes.

Según NANDA⁽¹⁷⁾, se define el término ansiedad como “vaga sensación de amenaza o malestar acompañada de una respuesta autonómica; sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.”

La intensidad con la que se manifiesta en los pacientes, va a depender de distintos factores, entre los que se encuentran⁽¹⁹⁾:

- La gravedad de la enfermedad y la magnitud de la cirugía.
- La duración del periodo preoperatorio. Si la cirugía es un proceso urgente, menor va a ser el tiempo de adaptación y asimilación del paciente.
- Experiencias previas de familiares intervenidos quirúrgicamente.
- La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad.

La ansiedad preoperatoria se viene estudiando desde hace muchos años. Autores como Flavio y Galvão⁽¹⁵⁾, identificaron el diagnóstico enfermero “Ansiedad” en un 86.6% de los pacientes que iban a ser intervenidos. Carapia-Sadurni et al.⁽¹⁸⁾ detectaron que el 49% de los pacientes de su estudio presentaban ansiedad leve y un 23.5% ansiedad severa. Incluso autores como Doñate Martín et al.⁽¹⁶⁾ consideran que el 100% de los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente padecen ansiedad durante el proceso preoperatorio.

Cada día son más los estudios que demuestran que un estado de ansiedad prequirúrgica afecta al postoperatorio de los pacientes, así como en su recuperación⁽²⁰⁾. La ansiedad provoca un incremento en el dolor postoperatorio, haciendo que la estancia hospitalaria y la utilización de una mayor cantidad de analgésicos aumente el gasto sanitario^(14, 15, 21).

Algunos autores consideran que una de las razones más importantes por la que los pacientes sienten ansiedad es por la falta de información sobre el proceso quirúrgico sobre la anestesia⁽¹¹⁾. Mientras que otros afirman que la información médica incrementa los niveles de ansiedad⁽²⁰⁾.

La actividad quirúrgica forma parte del trabajo diario del profesional de enfermería, sin embargo, para el paciente que acude a una intervención el quirófano se convierte en un lugar hostil, en el que corre peligro su vida^(19, 20, 22).

La atención que recibe el paciente debe ser integral y multidisciplinar. Enfermería debe asegurar unos cuidados de calidad, debe acompañar al paciente durante el proceso quirúrgico, estableciendo una relación de confianza entre ambos. Es el equipo de enfermería quien debe escuchar al paciente, proporcionar un apoyo emocional y transmitir la información que el paciente demanda, dándole una seguridad para intentar manejar esa angustia y minimizar el estrés⁽¹⁷⁾.

Objetivos y beneficios de la visita prequirúrgica de enfermería.

Se puede definir la visita prequirúrgica de enfermería como "el proceso de personalización de los cuidados entre la enfermera de quirófano y el paciente y/o familia, previa a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada y con el fin de proporcionar información y disminuir la ansiedad."⁽²³⁾

Los principales objetivos que tiene la visita prequirúrgica son:

- Aliviar la ansiedad y los temores del paciente.
- Proporcionar información veraz y aclarar posibles malos entendidos.
- Permitir al paciente expresar sus sentimientos y conocer su punto de vista sobre la operación.
- Contribuir a la cooperación y participación del paciente y facilitar la comunicación.

Son muchos los autores que han estudiado los beneficios de la visita prequirúrgica de enfermería, tales como Rojas y Azevedo⁽²⁰⁾, Carrascosa, Aguilar y Carrascosa⁽¹¹⁾, Laguado, Yaruro y Hernández⁽¹²⁾, Martín-Crespo, Caravantes, García y Gómez⁽¹⁵⁾ o Chirveches y Arnau⁽²⁴⁾, entre otros.

El estudio llevado a cabo por Rojas y Azevedo⁽²⁰⁾ se observó cómo los pacientes que habían recibido una visita prequirúrgica por parte de enfermería, explicando el proceso quirúrgico e informando sobre el mismo, tenían unos niveles de ansiedad mucho menores que los pacientes del grupo control, que no habían recibido información previa por parte del profesional de enfermería (ver tabla 2).

Pacientes	Tipo de ansiedad (%)			
	No	Leve	Moderada	Severa
Experimentales	66.6	33.3	0.0	0.0
Controles	33.3	63.3	3.3	0.0

Tabla 2. Porcentajes para los diferentes niveles de ansiedad en pacientes experimentales y controles en el preoperatorio⁽²⁰⁾.

En el estudio realizado por Carrascosa, Aguilar y Carrascosa⁽¹¹⁾ se llega a la conclusión de que la enseñanza individual, mejorando los conocimientos de los pacientes, disminuye la ansiedad de los mismos.

Diversos autores consideran que la ansiedad disminuye cuando se lleva a cabo una sesión individual con el paciente, aclarando las dudas y explicando el procedimiento quirúrgico^(20, 24).

Sin embargo, no todos los estudios concluyen que la visita prequirúrgica tenga resultados satisfactorios⁽¹⁵⁾. Algunos de ellos afirman que estadísticamente no se ve ningún resultado positivo en cuanto a la ansiedad, pero que sirve para que el profesional sanitario ofrezca una atención de mayor calidad al paciente, dado que se obtiene mucha información sobre el mismo, además de que se conocen sus miedos e inseguridades^(25, 26).

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Según diversas publicaciones revisadas, la ansiedad del paciente en el bloque quirúrgico, debe ser tratada en una consulta específica que ponga en valor la proximidad y la empatía con el equipo quirúrgico y es adecuado que lo realice la enfermera de quirófano.

Del mismo modo, y aunque no es objeto de esta revisión no se debe olvidar a su familia con el fin de proporcionarle tranquilidad respondiendo a sus dudas o inquietudes.

La visita prequirúrgica puede ser una de las soluciones para intentar que los pacientes acudan a los quirófanos más tranquilos y con mayores conocimientos sobre la cirugía y su proceso. De hecho, la literatura revisada indica que, esta visita bien protocolizada, puede ser una herramienta para lograr reducir la ansiedad del paciente.

A pesar de esa cierta discrepancia en algunos textos publicados, parece claro que, esta visita, mejora la comunicación entre la enfermera y el paciente y ello, sin duda, mejora el bienestar del postoperatorio del paciente.

Dada la organización actual de la actividad quirúrgica, en general, el tiempo que se puede dedicar al paciente en el área quirúrgica, es escaso. Sin embargo, se debería considerar otras opciones con el fin de lograr el objetivo de reducir la ansiedad y proporcionar tranquilidad al paciente y a su familia.

Un ejemplo de esas opciones de mejora sería los casos en los que el paciente esté ingresado el día antes, el equipo de enfermería que vaya a estar en la cirugía podría realizar la visita prequirúrgica con el paciente y algún familiar, dado que ellos también suelen tener preguntas y dudas. En el caso de que el paciente no tenga que ingresar, siempre se puede llevar a cabo una consulta de enfermería de tiempo corto, en donde se podría tratar el tema, resolviendo y aclarando dudas.

De este modo, el paciente acudirá al quirófano identificando a la enfermera que estuvo anteriormente con él y con la información más clara sobre su proceso quirúrgico.

Es necesario destacar que las gerencias de los hospitales y los propios profesionales definen y apoyan protocolos de actuación al objeto de reducir las situaciones de ansiedad del paciente y su familia antes de un proceso quirúrgico. Se trata además, de un indicador de calidad de los hospitales.

BIBLIOGRAFÍA

- Nightingale F. Notas de enfermería: qué es y qué no es. 3ª ed. España: Elsevier; 1990.
- Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index Enferm* [revista en Internet] 2004. [acceso 26 de febrero de 2017]; 13(44-45): 18-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es
- Grupo de expertos. Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social; [revista en Internet] 2012. [acceso 26 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
- Moreno Carrillo P, Calle Pla A. Detección y actuación de la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cir May Amb* [revista en Internet] 2015. [acceso 20 de febrero de 2017]; 20(2): 74-78. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/06_20_2_OR_Moreno.pdf
- Roja MJ, Azevedo Pérez D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Cumaná, Venezuela. *Saber* [revista en Internet] 2013. [acceso 5 de marzo de 2017]; 25(3): 273-278. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006
- Bagés Fortacín C, Lleixà Fortuño MdM, Español Puig C, Imbernón Casas G, Munté Prunera N, Vázquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enferm Global* [revista en Internet] 2015. [acceso 28 de marzo de 2017]; 14(39): 29-40. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/193721>
- Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir* [revista en Internet] 2010. [acceso 02 de febrero de 2017]; 78(2): 151-156. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=25069>
- Ham Armenta KO, Virgen Pardo Morales R. Ansiedad preoperatoria. *Medigraphic* [revista en Internet] 2014. [acceso 10 de abril de 2017]; 6(2): 79-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi142g.pdf>
- Ortiz J, Wang S, Elyda MA, Tolpin DA. Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad?. *Rev Bras Anestesiol* [revista en Internet] 2014. [acceso 21 de enero de 2017]; 65(1): 7-13. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n1/es_0034-7094-rba-65-01-00007.pdf
- Meléndez R, Rocío J, Mayo Alvarado LG, Fanning Balarezo MM, Coronado Maco JR. Factores asociados a la ansiedad del paciente en el pre-operatorio inmediato en el servicio de cirugía del Hospital Provincial docente Belén de Lamvayequé. *Rev Salud & Vida Sipanense* [revista en Internet] 2016. [acceso 22 de marzo de 2017]; 3(2): 13-20. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwivianVzrXUAhW-DExoKHa_QAhkQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fvistas.uss.edu.pe%2Findex.php%2F5VS%2Farticle%2Fdownload%2F423%2F410&usq=AFQjCNFBTs6p1YxjqAOw0394Eyi-_nXfCw&sig2=FWCSP7PwBQC1HcfSXuVuoA&cad=rja
- Carrascosa López MT, Aguilar Martínez R, Carrascosa López MC. Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *A E E U* [revista en Internet] 2011. [acceso 26 de marzo de 2017]; 118: 13-17. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwihrpylz7XUAhWDOxoKHSYJDiIQFggnMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3724055.pdf&usq=AFQjCNH-iRMJdOLZg6eCleovL5jnDDiztg&sig2=VdGJwQ2gtvtJVGdtFTX7Sw&cad=rja>
- Laguado Jaimes E, Yaruro Bacca K, Hernández Calderón EJ. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. *Enferm Global* [revista en Internet] 2015. [acceso 5 de febrero de 2017]; 14(40): 362-374. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400016
- Ciércoles Prado J, Mur González N, Del Hierro Marques A, Moreno Juan AM, Montoya Sánchez P, Pastor Perales L, et al. Proyecto de visita preoperatoria de enfermería, bloque quirúrgico de traumatología y cirugía plástica. Hospital Universitario La Paz. Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM). 2009.
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *BJA* [revista en Internet] 2010. [acceso 18 de diciembre de 2016]; 104(3): 369-374. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20124283>
- Martín-Crespo Blanco MC, Caravantes Marín MI, García Mas JM, Gómez González B. Efecto de la intervención de enfermería durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). *Nure Inv* [revista en Internet] 2007. [acceso 08 de enero de 2017]; 30. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjT9rjT0LXUAhV-CWRoKHcrYARQQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nureinvestigacion.es%2FOJS%2Findex.php%2Ffnure%2Farticle%2Fdownload%2F358%2F349%2F0&usq=AFQjCNESrs8BludmWClGxv-V0WUu0Td1Q&sig2=13_DW9GjgqUskTssh-xkja&cad=rja
- Doñate Marín M, Litago Cortés A, Monge Sanz Y, Martínez Serrano R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enferm Global* [revista en Internet] 2015. [acceso 16 de enero de 2017]; 14(37): 170-180. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/185281>
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. 1ª ed. Madrid: Wiley-Blackwell; 2012-2014.
- Sadurni, MA, Terrazas GE, Gobera ML, Ordóñez MN. Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Rev Mex de Anest* [revista en Internet] 2011. [acceso 18 de febrero de 2017]; 34(4): 260-263. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Barba Cañete MdC. Plan de cuidados para pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. *Enferm Docente* [revista en Internet] 2006. [acceso 28 de enero de 2017]; 84(102): 35-41. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/13/pdf_10
- Diez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Álvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin* [revista en Internet] 2011. [acceso 15 de diciembre de 2016];

- 12(1): 29-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2.pdf>
21. Ni CH, Hou WH, Kao CC, Chang ML, Yu LF, Wu CC, et al. The anxiolytic effect of aromatherapy on patients awaiting ambulatory surgery: a randomized controlled trial. eCAM [revista en Internet] 2013. [acceso 18 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24454517>
22. Gordillo León F, Arana Marínez JM, Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. Rev Clin Med Fam [revista en Internet] 2011; [acceso 26 de febrero de 2017]; 4(3): 228-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008
23. Bujalance Hoyos J, Fernández Camino F, Ortiz Carrasco J, Palop González RM, Soto Sánchez MJ. Guía para la visita Prequirúrgica de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Andalucía. 2007; (15-25).
24. Chirveches Pérez E, Arnau A, Faro M. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enfer Clin [revista en Internet] 2006. [acceso 9 de marzo de 2017]; 16(1): 3-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1395725>
25. Vargas Mora R, Herrera Sibaja C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. REVENF Costa Rica [revista en Internet] 2012. [acceso 9 de febrero de 2017]; (22): 1-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44823378010.pdf>
26. Baraza Saz A. Satisfacción del paciente de cirugía mayor ambulatoria con los cuidados anestésicos perioperatorios en relación con el miedo [Tesis Doctoral]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2010.

CORRECCIÓN DE ERRORES

En relación a la publicación **“La Sujeción no es un Cuidado”. Impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería**, publicado en esta revista con la referencia Nuber Cientif. 2017;3(20): 12-16, se rectifica y subsana el error sobre la encuesta contenida en ANEXO I, por haber indicado: “...facilitada por Antonio Burgueño Torrijo...” cuando la encuesta fue adaptada y validada por E. Fariña López⁽¹⁾ a quien desde aquí, se pide disculpas por el error de haber obviado indicar su referencia.

(1) E. Fariña-López, G.J. Estévez-Guerra, E. Nuñez, F.Calvo y E.Penelo. Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores. An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39(1): 13-22.

Carmen Aristín Ortega et al.

Abordaje integral de la enfermera en la prevención de las úlceras por presión

Autoras:

Leddy Patricia Vega Suárez ⁽¹⁾

María Sánchez Cueto ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Graduada en Enfermería. Centro de Atención a la Dependencia "Virgen del Pilar". Santa María de Cayón. Cantabria. España.

*Dirección para correspondencia:
leddyv@gmail.com*

Recibido: 18 de marzo de 2017
Aceptado: 29 de enero de 2018

Esta revisión bibliográfica se corresponde con el Trabajo Fin de Grado tutorizado por la profesora Cristina Castanedo Pfeiffer, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria y adaptado por las autoras a las normas de la revista Nuberos Científica. En su origen se encuentra incluido en el Repositorio UCrea.

RESUMEN

Las úlceras por presión han convivido con el ser humano desde sus orígenes y repercuten de forma negativa a las personas que las padecen, su entorno y al sistema sanitario. Teniendo en cuenta que su prevalencia en España ha aumentado y de forma significativa en los centros socio-sanitarios. Ello, justifica que todos los profesionales de enfermería, deben conocer y aplicar cuidados y estrategias para su prevención en la práctica clínica en todos los ámbitos del cuidado; cuidados basados en evidencias científicas publicadas.

Por esta razón es precisa una revisión constante de la literatura publicada y transmitir a los profesionales los últimos conocimientos publicados.

Tras esta revisión bibliográfica, se continúa manteniendo y se puede concluir que la prevención es la herramienta del cuidado indicada para el logro de resultados eficientes. Además de tener en consideración los factores etiológicos, la utilización de las escalas de valoración del riesgo, la educación a las familias en los domicilios y la formación y actualización a la enfermería (cuidadores, auxiliares y profesionales) en cualquiera de los ámbitos sanitarios.

Palabras clave: úlceras por presión, etiología, prevalencia, prevención primaria, enfermería

ABSTRACT

Pressure ulcers have lived with the human being since its inception and have a negative impact on the people who suffer from them, their environment and the health system. Its important to take into account that its prevalence in Spain has increased in the last years, and significantly in the socio-health centers. This justifies that all nursing professionals must know and apply care and strategies for prevention in clinical practice in all areas of care; care based on published scientific evidence.

For this reason it is necessary to make a constant revision of the published literature and to transmit to the professionals the last published knowledge.

After this literature review, it is maintained and can be concluded that prevention is the tool of care indicated for the achievement of efficient results. Not forgetting to take into account etiological factors, the use of risk assessment scales, education to families at homes and train and update nursing (caregivers, auxiliaries and professionals) in any of the health areas.

Keywords: pressure ulcers, etiology, prevalence, primary prevention, nursing

INTRODUCCIÓN - ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las úlceras por presión (UPP) han convivido con el ser humano desde sus orígenes a lo largo de la historia. Existe evidencia desde los papiros médicos egipcios en los que se hace referencia a los cuidados de la piel y las UPP. Pero es a mediados del siglo XVI cuando el cirujano holandés Fabricius Hildanus describió por primera vez las características clínicas de las UPP e identificó algunos factores causales. En Francia en la misma época, Ambrose Paré se hizo famoso por los diferentes tratamientos que usaba para las UPP y sus recomendaciones que pueden estar vigentes a día de hoy como son: nutrición sana, tratamiento de las enfermedades subyacentes, alivio de presión, apoyo psicológico y tratamiento quirúrgico y apósitos¹.

Actualmente las UPP constituyen uno de los problemas asistenciales más importantes. Esto se debe al impacto que produce sobre el paciente, los profesionales y la organización que les atiende². En España, la prevalencia de UPP, en los pacientes que forman parte de los programas de asistencia domiciliaria de Atención Primaria, se estima que representa un 3,7% frente al 8,2% del nivel hospitalario³.

Por otra parte el aumento de la esperanza de vida en España, en la que las mujeres es de 85 años, y los varones de 79,2 años, se ha convertido en una de las más altas de la Unión Europea⁴. Esto permite entender las características demográficas actuales y la progresión hacia el envejecimiento no solo en España sino también en el mundo. Es así, como el aumento de las esperanza de vida junto con los cambios en la piel producidos por el pro-

ceso de envejecimiento, la presencia de diversas patologías y el grado de dependencia, aumentan el riesgo de padecer UPP^{3,5}.

De esta forma, se plantea la prevención como la mejor herramienta de tratamiento de las UPP debido a que pueden prevenirse, se estima que hasta en un 95%^{5,6}. Esto implica que los profesionales sanitarios deben poseer los conocimientos suficientes para identificar y detectar a todas las personas en situación de riesgo y especialmente los profesionales de enfermería, quienes han estado desde siempre ligados a la prevención en la aparición de las UPP y al cuidado de quienes ya las padecen⁵.

La baja prevalencia de las UPP se considera un indicador de la calidad de los cuidados a nivel asistencial, debido a las consecuencias que traen consigo. Por una parte, el impacto a nivel económico: en España el coste del tratamiento de las UPP es de 461 millones de euros anuales, que corresponde al 5% del gasto sanitario, de los que el 15% se destinan para apósitos y otros materiales, el 19% corresponde al tiempo de enfermería, y el 45% se destina a cubrir el coste de las estancias en el hospital relacionadas con estas lesiones⁵. Por otra parte, las repercusiones que afectan directa e indirectamente a las personas, como es el sufrimiento de los pacientes, sus familias y su entorno debido a las potenciales consecuencias de las UPP, el impacto sobre la calidad de vida, las complicaciones infecciosas, el aumento de la demanda de cuidados e incluso la muerte que puede estar relacionadas con las mismas⁶.

Es así como cobran importancia las diferentes herramientas que permiten valorar de manera efectiva el riesgo que tiene una persona para desarrollar una UPP y que permiten establecer estrategias de prevención².

JUSTIFICACIÓN

La prevención es la herramienta más rentable con la que se cuenta actualmente, debido a que este tipo de lesiones son prevenibles. Es así como el conocimiento y aplicación de las estrategias de prevención son de vital importancia en el contexto sanitario actual, porque permitiría reducir su prevalencia, especialmente en aquellas personas susceptibles de padecer UPP.

De esta forma se podría llegar a disminuir los costes económicos que suponen para el sistema sanitario (tiempo invertido por profesional sanitario y material sanitario) e incrementaría la calidad de vida de aquellas personas que están en riesgo de padecerlas.

Debido a la magnitud de este problema es imprescindible que los profesionales de enfermería posean conocimientos actualizados a través de los diferentes protocolos existentes, renovados basados en la evidencia científica acerca de los cuidados sobre la prevención. De esta forma poder así aplicarlos en su práctica diaria y dotar de conocimientos a los cuidadores profesionales y no profesionales a nivel domiciliario, hospitalario y sociosanitario sobre los cuidados ante un paciente con riesgo de padecer UPP.

Todos estos aspectos justifican la realización y difusión de esta monografía.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los conocimientos, estrategias y cuidados de enfermería utilizados en la prevención de las úlceras por presión mediante una búsqueda de literatura científica publicada.

Objetivos específicos:

- Enumerar los factores de riesgo y escalas de valoración del mismo.
- Describir la etiopatología.
- Explicar los diferentes cuidados en la prevención.
- Describir la actuación de enfermería en la prevención de las UPP.
- Describir la intervención educativa para las familias.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para realizar este trabajo fue una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre la prevención de las UPP, durante los meses de Enero a Junio del 2015 en diferentes bases de datos: Cuiden plus, Cochrane, Dialnet, Medline, Scopus, buscando con ello que el proyecto cumpla con los parámetros de evidencia científica y actualidad necesarios para poder ser relevante en la práctica profesional. En esta búsqueda fueron encontrados 200 artículos, de los cuales se escogieron aquellos que cumplen los siguientes criterios de inclusión: artículos con antigüedad no superior a 5 años, gratuitos y cuyo contenido se refería a población adulta. Finalmente se seleccionaron 46 que han permitido sustentar esta monografía.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH) fueron prevalencia (prevalence), etiología (etiology), úlcera por pre-

sión (Pressure Ulcer), prevención primaria (primary prevention), efectividad (effectiveness), enfermería (nursing), educación (education). Con sus correspondientes fórmulas de búsqueda utilizando conectores booleanos como AND, OR.

Además se ha consultado la sede web del Grupo Nacional para el Estudio y asesoramiento de las Úlceras por Presión (GNEAUPP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), así como el repositorio de tesis y trabajos fin de grado U-crea.

Las búsquedas se hicieron en inglés y español.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Factores de riesgo.

Según la OMS, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición individual que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad o lesión⁷. De esta forma juegan un papel fundamental en el desarrollo o aparición de las úlceras por presión, por lo que se deben tener en cuenta ante cualquier medida o intervención preventiva que se aplican en aquellas personas vulnerables.

Existen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos relacionados con las UPP, que se resumen en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo UPP

Factores intrínsecos	Factores extrínsecos
Condición física: Inmovilidad	Humedad
Percepción Sensorial	Sequedad de la piel
Estado de salud general	Estancia/microclima
Medicación	Temperatura corporal
Alteraciones nutricionales/deshidratación	Superficie de apoyo
Afectación de la perfusión tisular: • Alteraciones respiratorias y circulatorias • Diabetes • Insuficiencia vasomotora • Presión arterial baja • Insuficiencia cardiaca • Vasoconstricción periférica • Alteraciones endoteliales	Técnicas manuales sobre la piel: masajes Perfumes / agentes de limpieza

El microclima (término que utilizan, algunos autores) incluye la humedad y la temperatura del paciente, factores que al alterarse aumentan la susceptibilidad de los tejidos corporales a sufrir isquemia, presión, fricción o cizallamiento⁸.

Escalas de valoración del riesgo.

Existen diversas escalas de valoración. Son herramientas que permiten predecir de manera eficaz el riesgo de desarrollar UPP⁹. Tienen una capacidad predictiva mayor que el juicio clínico de un profesional de enfermería, especialmente en aquellos con poca experiencia¹⁰.

Establecen una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar UPP en una persona, de acuerdo a una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

A continuación se describen aquellas escalas de valoración

más conocidas tanto en España como a nivel internacional^{11,12,13}:

ESCALA DE BRADEN: Está compuesta por seis sub-escalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas. En esta se puede obtener un rango de puntuación: 6 – 23 puntos, a mayor puntuación menos riesgo de padecer UPP.

ESCALA DE NORTON: Es la más antigua de todas y ha alcanzado una importante difusión en todo el mundo. Valora cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico, cada uno de ellos puntúa de 1 a 4. Cuanto menor puntuación, mayor riesgo de padecer UPP.

ESCALA EMINA: Fue elaborada y validada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud. Tiene en cuenta cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, que puntúan de 0 a 3 cada uno de ellos. Se puede obtener una puntuación máxima de 15, cuanto mayor sea la puntuación, más riesgo de padecer UPP.

ESCALA DE WATERLOW: Es una escala con seis sub-escalas: relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito, y 4 categorías: malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación. Su puntuación es positiva, considerando al paciente como de riesgo a partir de 10 puntos.

ESCALA DE CUBBIN-JACKSON: Ha sido elaborada para pacientes críticos. Contiene 10 parámetros, los cuales puntúan de 1 a 4 (edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia, e higiene). Es compleja y difícil de utilizar. Su rango de puntuación es de 10 a 40. El punto de corte de riesgo: ≤ 24 .

Cabe resaltar que las escalas más utilizadas en la práctica asistencial son las escalas de Braden y Norton. La escala EMINA a pesar de ser una escala válida y desarrollada en España, su uso es inferior. Según la evidencia la escala Braden es la más adecuada para valorar el riesgo, debido a su mayor capacidad de predicción y mejor balance sensibilidad/especificidad^{14,15}.

Etiopatología

La aparición de las UPP se produce por la interacción de diferentes factores que actúan entre sí y son¹:

Las fuerzas mecánicas que provocan el aplastamiento tisular entre dos planos, uno corporal y otro externo a él.

Los procesos que se conjugan en el desarrollo de estas lesiones son: la oclusión vascular por la presión externa, el daño endotelial a nivel de las arteriolas y de microcirculación, la aplicación de fuerzas tangenciales y de fricción¹⁶.

En la formación de las UPP se identifican 3 tipos de fuerzas: presión, fricción y cizalla¹⁷.

- **Presión:** Fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad.
- **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastre.
- **Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento:** Es una fuerza tangencial y perpendicular entre la superficie y el cuerpo, se produce por la elasticidad de los tejidos internos de la piel o estructuras anexas. No origina movimiento externo del mismo, pero sí dan lugar a una lesión. Combina los efectos de la presión y fricción.

Cuidados de enfermería en la prevención de las UPP.

Existen diversas estrategias en los cuidados de la prevención de las UPP, en aquellas personas con riesgo valorado a través de las diferentes escalas. Cabe resaltar la importancia de que estas actuaciones no deben ser consideradas de manera aislada sino como parte de un todo integral¹⁸. Son los profesionales de enfermería los que deben velar por el bienestar y seguridad de las personas cuyos cuidados están bajo su responsabilidad. Son quienes deben asegurar la aplicación de todas aquellas medidas o cuidados desarrollados en el equipo interdisciplinar y cuyo objetivo es evitar el desarrollo de las úlceras por presión en las personas con una alta probabilidad de padecerlas. Para esto es necesario disminuir la inmovilidad y garantizar los cuidados en diferentes aspectos: piel, nutrición, cuidados en la incontinencia y manejo de la presión¹⁹.

Cuidados de la movilidad: Es fundamental fomentar la movilización en aquellas personas que conserven potencial para iniciar o mejorar su movilidad física^{16,10}. En las que su movilidad se encuentra limitada, el principal objetivo es el alivio de la presión^{20,21}. En las personas encamadas y durante el sueño, los cambios posturales se utilizan regularmente en la práctica clínica²⁰. La frecuencia con la que se deben llevar a cabo, no existe evidencia suficiente que permita demostrar cuál es la mejor para la prevención de las UPP²², pero a pesar de esto algunos estudios avalan, que se deben realizar cada dos horas²⁰. El tiempo dependerá de dos factores: la superficie especial de manejo de la presión que se esté utilizando y el estado del individuo. Para que sean efectivos es necesario acompañarlos con otros tipos de medidas preventivas tales como abordaje nutricional, cuidados de la piel entre otros¹⁹.

Cuidados de la piel: Incluye una serie de acciones encaminadas al mantenimiento de la integridad de la misma: valoración de forma minuciosa y periódica (detectar de manera precoz cualquier cambio)²³. Los ácidos grasos hiper-oxigenados (AGHO) disminuyen la incidencia de las UPP al favorecer la microcirculación sanguínea, la renovación de las células epidérmicas, al incrementar la resistencia de la piel a los factores etiológicos de las UPP y evita la sequedad cutánea²⁴.

Cuidados nutricionales y de asistencia nutricional: En la población mayor, la desnutrición es un problema que se presenta en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a la hospitalaria y en centros de atención a la dependencia. Su incidencia en los hospitales es del 40% y en las residencias de mayores supera el 60%²⁵. Siendo un factor que está relacionado de forma directa con el desarrollo de UPP. Una ingesta reducida de calorías, la deshidratación y la hipoalbuminemia reducen la resistencia de la piel a la presión, fricción y fuerzas de cizalla, incrementando así el riesgo de lesión cutánea²⁶.

Por esta razón es preciso, detectar de forma precoz a todas aquellas personas que están en riesgo o que padecen malnutrición. Para esto, se utilizan tres herramientas, que están validadas científicamente en la población adulta^{25,26}:

- El Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) incorpora los 3 elementos del estado nutricional y el aumento de los requerimientos.
- El Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) incluye los 3 elementos del estado nutricional.
- El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un instrumento validado en las personas mayores (edad mayor a 65 años) e incluye los 3 elementos del estado nutricional y una serie

de preguntas específicas relacionadas con la edad. Busca detectar la presencia de desnutrición, así como el riesgo de desnutrición crónica. Es la herramienta con mayor aceptación de la comunidad científica a nivel mundial.

Una vez detectados es necesaria una intervención, en la cual se debe implicar a todos los profesionales que forman parte del equipo sanitario. Esta intervención debe ser individualizada²⁷. El plan nutricional debe incluir una dieta rica en proteínas y/o arginina, vitaminas con efecto antioxidante (grupo B, A, C y E), minerales (Selenio y Zinc), ácido alfa-lipoico y aporte calórico adaptado a sus necesidades^{26,28}.

A pesar de la importancia que cobra la nutrición no sólo en la prevención, sino en el tratamiento de las UPP, es una de las áreas más olvidadas en el manejo integral de las personas susceptibles de padecer UPP²⁶.

Cuidados de la continencia/incontinencia: La exposición de forma continuada a fluidos corporales, puede alterar la integridad de la piel, por lo que es importante mantenerla siempre seca y limpia¹⁰.

La incontinencia urinaria y fecal son las causas más frecuentes que pueden llegar a generar estos tipos de lesiones. La evidencia científica refleja que aumenta con la edad y varía en función del sexo. En España en el año 2009, un 15,8 % de las personas padecen IU de las cuales el 24% son mujeres, esta cifra tiende a igualarse con la de los varones a partir de los 85 años. Es importante tener en cuenta que estas cifras incrementan en los ancianos institucionalizados llegando a ser entre un 40 – 60%¹³.

El primer paso que se debe dar para el manejo de la incontinencia es determinar la causa de la misma y establecer un plan de cuidados basado en tres pilares fundamentales: limpieza, hidratación y protección de la piel¹⁰.

Sistemas de alivio de la presión apoyo: El alivio y reducción de la presión es un elemento muy importante en las estrategias preventivas frente a la población con riesgo. Para el cuidado de la presión, existen múltiples dispositivos que buscan el alivio local de la presión (taloneras, coderas, protectores occipitales y apósitos) y las superficies especiales para el manejo de la presión que cubren todas las áreas corporales que están en contacto con la superficie de apoyo, tal como los colchones de aire alternante. Algunas de estas no solo alivian la presión sino que reducen el efecto de la fricción, cizalla y el microclima^{10,16}. Además es necesario considerar todos aquellos dispositivos que puedan generar problemas con la presión y el rozamiento como pueden ser: sondas, catéteres, yesos, dispositivos de inmovilización y sujeción. En estos casos es pertinente el uso de ácidos grasos hiperoxigenados junto con apósitos para el manejo de la presión. El uso de las superficies especiales para el manejo de la presión no reemplazan los cambios posturales¹⁰.

Plan de actuación de enfermería en la prevención de las UPP

La enfermería como disciplina utiliza su propia metodología, con el fin de poder abordar y resolver todas aquellas situaciones que se presentan en su práctica cotidiana. Es un proceso de pensamiento crítico puesto que es necesario analizar el estado del paciente e interpretar los datos clínicos observados para poder así determinar el plan de actuación más adecuada. Por esta razón, en la actualidad se utiliza un lenguaje común estandarizado, cuyo fin es brindar cuidados de calidad y garantizar la continuidad de los mismos.

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería

<p>Diagnóstico enfermero: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Definición: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.</p>
<p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilización física. • Factores mecánicos (p.ej.: fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones). • Estado de desequilibrio nutricional (p.ej.: obesidad, emaciación). • Hidratación. • Excreciones. • Humedad
<p>Resultados de enfermería (NOC)</p>
<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidratación. Perfusión tisular. Integridad de la piel.
<p>Intervenciones de enfermería (NIC)</p>
<p>Manejo de presiones Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas no ajustadas. • Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica. • Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, según corresponda. • Comprobar la movilidad y actividad del paciente. • Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar • Observar si hay fuentes de presión y fricción.
<p>Prevención de úlceras por presión Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). • Documentar el peso y los cambios de peso. • Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. • Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, según corresponda. • Darse la vuelta con cuidado (p. ej., evitar el cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil. • Aplicar el programa de cambios posturales. • Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.

- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda.
- Humedecer la piel seca intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
- Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.

Vigilancia de la piel

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

Actividades

- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.

Intervención educativa para las familias.

Es esencial que los pacientes, sus familias y cuidadores adquieran conocimientos y desarrollen habilidades relacionadas con la prevención de las UPP²⁸, puesto que estos conocimientos garantizan una mayor autonomía e independencia, que puede llegar a mejorar la calidad de vida de las personas.

Las familias de las personas con riesgo de padecer UPP cobran un papel muy importante en la prevención de las mismas, ellos son quienes proporcionarán los cuidados diarios en su domicilio. Son los profesionales de enfermería quienes deben dotar a estas personas de los conocimientos y las habilidades, a través de un programa educativo, para poder así asegurar que los cuidados brindados son los más adecuados para lograr dicho fin²⁹.

Es necesario entender que debido a la situación económica actual, el perfil de las personas encargadas de los cuidados se ha visto modificado de tal forma que han incrementado los cuidadores informales, de los cuales la mayoría son mujeres de edad avanzada, responsables a su vez de las tareas domésticas. Esto se debe tener en cuenta porque puede originar cansancio del cuidador³⁰. En cuanto los conocimientos que posee el cuidador principal en relación a la prevención de las UPP, cabe señalar

que no conocen que las UPP pueden aparecer en cualquier prominencia ósea, desconocen que un adecuado aporte nutricional previene la aparición de las UPP, pero sí que llevan a cabo otras medidas como cambios posturales e hidratación de la piel^{28,30}. Es importante valorar los conocimientos y creencias que poseen la población sobre la cual queremos intervenir, para poder lograr el objetivo propuesto y así reducir la prevalencia de las UPP a través de medidas preventivas²⁹.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La literatura científica revisada, continúa defendiendo que la prevención integral y holística es el principal cuidado profesional que se debe ofrecer a los pacientes de riesgo y a sus familias en los ámbitos socio-sanitarios y domiciliario donde se encuentren.

Puesto que algunos autores consideran que el microclima no es un factor etiológico, los profesionales sanitarios han auido sus esfuerzos para realizar investigaciones sobre las UPP que han permitido conocer más a fondo este problema de salud y la elaboración de guías y otro tipo de documentos relacionados con la prevención. A pesar de esto, la prevalencia de UPP ha incrementado, de forma acusada en los centros de atención a la dependencia.

En cuanto a la prevención de las UPP, son los profesionales de enfermería los protagonistas y deben ser ellos los encargados de brindar una atención integral y holística adaptada a las características individuales de cada persona. Es de vital importancia una adecuada formación en este campo, basada en la evidencia científica. Esto permite unificar los criterios de actuación y mejorar el seguimiento, fomentando de esta forma la comunicación interprofesional en los diferentes niveles asistenciales, lo que evitaría la variabilidad en los cuidados y contribuiría al logro de los objetivos planteados. A tal punto que en la décima edición de la NANDA 2015-2017 se aprueba una nueva etiqueta diagnóstica "Riesgo de úlcera por presión (00249)".

Los cuidados en la prevención, no sólo se deben llevar a cabo en el ámbito institucional, sino que también debe incluir el domicilio de las personas susceptibles de padecer UPP. En este ámbito, son los profesionales de atención primaria, los encargados de transmitir todos los conocimientos necesarios y entrenar en habilidades a las personas implicadas en el cuidado de los pacientes de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Martínez-Esparza E. Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales [tesis doctoral]. Alicante: Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia; 2012.
2. Labiano J, Larrea B, Vázquez M, Juandeaburre B, Irruarizaga A, Morillo E. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. Gerokomos [revista en línea]. 2013 [acceso 30 de Enero de 2015]; 24(4): 184-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400007&lng=es.

3. Madrueño V, Pastor F, Macías J, López B, Gómez J. Prevalencia y cálculo del riesgo de úlceras por presión en pacientes inmovilizados domiciliarios. *Hygia* [revista en línea]. 2013 [acceso 24 de Enero de 2015]; XX (84):46-51. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia84.pdf>
4. Repositorio institucional del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) [sede Web]. Madrid; Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) [acceso 31 Enero de 2015]. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013 Indicadores estadísticos básicos. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
5. Moscoso Otero D. Valoración del riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y su relación con los diagnósticos de enfermería. *Enfermería dermatológica* [revista en línea]. 2013; Enero-Agosto. [acceso 31 de Enero de 2015] 18,19 . Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4530119>
6. Zabala J, Torra i Bou J, Sarabia R, Soldevilla J. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. *Gerokomos* [revista en línea]. Diciembre de 2011. Santander [acceso 31 de enero de 2015]; 22(4): 184-190. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000400006&script=sci_arttext&lng=em
7. Who.int/es, Temas de salud: Factores de Riesgo [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la salud (OMS). [Actualizada enero de 2015; acceso 3 de Febrero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
8. Baharestani M, Black J, Carville K, Clark M, Cuddigan J, Dealey Carol et al. International review: Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. *Wounds International* [revista en internet]. 2010 Septiembre. [acceso 28 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.woundsinternational.com/other-resources/view/international-review-pressure-ulcer-prevention-pressure-shear-friction-and-microclimate-in-context-1>
9. García FJ, Cabello R, Muñoz M, Bergeral, Blanca F, Carrasco J et al. Fiabilidad de las escalas de Braden y EMINA en pacientes de atención domiciliaria incluidos en programa de inmovilizados. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2014 [Acceso 31 de Enero de 2015]; 25(3): 124-130. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000300008&lng=es.
10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión [sede web]. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. [acceso 31 de Mayo de 2015]. García-Fernández FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no I. Disponible en: <http://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>
11. Lago ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. *Gerokomos* [revista en línea]. 2007 Sep [acceso 13 abril 2017]; 18(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300004&lng=es.
12. García FP., Pancorbo PL., Soldevilla JJ, Rodríguez MC. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos* [revista en línea]. 2013 Jun [acceso 13 abril 2017]; 24 (2):82-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200007>.
13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión [sede web]. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. [acceso 26 de Enero de 2015]. Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no 11. Disponible en: <http://gneaupp.info/escalas-e-instrumentos-de-valoracion-del-riesgo-de-desarrollar-upp/>
14. Pancorbo PL, García FP., Soldevilla JJ, Martínez F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas. *Gerokomos* [revista en línea]. 2008 Jun [acceso mayo 04 de 2017]; 19(2): 40-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000200005&lng=es.
15. Rodríguez M. D. C., Soldevilla J. J. (2007). ¿ Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. *Gerokomos*, 18(1), 48-51.
16. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión [sede web]. Andalucía. Servicio Andaluz de salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [acceso 30 de Abril 2015].García Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo PL, García Pavón F, González Jiménez F et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión servicio Andaluz. Disponible en: <http://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>
17. López P, Soldevilla J, Torra J, Soldevilla J. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* [revista en línea]. 2011[acceso 10 de Marzo de 2015]; 22 (2). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/25730>
18. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión [sede web]. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. [acceso 26 de Enero de 2015]. Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no 11. Disponible en: <http://gneaupp.info/escalas-e-instrumentos-de-valoracion-del-riesgo-de-desarrollar-upp/>
19. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat[sede web]. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2012 [acceso 10 de Febrero de 2015]. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
20. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión [sede web]. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. [acceso 26 de Enero de 2015]. Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no 11. Disponible en: <http://gneaupp.info/escalas-e-instrumentos-de-valoracion-del-riesgo-de-desarrollar-upp/>
21. Schmindt Rio Valle J,García García, Gázquez López M. Comparación entre diferentes procedimientos de actuación en las úlceras por presión. *Enferm Global-Esp-* [revista en línea]. 2014 [acceso 12 de Febrero de 2015]; 13(4):44-56. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.4.178611/165581>
22. Gillespie B, Chaboyer W, McInnes E, Kent B, Whitty J, Thalib L. Cambios de posición para la prevención de úlceras de decúbito en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 4. Art. No.: CD009958. DOI: 10.1002/14651. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209445008&DocumentID=CD009958>
23. Schmindt Rio Valle J,García García, Gázquez López M. Comparación entre diferentes procedimientos de actuación en las úlceras por presión. *Enferm Global-Esp-* [revista en línea]. 2014 [acceso 12

de Febrero de 2015]; 13(4):44-56. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.4.178611/165581>

24. Martínez F, Pareras E. La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético. *Gerokomos* [revista en línea]. 2009 [acceso 20 de Febrero de 2015]; 20(1): 41-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100006&lng=es

25. García de Lorenzo A, Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición: un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. *Nutr. Hosp.* [revista en línea]. 2012 Ago [acceso 21 de Abril de 2015]; 27(4): 1060-1064. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5979>.

26. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión [sede web]. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. [acceso 23 de Marzo de 2015]. Verdú Soriano J, Perdomo E. *Nutrición y Heridas Crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no 12.* Disponible en: <http://gneaupp.info/nutricion-y-heridas-cronicas/>

27. Planas M, Álvarez J, culebras JM, García A, León M, Maldonado J, Mesejo A, Montejo JC. Coordinadores. *Tratado de Nutrición. IV tomo. Nutrición Clínica. 2ª ed.* Madrid: Médica Panamericana S.A.; 2010. p. 292-293

28. Carmena R, Cervera P, Cruz J, Cruz A, Cuesta F, Foz M et al. *Guía de alimentación para personas mayores* [monografía en Internet]. Madrid. Instituto Danone; 2010 [acceso 23 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf>

29. Calvo A, Fernández J, Arantón L, Rumbo JM, Romero M, Trueba MA et al. La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (2ª parte). *Enfermería dermatológica* [revista en línea]. 2012; Enero-Abril 15-19 [acceso 10 de Abril de 2015]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4065703>

30. Martínez R, Ponce DE. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Oct [acceso 08 de mayo de 2015]; 10(24): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400005&lng=es.

FE DE ERRATAS

Rectificación al abstract de NC 22. La hipoacusia infantil

ABSTRACT

There are almost 32 millions of children in the world who suffer from infant hearing loss caused by different reasons. Due to this reality, lots of researchers have made studies to prove that repercussions of the audition deficit decrease if diagnosis is done at an early age.

During the time between the third and the sixth month of life, the human being reaches his highest level of brain plasticity. Is in this period of time when diagnosis should be carried out in order to organize an effective intervention. If we do this in a right way, following recommendations of the Early Detection of Infant Hearing Loss Committee (CODEPEH), we will make possible that the child acquires his highest linguistic and communicative level.

The whole process from the neonatal screening until the hearing loss treatment, including the deaf child rehabilitation, must be carried out by different professionals. There are many treatment methods and various educative options for this kind of children, but there are also many professionals who work for it, having the nursing ones a very important role in the process.

Keywords: hearing loss, straining, early diagnosis, secondary prevention, cochlear implants



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Preoperatorio en ayunas: últimas recomendaciones. Revisión bibliográfica

Autoras:

Laura Agüeros González ⁽¹⁾

Noelia Prieto Gutiérrez ⁽²⁾

⁽¹⁾ Graduada Universitaria de Enfermería.
Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.
España.

⁽²⁾ Graduada Universitaria de Enfermería.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. España.

Dirección para correspondencia:
laura_0581@hotmail.com

Recibido: 1 de noviembre de 2017
Aceptado: 21 de enero de 2018

RESUMEN

El ayuno perioperatorio es un tema de gran importancia e interés en la práctica clínica habitual en pacientes sometidos a cirugía. Los conceptos tradicionales en su protocolo de actuación han cambiado en los últimos años debido a la evidencia científica, aunque aún hay cierta reticencia en seguir en la práctica las últimas recomendaciones, ocasionando variabilidad de criterios en las diferentes instituciones hospitalarias.

Los efectos negativos de un ayuno prolongado de 12 horas se ha documentado ampliamente que ocasiona alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas, así como malestar en el paciente por la sed y la ansiedad que produce la falta de alimento, aumentando el estrés metabólico de la cirugía. La ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de una cirugía, así como de 8 horas para sólidos, mejora la resistencia a la insulina, el sistema inmunológico y evita el catabolismo proteico derivado mejorando el estado del paciente y evitando complicaciones peri y postoperatorios.

Se ha realizado una revisión de la literatura sobre el tema, presentando los fundamentos del nuevo ayuno preoperatorio en base a la evidencia científica actual, que incluye, entre otros, la guía de la ASA de ayuno preoperatorio para reducir el riesgo de aspiración pulmonar, para aplicar a pacientes sanos de todas las edades.

Palabras clave: ayuno, periodo preoperatorio, cirugía

ABSTRACT

Perioperative fasting is a topic of great importance and interest in the usual clinical practice in patients undergoing surgery. The traditional concepts in its protocol of action have changed in recent years due to scientific evidence although there is still some reluctance to follow the latest recommendations in practice, causing variability of criteria in different hospital institutions.

The negative effects of a prolonged 12-hour fast have been widely documented to cause metabolic, electrolyte, and thirst discomfort in the patient and anxiety resulting from lack of food, increasing the metabolic stress of surgery. The intake of clear liquids up to 2 hours before surgery as well as 8 hours for solids improves insulin resistance, immune system and prevents the derived protein catabolism improving the patient's condition and avoiding peri and postoperative complications.

A review of the literature has been realized on the topic, presenting the foundations of the new fasting preoperative on the basis of the scientific current evidence, which there includes, between others, the guide of the HANDLE of fasting preoperative to reduce the risk of pulmonary aspiration, to apply healthy patients of all the ages.

Keywords: fasting, preoperative period, surgery

INTRODUCCIÓN

La restricción de alimentos sólidos y líquidos o lo que es lo mismo, el ayuno, antes de un procedimiento quirúrgico es conocida desde los inicios de la anestesia general para dar seguridad al paciente al disminuir el contenido gástrico y reducir así el riesgo de broncoaspiración debido a la disminución en el reflejo faríngeo, de la tos y de la deglución que provoca la anestesia general. Estos reflejos protegen la vía respiratoria en caso de vómitos o regurgitación del contenido gástrico^(1,2). Esta situación se agrava, con el uso de fármacos anestésicos que alteran el funcionamiento de la fisiología gástrica, como son los relajantes neuromusculares, opioides e inductores⁽³⁾. Sin embargo, la literatura muestra un gran consenso en afirmar que el riesgo de broncoaspiración, neumonía e incluso la muerte por regurgitación y aspiración del contenido gástrico en el periodo perioperatorio es de muy baja incidencia⁽²⁻⁴⁾. Actualmente el riesgo de aspiración pulmonar existe en los casos de cirugía de urgencia que presentan «estómago lleno»⁽²⁾.

La necesidad de un protocolo de ayuno preoperatorio surge en el siglo XIX para evitar el vómito asociado al cloroformo. En el año 1855, el Dr. John Snow documentó las primeras guías de *Nulla per os* (nada por boca)⁽⁸⁾ previa a la anestesia con cloroformo. Años más tarde se cuestionó el periodo largo de ayuno puesto que se conocía que los líquidos y sólidos cuentan con un vaciamiento gástrico diferente. Los líquidos transparentes tienen un vaciado rápido (unas 2 horas) y los sólidos (unas 6 horas) debido

al aumento de osmolaridad y proporción calórica de los nutrientes. Sin embargo, esta idea no se incorporó a la práctica.

En el año 1883 Joseph Lister, cirujano británico de la época y autor de las primeras guías preoperatorias ya aconsejaba beber té o consomé, dos horas antes de la cirugía. Esta práctica fue llevada a cabo hasta después de la II Guerra Mundial, concretamente en el año 1946 en que se documentaron varios casos de broncoaspiración en el parto de mujeres embarazadas, lo que se conoce como el informe Mendelson. Esta situación determinó el cambio a una pauta de ayuno más segura desde medianoche con la idea de disminuir el contenido y la acidez gástrica a fin de evitar broncoaspiración⁽⁵⁻⁷⁾.

En la década de los años 80, se demostró que la ingesta de 150 ml de agua era segura y mejoraba el vaciamiento gástrico disminuyendo la sensación de sed de los pacientes y que el consumo de café negro o de jugo de naranja hasta 2 horas antes no aumenta el volumen residual gástrico⁽⁸⁾.

En el año 1993, es Noruega el primer país en adoptar la pauta de ayuno de 8 horas para sólidos y 2 horas para líquidos azucarados con el fin de disminuir el malestar y la sed en los pacientes^(6,7,9).

Con el aumento en los conocimientos médicos y tecnológicos, y concretamente a partir del año 1999 surgen las pautas actuales debido a la actualización exhaustiva y posterior difusión internacional de pautas de recomendaciones por la American Society of Anesthesiologists (A.S.A) donde se empieza a tomar conciencia de la importancia del efecto metabólico de la dieta y su implicación en el periodo preoperatorio y posterior recupe-

ración postoperatoria. Se realiza un enfoque de las ayunas más complejo donde el periodo de “nada por boca” fuera más corto y donde existiera una ingesta previa restringida (6,7).

Gracias a ello especifican que el ayuno prolongado favorece el vómito y el catabolismo generando resistencia a la insulina, deshidratación y alteraciones en los niveles de glucemia (7,8).

Actualmente, la pauta estándar del término latino *Nulla per os* (8) supervisada por el personal de enfermería de que esto se lleve a cabo, es diferente en cada institución hospitalaria. Comúnmente el ayuno se pauta desde medianoche si el paciente va a ser operado al día siguiente por la mañana. Esta pauta de ayuno estándar no está en consonancia con la fisiología del vaciamiento gástrico (4). El protocolo de ayuno desde la medianoche no está cuestionado por el personal sanitario ni por los pacientes pues es fácil su adherencia. En la práctica clínica a veces incluso el tiempo de ayuno es superior.

La literatura científica demuestra que el ayuno prolongado no implica un estómago vacío puesto que presenta jugos gástricos altamente ácidos (7). No existe evidencia de que el aumentar el tiempo de ayuno, se favorezca la disminución del volumen residual gástrico (4).

Los cambios que se producen en el ámbito nutricional del ser humano disminuye el funcionamiento del sistema inmunológico y neuroendocrino que conducen al catabolismo de las grasas, a la deshidratación, y a la liberación de hormonas como mediadores inflamatorios como consecuencia del estrés metabólico (7,9,10) pudiendo llegar a aumentar la predisposición al aumento de infecciones relacionadas con la estancia hospitalaria, prolongándola y por tanto aumentar el gasto sanitario (11) afectando a la morbilidad perioperatoria y aumentando la morbi-mortalidad postoperatoria (4,12,13).

A pesar de las recomendaciones existentes y del beneficio que supone la nutrición perioperatoria, los periodos de ayuno largos antes y después de la cirugía son frecuentes (8). Se entiende que los cambios en la práctica clínica, resultan lentos en general y, en este caso particular, el tiempo de ayunas implica a la complejidad del equipo multidisciplinar (anestesiólogos, cirujanos y personal de enfermería) y la seguridad, que para los profesionales, ha supuesto este protocolo de ayunas durante mucho tiempo (6,9).

Además, se considera que la reticencia por parte de cirujanos y anestesiólogos de dejar de seguir el protocolo de ayuno de tiempo más prolongado es por el impacto económico que supone la cancelación o retraso horario de una cirugía cuando el paciente consume líquidos claros de forma errónea (4).

JUSTIFICACIÓN

En líneas generales, no existe un protocolo de ayuno adecuado, donde lo común es que se adopten las mismas recomendaciones de tiempo de ayuno independientemente de la edad, tipo de cirugía y anestesia. La falta de conocimiento sobre las últimas recomendaciones respecto al tiempo y de ayuno y la complejidad que resulta la incorporación de la evidencia científica en la práctica clínica habitual induce la continuidad de protocolos de ayuno entre 8 y 12 horas (8) en muchas instituciones hospitalarias de enfoque multidisciplinar donde el rol de la enfermería es el cumplimiento de las ayunas y ejecución de las gestiones necesarias de atención (11).

Por ello, se hace necesario desarrollar una revisión bibliográfica donde especifique las últimas recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre el ayuno preoperatorio para dar mayor conocimiento al profesional de enfermería y dotar de la suficiente justificación científica para poder fomentar y desarrollar una buena calidad asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mostrar las evidencias científicas en relación con los cuidados perioperatorios en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía.

Objetivos específicos:

Actualizar los conocimientos en los cuidados perioperatorios relacionados con el tiempo de ayuno, vaciamiento gástrico, ayuno pediátrico, bebidas carbonatadas, medicación preoperatoria y nuevas evidencias.

Facilitar a los profesionales las últimas recomendaciones basadas en el conocimiento científico y en el consenso de las diferentes Sociedades Científicas.

METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se realiza un análisis bibliográfico durante el mes de octubre del 2017 sobre el tema en las bases de datos Medline, IME, IBECs, LILACS, Scielo y Google Advanced Search, publicaciones en español e inglés, incluyendo ensayos clínicos, revisiones bibliográficas, guías prácticas, meta análisis y biblioteca Cochrane encontrándose un total de 25 referencias bibliográficas. También se realizó una búsqueda manual en distintas sociedades nacionales de Anestesiología incluyendo publicaciones desde el año 2002 hasta el año 2017. La base de datos CUIDEN PLUS se desestimó por no poder acceder al texto completo.

La búsqueda se realizó aplicando los DECS cirugía, ayuno y preoperatorio y los MESH correspondientes surgery, fasting y preoperative especialmente referidos al tema de interés e investigaciones relacionadas.

RESULTADOS

Las recomendaciones de la A.S.A del año 2011 relacionadas con el ayuno quirúrgico son las últimas recomendaciones a tener en cuenta y son las siguientes (9,14).

- Tiempos de ayuno en pediatría (4)

Neonatos	Lactantes	Niños
2 horas de líquidos claros	2 horas de líquidos claros	2 horas de líquidos claros
4 horas de leche materna y de fórmula	4 horas de leche materna	
	6 horas de leche de fórmula y sólidos	6 horas de sólidos

ALIMENTO RECOMENDADO	TIEMPO	INDICACIÓN	ALIMENTO PROHIBIDO
Agua, infusiones, café negro sin leche, gelatina, zumos sin pulpa, caldos desgrasados y bebidas isotónicas/carbonatadas	2 horas	Cirugía general, local o seudoanalgesia	Proteínas Grasas Alcohol
• Cirugías que requieran preparación colónica	• 4 litros de líquidos claros hasta 2 horas antes		
Pan tostado, galleta, zumos con pulpa, infusiones con o sin leche desnatada	6 horas	Cirugía general, local o seudoanalgesia	
Sólidos o comida completa	8 horas	Cirugía general, local o seudoanalgesia	Caramelos o chicles ayunas de 8h como alimento sólido

• Aspectos implicados en el vaciamiento gástrico ^(7,15)

DISMINUCIÓN DEL VOLUMEN GÁSTRICO	AUMENTO DE VACIADO GÁSTRICO
<ul style="list-style-type: none"> • Posición de decúbito supino, trendelenburg, litotricia, ginecológica. • Decúbito lateral izquierdo en niños. • Glucemia mayor a 144mg/dl. • Proteínas. • Opiáceos, antagonistas beta, antidepresivos tricíclicos y nicotina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición de sentado o de pie. • Posición de decúbito lateral derecho. • Lípidos.

La goma de mascar genera saliva y estimula la secreción gástrica, por lo que puede considerarse equivalente a líquidos claros. Se instruye al paciente para que deje de mascar chicle dos horas antes de la anestesia. Sin embargo, no se retrasa la cirugía, ya que los estudios no han demostrado efecto sobre el volumen y el pH gástrico. Si el paciente se ha tragado un chicle, lo tratamos como una ingesta sólida y, por lo tanto, retrasamos el procedimiento durante seis horas.

Cabe decir que estas recomendaciones aplican para pacientes cuyo procedimiento es programado o para aquellos quienes, en caso de urgencia, pueden esperar un tiempo prudencial para que ocurra en principio un vaciamiento gástrico adecuado. Las situaciones de emergencia superan estos riesgos en tanto que el equipo quirúrgico debe comentarlos con el paciente y tomar todas las medidas pertinentes para evitar la eventualidad de una broncoaspiración ^(16,17,18).

Existen subgrupos de pacientes que, debido a cambios en su fisiología gastrointestinal, pueden beneficiarse de estrategias farmacológicas previas al inicio de la anestesia tales como diabéticos, obesos, pacientes con reflujo esofagogástrico severo y pacientes embarazadas, sopesando los beneficios y riesgos al llevarlos a un procedimiento quirúrgico. Lo anterior no incluye a pacientes que por la urgencia deban ser llevados a cirugía de forma urgente en donde el equipo médico quirúrgico deberá considerar los beneficios y los riesgos, para tomar las medidas pertinentes al caso e informar al paciente sobre la razón de la decisión ⁽¹⁹⁾.

Durante mucho tiempo, en el estado preoperatorio de un paciente quirúrgico sólo se tuvo en cuenta la necesidad de evitar la neumonía por broncoaspiración, sin tener presente el efecto metabólico del ayuno ⁽⁷⁾. La literatura documenta claramente que la ingesta de agua y líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía no aumenta ni el volumen ni el pH gástrico. La evidencia actual demuestra una mejoría en la recuperación tras una cirugía tras la ingesta oral antes de la cirugía ⁽¹⁶⁾.

• Vaciamiento gástrico.

El contenido gástrico durante el ayuno de 8 horas está formado exclusivamente por saliva y jugo gástrico; el pH de las se-

creciones estomacales fluctúa entre 1,5 y 2,22. La producción de saliva es de 1ml/Kg/h y la de ácido clorhídrico de 0,6 ml/Kg/h.

En estado de ayuno, el estómago segrega constantemente 5-15 ml/h de jugos gástricos equivalentes a 40-120 ml en 8 horas, superando ampliamente los límites más seguros para evitar la aspiración pulmonar. La utilización de chicle aumenta las secreciones salivares y gástricas, por lo que se debe evitar el día de la cirugía. Lo expuesto pone en evidencia que durante el ayuno prolongado se generan las condiciones de contenido gástrico (volumen y acidez) que precisamente tratamos de impedir ^(18,20,21).

La ingesta de líquidos claros reduce el volumen y la acidez gástrica por efecto lavado y arrastre hacia el duodeno que provoca el contenido gástrico (ácido clorhídrico y saliva) ^(7,9). Este vaciado no requiere de motilidad gastrointestinal y se realiza en menos de 60 minutos ⁽⁷⁾.

Se ha demostrado que los tiempos para el vaciado completo gástrico dependen del tipo de alimento ingerido. El vaciamiento gástrico de los sólidos depende de la motilidad gástrica, el contenido calórico y el volumen de la composición de los alimentos. Con respecto a la composición de los alimentos, los de mayor contenido graso retrasan su vaciamiento por la regulación duodenal mediante hormonas como la secretina, el péptido inhibidor gástrico y la colecistoquinina ⁽³⁾.

Existen factores que disminuyen la motilidad gástrica como son el miedo, el dolor, las infecciones, la obstrucción intestinal, los opiáceos y éxtasis gastrointestinal local (tumores) ^(3,23).

Cuanto mayor sea el volumen y el contenido calórico de los alimentos, mayor tiempo llevará el vaciamiento gástrico.

Pacientes con reflujo gastroesofágico, fumadores y con diabetes mellitus tiene un vaciamiento gástrico disminuido. La evidencia sugiere que estos, pueden seguir las mismas pautas que los adultos. También se aplica a las mujeres embarazadas (no en el trabajo del parto) ^(2,3,22,23).

Los pacientes con obesidad presentan el mismo vaciamiento gástrico que los no obesos. La obesidad no está considerada un factor de riesgo de broncoaspiración durante la inducción anestésica. Sin embargo, algunos pacientes obesos pueden tener asociado reflujo gastroesofágico y presentar de esta forma

dificultades para una adecuada intubación orotraqueal lo que podría ocasionar el vómito ⁽²⁾.

• Resistencia a la insulina.

La reducción del tiempo de ayuno disminuye la resistencia a la insulina postoperatoria como consecuencia del estrés quirúrgico al que es sometido ⁽¹⁰⁾. Consecuentemente se reducen además, las náuseas y vómitos y aumenta la pérdida de masa muscular ⁽⁹⁾. Los pacientes que precisen limpieza de colon para colonoscopia, cirugía colo-rectal o ginecológica es necesario una ingesta adecuada de líquidos claros; específicamente unos 4 litros puesto que se prevee una pérdida mínima de 3 litros por el vaciado intestinal que provocan los laxantes osmóticos. En condiciones normales, un ayuno de más de 12 horas provoca un déficit de 1 litro en adultos ⁽⁷⁾. La deshidratación abarca síntomas como irritabilidad, hipotensión, somnolencia, vértigo.

EXCESO DE TIEMPO DE AYUNO ^(7,21,22,24,25)
Malestar
Sed
Hambre
Irritabilidad/ansiedad
Deshidratación/alteraciones hidroelectrolíticas
Hipoglucemia
Resistencia a la insulina
Hipotensión durante la inducción a la anestesia
Hipovolemia

• Bebidas carbonatadas.

El consumo basal de glucosa en ayunas es de 2 mg/kg.min, siendo el 25%, la cantidad que consume directamente el cerebro. El ayuno permite la liberación de hormonas de estrés (glucagón, cortisol y catecolaminas) así como de mediadores inflamatorios a fin de mantener unos niveles de glucosa óptimos ⁽⁷⁾.

El uso de bebidas carbonatadas en el periodo preoperatorio inmediato es seguro, reduce el estrés catabólico, reduciendo la gluconeogénesis, glucogenolisis, lipólisis y el catabolismo muscular aumentando las reservas de glucógeno. El reposo en cama derivado de la cirugía y el tiempo de ayuno favorecen la resistencia a la insulina en el posoperatorio. La ingesta de líquidos claros azucarados disminuye las náuseas y vómitos derivadas mejorando la recuperación posterior ^(7,21,24). Nuevas evidencias promueven el uso de proteínas de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina), precursores de glutamina que junto con los hidratos de carbono además, favorece la respuesta inmune, disminuye la inflamación postoperatoria y la perfusión intestinal por ser fuente de energía de los enterocitos ^(9,21,25) por tanto, disminuye la estancia hospitalaria y las complicaciones asociadas como pueden ser el riesgo de infección de herida quirúrgica o neumonías debido a la hiperglucemia postoperatoria ^(4,11,12).

• Medicación preoperatoria.

Existe poca evidencia para apoyar el uso profiláctico de medicación para reducir el riesgo de la aspiración de contenido gástrico en el periodo perioperatorio ⁽¹³⁾.

A modo de resumen, se aconseja seguir los siguientes tiempos de ayuno quirúrgico:

- 2 h. para líquidos claros (agua, infusiones, té claro, café negro, zumos colados sin pulpa, bebidas carbonatadas, gelatina, caldo desgrasado y colado)
- 4 h. para leche materna
- 6 h. para leche de vaca, fórmulas infantiles y comida ligera (pan o tostada o galleta o infusiones con o sin leche descremada o zumos con pulpa y jalea)
- 8 h. para sólidos (comida completa)
- En relación a las bebidas carbonatadas, su uso es seguro. La ingesta de líquidos claros azucarados disminuye las náuseas y vómitos mejorando la recuperación postoperatoria.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

Las pautas de ayuno recomendadas por la ASA desde el año 1999 y ampliamente apoyadas por estudios posteriores demuestran un alto beneficio de un ayuno breve en el preoperatorio de una cirugía. El seguimiento de la pauta de ayuno de 8 horas para sólidos y de 2 horas para líquidos facilita el vaciado gástrico reduciendo el pH evitando de esta forma el vómito y su posible aspiración durante la cirugía.

Además, se mejoran las condiciones generales del paciente mejorando su recuperación posterior y disminuyendo la estancia hospitalaria evitando la hipoglucemia, la resistencia a la insulina, la sensación de hambre y la deshidratación; sobre todo en el paciente anciano y niños donde el riesgo de deshidratación es mayor pudiendo favorecer la hipotensión previa a la anestesia ^(9,15).

Por lo tanto, es de vital importancia, unificar la práctica clínica en base a la evidencia científica que respalda este protocolo de actuación para que, de esta forma, aumente la seguridad del paciente, así como la calidad asistencial ⁽¹⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brady MC, Kinn S, Ness V, O'Rourke K, Randhawa N, Stuart P. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2009;(5). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005285.pub2>
2. López AC, Busto Aguirreurreta N, Tomás Braulio J. Guías de ayuno preoperatorio: Actualización. Rev Esp Anestesiol Reanim [internet]. 2015; 62(3):145–56. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935614002588>
3. Carrillo R, de los Monteros-Estrada IE, Soto-Reyna U. Ayuno perioperatorio. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2015; 38(1):27–34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151d.pdf>
4. López AC, Tomás J, Montero R. Pautas de ayuno preoperatorio y premedicación para reducir el riesgo de aspiración pulmonar. Rev Esp Anestesiol Reanim [internet]. 2002; 49:314–23. Disponible en: <https://www.sedar.es/images/stories/documentos/fondosredar/volumen49/n6/revision>
5. Abad A. Ayuno preoperatorio y aspectos farmacológicos de la broncoaspiración. Rev Esp Anestesiol Reanim [internet]. 2015; 60(7):2013–6. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ana_Abad/publication/288115436_Presurgical_fasting_and_pharmacological_aspects_of_bronchoaspiration/links/567e511f08ae197583885fc8.pdf
6. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for

- adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2003; (5). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004423>
7. Casais M. Pautas actuales de ayuno preoperatorio. *Bases fisiometabólicas*. *Rev. argent anestesiología* [Internet]. 2009; 119-29. Disponible en: http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1292/c.pdf
8. Cestonaro T, Madalozzo Schieferdecker ME, Thieme RD, Neto Cardoso J, Ligocki Campos AC. The reality of the surgical fasting time in the era of the ERAS protocol. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014; 29(2):437-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24528365>
9. Smith MD, McCall J, Plank L, Herbison GP, Soop M, Nygren J. Preoperative carbohydrate treatment for enhancing recovery after elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009161.pub2>
10. Pereira N de C, Turrini RNT, Poveda V de B. Perioperative fasting time among cancer patients submitted to gastrointestinal surgeries. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2017; 51(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100425&lng=en&tlng=en
11. Shida D, Tagawa K, Inada K, Nasu K, Seyama Y, Maeshiro T, et al. Modified enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols for patients with obstructive colorectal cancer. *BMC Surg* [Internet]. 2017; 17(1):18. Disponible en: <http://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12893-017-0213-2>
12. Velázquez Gutiérrez J, Ramírez C, Wix R, Vargas M. Influencia del ayuno preoperatorio precoz. *Rev Venez Cir* [Internet]. 2008; 61:162-70. Disponible en: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-540003>
13. Anestesiología.org [Internet] Madrid: Abad Torrent A; 2016. Guías prácticas 2011 para el ayuno preoperatorio y utilización de fármacos para reducir el riesgo de broncoaspiración. Disponible en: <http://anestesiología.org/2011/guias-practicas-2011-para-el-ayuno-preoperatorio-y-utilizacion-de-farmacos-para-reducir-el-riesgo-de-broncoaspiracion/>
14. Álvarez Plata L, Reyes Patiño RD. Ayuno preoperatorio en niños sanos de 2, 4 y 6 horas. *Rev Colomb Anestesiología* [Internet]. 2009; 37(1):63-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472009000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Shanmugam S, Goulding G, Gibbs NM, Taraporewalla K, Culwick M. Chewing gum in the preoperative fasting period: an analysis of de-identified incidents reported to webAIRS. *Anaesth Intensive Care* [Internet]. 2016; 44 (2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27029662>
16. Gibbs NM, Shanmugam S, Goulding G, Taraporewalla K, Culwick MD. Chewing gum in the preoperative fasting period: an analysis of de-identified incidents reported to webAIRS. *Anaesth Intensive Care* [Internet]. 44, (2). Disponible en: <http://www.aaic.net.au/document/?D=20150492>
17. Ouanes JP, Bicket MC, Togioka B, Tomas VG, Wu CL, Murphy JD. The role of perioperative chewing gum on gastric fluid volume and gastric pH: a meta-analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2015; 27(2):146-52. Disponible en: [http://www.jcafulltextonline.com/article/S0952-8180\(14\)00334-1/fulltext](http://www.jcafulltextonline.com/article/S0952-8180(14)00334-1/fulltext)
18. Zuluaga, MD. La importancia del ayuno preoperatorio adecuado. *Fundación valle del Lili* [Internet]. 2008 (146). Disponible en: http://www.valledelili.org/media/pdf/carta-salud/CSJulio_2008.pdf
19. De Aguilar-Nascimento JE, Caporossi C, Metelo JS, Tanajura GH, Canevari-de-Oliveira M, Cunha Costa R da. Ingesta segura de un suplemento oral que contiene hidratos de carbono y proteínas de suero de leche poco antes de sedación para endoscopia: un ensayo doble ciego y aleatorizado. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014 ;29(3):681-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000300030&lng=es&nrm=iso&tlng=en



“Aprende vida sana con la rana Juliana”. El autocuidado en edades tempranas

Autoras:

Mercedes Arana Tejido ⁽¹⁾

Goretti Basallo Domínguez ⁽²⁾

Eva Camino González ⁽³⁾

Nuria Herrera Gallarreta ⁽⁴⁾

Paula Torre García ⁽⁴⁾

*⁽¹⁾ Graduada en Enfermería. Experta en
Enfermería Escolar. España.*

*⁽²⁾ Graduada en Enfermería. Maestra en
Educación Musical. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.
España.*

*⁽³⁾ Graduada en Enfermería. Especialista
en Geriátrica. Fundación Asilo San José.
Torrelavega. Cantabria. España.*

*⁽⁴⁾ Graduada en Enfermería. Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
Cantabria. España.*

*Dirección para correspondencia:
mertxearana@hotmail.com*

Recibido: 18 de julio de 2017

Aceptado: 23 de diciembre de 2017

RESUMEN

En los primeros años de vida el niño adquiere progresivamente los hábitos y conductas que le condicionarán en el futuro. Por esta razón, es un momento idóneo para hacer incidencia en la educación para la salud.

La accidentalidad y los malos hábitos alimenticios son los problemas más prevalentes en estos rangos de edad.

A través de este proyecto, se pretende educar en el autocuidado, prevenir los accidentes y ofrecer una conciencia de salud usando el cuento como herramienta y la escuela como marco.

“Aprende vida sana con la Rana Juliana” es el cuento que acerca la salud a los niños de tres a cinco años en distintos colegios de Cantabria en forma de lectura-dramatizada y talleres de salud impartidos por las enfermeras docentes que participan en el proyecto.

Tras evaluar la actividad, se pone de manifiesto la idoneidad del cuento como medio para que los niños asimilen los conceptos que les hemos querido transmitir, obteniendo resultados muy positivos con un 90% de respuestas correctas en los alumnos encuestados.

Palabras clave: educación basada en competencias, autocuidado, hábitos, dieta saludable, niño

ABSTRACT

In the first years of life the child progressively acquires the habits and behaviors that will condition him in the future. For this reason, it is an ideal time to advocate for health education.

Accidents and bad eating habits are the most prevalent problems in these age ranges.

The main purpose of this project is to educate in self-care, prevent accidents and offer a health awareness using the story as a tool and the school as a framework.

“Learn healthy life with the Juliana Frog” is the story which brings health to children from three to five years old in different schools of Cantabria. Dramatized reading and health activities are given by the teaching nurses who participate in the project.

The story is a suitable way to assimilate concepts for children and it is shown by the very positive results. At the end of the activity there were 90% of correct answers between the surveyed students.

Keywords: competency-based education, self-care, habits, healthy diet, child

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La OMS define el concepto de salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁽¹⁾. Este concepto atiende también a las relaciones que se establecen entre el individuo y su entorno, englobando dentro de ese entorno el ambiente en el que vive, las personas que conforman su mundo social, así como los factores culturales, económicos, políticos, etc. con los que el niño se relaciona.

Durante los primeros años de vida, el niño adquiere progresivamente los hábitos y conductas para la salud, conformando de este modo su propio estilo de vida en el futuro.

Por ello, resulta conveniente ofrecer a los niños en edades tempranas, de manera cercana y visual, una educación en promoción de la salud para la instauración de buenos hábitos relacionados con la salud y el bienestar, con el fin de crecer como niños sanos y llegar a ser adultos saludables.

La escuela, como institución promotora de la salud^(2,3,4) de los niños, debe ampliar sus currículos formativos hacia comportamientos y conductas saludables y no solo con la transversalidad de la formación en salud, sino, con intervenciones complementarias que fortalezcan y refuercen, especialmente las actitudes y comportamientos saludables del niño.

Llegados a este punto la Enfermería sería la profesión del cuidado por excelencia que sirva como complemento para educar en autocuidado y salud en la población infantil.

Existen diversos temas relacionados con el cuidado, desde el conocimiento del propio cuerpo, a la autonomía en el cuidado

personal, pasando por el respeto a las diferencias, el entorno, la identificación de situaciones de riesgo, etc. Esto, no solo referido a los conocimientos, sino también a la modificación de actitudes y comportamientos como resultado final de la educación para la salud.

La enfermería puede ejercer de consultora y asesora para el profesor en las materias que lo precise y en el amplio campo de los cuidados de salud.

A modo de ejemplo se pueden exponer algunos datos, entre ellos los referidos a los accidentes infantiles. Un estudio sobre accidentes en el medio escolar realizado en Santander y publicado en 2009⁽⁵⁾, detecta que el 46,72% de los accidentes ocurren en los niños de hasta 5 años, que se accidentan los niños más que las niñas y que una de las principales causas son los golpes con un 42% del total seguido de las caídas con un 33%.

En cuanto a la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil, como problemas de salud, la literatura determina, que en los países con ingresos bajos y medios, la cifra supera el 30%, y es posible que aumente en los próximos años. Además, esos niños, muy probablemente serán obesos en la edad adulta si no se proporciona una intervención en salud⁽⁶⁾.

Para el abordaje de estos temas en el medio escolar, la enfermera es la profesional experta e indicada, por sus conocimientos propios, que lo acreditan, sus habilidades para la puesta en práctica del saber hacer y los valores propios de la profesión⁽⁷⁾.

La enfermera sustenta como “piedra angular” de su quehacer, el extenso campo de los cuidados profesionales.

JUSTIFICACIÓN

Basándonos en estudios que recogen el alto número de accidentes durante la etapa infantil y el aumento de niños con obesidad, consideramos necesario crear este proyecto.

Concurren varios motivos que justifican la realización de este proyecto, entre ellos:

- Ofrecer a los niños una actividad lúdica con contenido en salud de carácter dinámico y participativo.
- Su ejecución a través del profesional experto, la enfermera.
- Dar respuesta a la demanda del propio Ayuntamiento de Santander, quien solicitó a la Fundación de Enfermería de Cantabria adscrita al Colegio Oficial de Enfermería, la elaboración y ejecución de un proyecto de estas características para ser impartido en los centros escolares en el contexto de su Proyecto de Salud infanto-juvenil.

OBJETIVOS

General:

Fomentar el autocuidado con autorresponsabilidad desde la etapa infantil dotando de los conocimientos necesarios para ser un adulto sano.

Específicos:

- Conocer el propio cuerpo y el respeto a las diferencias con el de otros.
- Observar y explorar el entorno.
- Adquirir autonomía personal en autocuidados.
- Desarrollar la afectividad.
- Relacionarse con los demás y adquirir pautas elementales de convivencia y resolución de conflictos.
- Identificar situaciones peligrosas.
- Adquirir conocimientos básicos sobre primeros auxilios: caídas, cortes, epistaxis, quemaduras y picaduras.
- Acercar la figura de la enfermera a los niños.
- Asesorar al profesor ante emergencias o incidencias que puedan surgir en horario escolar, tanto dentro del aula como fuera.

METODOLOGÍA

Se propone el cuento* como herramienta idónea para la consecución de los objetivos perseguidos por el valor propio que tiene en sí mismo y por la edad de la población a la que se dirige, dado que se trata de un elemento que los niños manejan asiduamente.

La literatura instrumentalizada utilizada en el cuento, hace que predomine la intención didáctica sobre la literaria. Este tipo de cuentos suelen tener un protagonista común, con un mismo esquema, que va cambiando de escenario y situación; también

* El cuento utilizado para el proyecto titulado "Aprende vida sana con la Rana Juliana" es creación de las autoras del proyecto y se ha elaborado explícitamente para el mismo. Su custodia la tiene la Fundación de la Enfermería de Cantabria del Colegio de Enfermería de Cantabria.

se utiliza la poesía porque maneja el lenguaje de forma similar al juego.

El cuento se presenta en formato de taller representado y la población a la que se dirige son niñas y niños de entre 3 y 5 años.

Cada taller tiene una duración máxima de 2 horas. Se realiza en el centro escolar dado que se considera la ubicación más acertada para acceder a los niños y niñas con carácter universal. Se dirige a grupos de entre 20 ó 25 alumnos como máximo para permitir que todos puedan participar y es necesaria la presencia de un profesor en el aula.

La representación está dirigida por dos enfermeras docentes, encargadas de hacer la lectura dramatizada del cuento y de introducir las actividades propuestas en cada capítulo.

Contenidos didácticos del cuento:

- Alimentación saludable
- Hábitos de higiene: lavado de manos y cepillado dental
- Actividad y ejercicio
- Sueño y descanso
- Prevención de accidentes: intoxicación, quemaduras, electrocución...
- Seguridad en el automóvil
- Primeros auxilios básicos

Al final de la actividad se hace una evaluación `a mano alzada´ entre los alumnos para valorar la asimilación de conceptos por los niños incidiendo en los puntos destacables.

También se evalúa la satisfacción de los maestros a través de una encuesta que se les pasa al concluir la sesión.

Desarrollo del taller a través del cuento.

El cuento se divide en cinco capítulos: "en casa", "en el colegio", "en el parque", "en la consulta de enfermería" y "de excursión". Se trata de `ir abriendo´ gradualmente el medio con el que se relaciona el niño.

En algunos capítulos, se representa una situación peligrosa en la que se ofrecerán herramientas para prevenir accidentes y conceptos básicos de primeros auxilios para actuar en el caso de que ocurran. En otros se dibujan contextos cotidianos para introducir hábitos de vida saludables.

Para conseguir mantener la atención de los niños de edades muy tempranas, es fundamental mantener una relación de feedback con ellos, por lo que al finalizar cada página, se comprobará que los niños han entendido lo que se ha leído preguntándoles si se han visto alguna vez en una situación parecida a Martín, el personaje del cuento. Ellos, explicarán lo que hicieron en tal situación y seguidamente se les indica lo que deben hacer si esa situación se repitiese.

Martín, "nuestro protagonista de 4 años", va a aprender a evitar peligros, adquirir conductas saludables y a saber cómo actuar cuando el daño ya ha sucedido.

La Rana Juliana es un personaje ficticio que actúa como figura promotora de salud. Es la compañera y consejera de Martín y siempre sabe lo que se debe hacer.

Por ejemplo:

- Si Martín quiere jugar con los enchufes, aparece la figura de la rana Juliana y le dice que no hay que jugar con los enchufes porque te puede dar calambre.
- Si Martín estando de excursión sufre una picadura, la rana Juliana le dice que, para aliviar el picor, se aplique hielo envuelto en un paño.
- Cuando Martín en el cole se mareo por no haber desayu-

nado, aprenden que hay que tumbarse y elevar las piernas como dice Juliana y comer o beber algo en ese momento.

El personaje del cuento de la Rana Juliana desaparece cuando Martín es autosuficiente en sus cuidados a través de los valores y los conocimientos que ésta le enseña.

Por otro lado y durante el desarrollo del cuento, se debe aproximar a los niños la figura de la enfermera como profesional promotora de salud y de prevención de accidentes y lesiones, aliada del desarrollo saludable de la población, en este caso de la población escolar evitando temores, miedos y ansiedad ante su presencia.

Con esta finalidad, existe un capítulo correspondiente a la visita a la enfermera para la "revisión del niño sano". Cuando termina el cuento, en un rincón del aula se recrea la consulta con peso/ talla/ panel/ fonendo/ vacunas... donde se deja a los niños manipular e interpretar y manifestar sus inquietudes y preocupaciones.

El cuento concluye expresando las ventajas de estar sano y el papel fundamental del autocuidado para alcanzar esta salud deseada.

RESULTADOS

La experiencia se desarrolló con 230 niños. Los resultados se presentan desde tres perspectivas:

Los niños, casi en su totalidad (el 90%) responden correctamente a las preguntas teóricas planteadas sobre conocimientos, y se logra los objetivos establecidos previamente al taller; el 6% no responde ante ninguna estrategia planteada y el 4% responde de forma errónea a la deseada.

Finalizado el taller, el 95% de los niños recuerdan correctamente los autocuidados impartidos en la representación y para el 5% de los niños, se les repite antes de la despedida con el fin de lograr unos resultados efectivos.

Los maestros, profesionales que mejor conocen a los protagonistas, consideran que la materia impartida es de gran utilidad tanto para los niños, mejorando todos en su autocuidado, como para ellos mismos, aportándoles conocimientos para trabajar a diario en sus clases.

Según la opinión de los maestros que han participado en la experiencia, sobre una escala de 10, consideran que los niños, previamente a nuestra formación, tenían un 3.4 de conocimientos sobre el autocuidado, y al finalizar, éstos mejoraron alcanzando un 9 de puntuación.

Las enfermeras docentes piensan que, desde la entrada en el centro educativo hasta la despedida, y en cada uno de los centros, se ha observado una evolución satisfactoria en las actitudes de los niños.

La respuesta de ellos para las docentes, con estímulos nuevos y desconocidos, hacían que su atención se concentrara más en los temas y, junto con los juegos educativos introducidos a lo largo del taller, se consiguió que no solo reforzaran y aprendieran actitudes de salud, sino que además, se lograra su cariño siendo las despedidas un mar de dulces abrazos. El sentir de las docentes ante esta situación fue de ser una parte más de ellos, pasando de ser el aula para ellas un sitio desconocido, a un lugar cómodo y especial.

Los niños de edad tan temprana tienen notorias diferencias entre ellos según su ámbito familiar, su destreza en la comuni-

cación, o su tendencia a la intro/extroversión. Son personas muy delicadas que no responden igual a mismos estímulos.

Sin embargo, la inmensa gratitud que los niños desbordaban al final de las sesiones, la emoción por saber responder a sus preguntas y el cariño con el que les aceptaban era común en todos ellos.

Se puede percibir que talleres de estas características, llevados a cabo de una forma periódica y no como una actividad extra del plan de estudios escolar, conseguirían un contacto cercano con la salud, además de una relación próxima con las enfermeras que reducirá los miedos que, en ocasiones tienen, hacia este profesional.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Se destaca algunos puntos del desarrollo de la actividad como aspectos a mejorar, tales son:

Tener en consideración el nivel previo de los temas de salud impartidos por el profesor con el fin de darle continuidad o considerarlo como un nuevo tema; según las áreas temáticas en concordancia con el diseño curricular.

Sería conveniente una mayor dedicación de tiempo con el fin de atender a un número menor de alumnos por grupo, que se considera debe ser de 10 niños.

En las encuestas realizadas por los profesores, se destaca su implicación en este novedoso proyecto de salud, su complacencia por tratarse de un proyecto adaptado y apropiado a la edad de los niños y su deseo de continuidad futura.

Resulta necesaria la presencia de la profesora-tutora en el aula con el fin de que, conociendo las características y los nombres de los niños, facilite el orden de participación a través de intervenciones y aportaciones en alto, favoreciendo de este modo, una actividad próxima a los niños.

La edad infantil es la ideal para actuar en temas de salud. Los niños, además de ser receptivos en aspectos educativos, son muy sensibles a estímulos en valores sociales, que son sumamente importantes para construir las personas del futuro.

Esta experiencia ha servido a las docentes para valorar y apreciar la importancia del aprendizaje en salud a edades tempranas y muy probablemente para la adquisición de hábitos saludables futuros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. 2017. Preguntas más frecuentes. [acceso el 4 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Costa Cabanillas M, López Méndez E. Educación para la salud. Guía Práctica para promover estilos de vida saludables. 2ª ed. Madrid: Pirámide; 2008.
3. Gautier MC, Martínez V. Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria. Nuberos [revista en Internet]. 2009. Tercer trimestre [acceso el 6 de Diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NUBEROS_N__54.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. 2017. Sobrepeso y obesidad infantiles. [acceso el 7 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

"Aprende vida sana con la rana Juliana". El autocuidado en edades tempranas

5. Elena Sinobas P. Cardeñoso Herrero R. Fernández Carrera R. Enfermera escolar. De figura emergente a perfil consolidado. En: Congreso Internacional de Enfermería. Barcelona;2017.
6. Cano Fernández D, Nieto Campay L, Alonso López L. La escuela como promotora de salud. [consultado el 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://w3.ual.es/congresos/educacionysalud/ONLINE/182.pdf>
7. Centro de Recursos de Promoción y Educación para la salud. Murcia; 2014. Escuelas promotoras de salud. [consultado el 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2014/06/17/escuelas-promotoras-de-salud/>
8. Pérez P, García L. Asistencia sanitaria escolar en Cantabria. Estudio de la demanda asistencial. Nuberos Científica. 2017; 3(21): 15-23.
9. Cervera J. Teoría de la Literatura Infantil. 3ª ed. Bilbao: Ediciones Mensajero; 2004.
10. Lacasa S, Lacasa A, Gutiérrez M, Ledesma JM, Núñez E, Urda A. El lavado de manos: ¿una recomendación atendida? Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14:19-22.
11. Hassink S.G. Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.
12. Gavino Lázaro A. Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide; 2002.
13. Berrozpe Martínez M. ¡Dulces sueños! Como lograr que tus hijos duerman tranquilos. 1ª ed. España: Alianza; 2016.
14. Jové Montanyola R.M. Todo es posible. Aprende a acompañar el maravilloso desarrollo de la inteligencia de tu hijo sin presiones ni falsos mitos. Barcelona: Temas de hoy; 2013.
15. Flix H. Padres conscientes, niños felices: manual de primeros auxilios. 1ªed. España: Diversa; 2014.
16. Álvarez Alva R. Educación para la salud. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2009.
17. Del Castillo Aguas G, Esparza Olcina M J, Martínez Rubio A, Domínguez Aurecochea B, Pérez González O. Accidentes en la población infantil española. Madrid: Fundación MAPFRE; mayo 2014. [consultado el 4 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/accidentesmapfre.pdf>

ANEXO I

PORTADA DEL CUENTO "APRENDE VIDA SANA CON LA RANA JULIANA"





FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

MISCELÁNEA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

Cuentacuentos de Salud en la Población Escolar. Acercando la Enfermería al Aula

Autoras:

Nuria Albizu Becerril ⁽¹⁾

Sara Martínez de Castro ⁽²⁾

Patricia Rubio Alonso ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Diploma en Enfermería. Enfermera Hospital Sierallana. Cantabria. España.*

⁽²⁾ *Graduada en Enfermería. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Universidad Cantabria. Centro Hospitalario Padre Meni. Santander. España.*

Dirección para correspondencia:
nalbizub@gmail.com

Recibido: 21 de julio de 2017
Aceptado: 5 de enero de 2018

RESUMEN

La Educación para la Salud, es una herramienta imprescindible para conseguir una población sana y preocupada por su autocuidado. Por tanto, transmitir este conocimiento en un Centro Educativo, facilita que desde edades tempranas se adquieran esas actitudes y comportamientos generadores de conductas positivas en salud.

Las Enfermeras como profesionales cualificados para ello, han comenzado a llevar a cabo este proyecto de "Cuentacuentos de la Salud en la Población Escolar", en diferentes Centros Educativos de la región, con niños con edades comprendidas entre 4 y 8 años. Para enseñar los temas de salud, se ha realizado la lectura de un cuento como eje fundamental seguido de una parte lúdica mediante un juego.

La herramienta utilizada para la evaluación de la actividad, no ha sido correctamente seleccionada; aunque los resultados cuantitativos obtenidos, han sido satisfactorios tanto para el profesorado, como para el alumnado.

Palabras clave: educación en salud, conducta infantil, educación primaria y secundaria

ABSTRACT

Health Education, is an essential tool to achieve a healthy and concerned about their self-care population. Therefore, transmit this knowledge in an educational center generates positive attitudes and behaviors in health at the earliest ages.

Nurses, as qualified professionals, have begun to carry out the project "Health Storytelling in the School Population" in different educational centers in the region, with children between the ages of 4 and 8 years. To teach health issues they have done, as a fundamental axis, the reading of a story, followed by playful time using a game.

The tool used for evaluating the activity has not been correctly selected; although the quantitative results have been satisfactory for both teachers and students.

Keywords: competency-based education, self-care, habits, healthy diet, child

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Tanto la OMS^(1,2) como el Consejo de Europa, han definido en diferentes textos y documentos, la necesidad de fomentar en el ámbito escolar, la adquisición de conocimientos, que potencien el desarrollo de jóvenes preparados para elegir estilos de vida sanos.

Estructuras organizativas muy importantes defienden, que los programas de EpS se implanten en la escuela; en octubre de 1991, los representantes de los Estados Miembros de la Unión Europea, reunidos en Lubeck, Alemania, analizaron el excelente resultado de la primera experiencia de un programa de EpS en la escuela, un proyecto de prevención de drogodependencias en el que participaron la comunidad escolar y los equipos de Atención Primaria; en este momento se acuñó el término "la escuela, promotora de salud"⁽³⁾.

En España en el año 1994 se publicó la Ley de Salud Escolar (Ley 1/1994), la cual definía que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la comunidad escolar, debería devenir desde los centros de Atención Primaria de Salud. Según esta Ley, corresponde a la Consejería de Sanidad, y por ende, a los profesionales sanitarios, "...efectuar estudios y propuestas en materia de Educación para la Salud (EpS), para mejorar el estado de salud de la población"⁽⁴⁾.

La REEPS (Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud) ahora llamada SHE (Schools for Health in Europe network) es un referente importante para la elaboración y puesta en marcha de los Proyectos de Promoción de la Salud en el ámbito escolar. Para que estos Proyectos tengan éxito, es indispensable la cooperación entre los organismos oficiales responsables de la salud y de la educación de cada Comunidad Autónoma⁽⁵⁾.

Fruto de esta necesidad, la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, con la colaboración de la Consejería de Sanidad

y Servicios Sociales de Cantabria, ha elaborado un documento ampliamente consensuado, titulado "Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud". Entre los objetivos fundamentales se encuentra el "definir al centro educativo como un lugar de adopción, de modos de vida sanos en un ambiente favorable de salud"⁽⁶⁾.

Los profesionales que trabajan en diversos sectores: sanitario, educativo, atención a la juventud, y otros sectores relacionados, pueden encontrar en la red de Escuelas para la Salud en Europa un apoyo importante para la puesta en marcha de proyectos y acciones escolares. La posibilidad de ser miembro de la red de Escuelas para la Salud en Europa está, por tanto, abierta a cualquier profesional u organización con interés en la escuela y en la salud.

El Proyecto de Salud para los centros educativos de Cantabria parte de un concepto global y de un tratamiento integral de la salud y de la persona, en la que intervienen tanto la comunidad educativa como diferentes instituciones y entidades, en nuestro caso se trata de un proyecto de colaboración entre la Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de Santander y la Fundación del Colegio de Enfermería de Cantabria, llevado a cabo por un grupo de profesionales de enfermería.

La EpS que se realiza en edad escolar es la más eficaz y rentable, ya que el niño es muy receptivo, al ser un sujeto en formación, con gran capacidad de aprendizaje y asimilación para adquirir unos hábitos saludables, incorporándolos a su vida diaria⁽⁷⁾.

Los profesionales de enfermería tienen un importante rol como agentes de salud, puesto que legislativamente se les atribuye plena competencia y dispensación de los conocimientos necesarios para el desempeño del cuidado y de la educación para la salud⁽⁸⁾.

La posibilidad de aprovechar el potencial educador que brinda la enfermería a la escuela es fundamental para influir positivamente en la adquisición de hábitos saludables para la

prevención de problemas en la edad adulta, no sólo mejorarán su estado de salud sino que al mismo tiempo se convertirán en modelos para su entorno más próximo.

La planificación y desarrollo de un programa de Educación para la Salud en la escuela es fundamental por su influencia positiva en la adquisición de hábitos saludables.

JUSTIFICACIÓN

Las razones que justifican este proyecto son diversas:

- El profesional de enfermería posee una amplia formación académica que cubre una gran variedad de temas de salud, además, se encuentra en una posición ideal para trabajar en colaboración con los docentes⁽⁹⁾.
- El propio método didáctico, motivador como es el cuento y el juego, adaptado a la edad y haciendo que los alumnos se interesen en aprender conocimientos y valores, además de transmitir conductas y valores saludables
- El espíritu de colaboración que se establece entre con los centros educativos y sus docentes y alumnos, además del acercamiento entre los niños y las enfermeras.
- Es conocido que las intervenciones en salud en los centros escolares, favorecen el desarrollo psicosocial y la promoción personal de los alumnos mejorando el estilo de vida.
- Por otro lado, el Ayuntamiento de Santander (España) solicitó a la Fecan (Fundación de la Enfermería de Cantabria) del Colegio Oficial de Enfermería, este proyecto que, a su vez, ha dado lugar a esta experiencia en salud que se presenta.

OBJETIVOS

General:

Favorecer y facilitar conocimientos y promover actitudes saludables mediante herramientas generadoras de conductas favorecedoras de salud.

Específicos, relacionados con:

- Favorecer autoestima y autoimagen,
- Manejar el sentimiento de la envidia,
- Abordar la igualdad ante las diferencias físicas e intelectuales entre las personas,
- Identificar el núcleo familiar y sus tipos,
- Conocer el valor de la alimentación, la merienda y el consumo moderado de dulces,
- Fomentar la higiene de las manos,
- Promover el respeto a los ancianos,
- Fomentar el rechazo al fumar y promoción de espacio libre de humos,
- Favorecer respeto y cuidado de los animales,
- Facilitar conocimientos para el cuidado de pequeñas heridas,
- Enseñar la seguridad en el manejo de la bicicleta.

METODOLOGÍA

Previo concreción de las fechas y los horarios, se acude al centro escolar.

A través de la Educación para la Salud, tomando como herramienta el cuento, se enseñan valores y conductas saludables que contribuyan al logro de adultos sanos, tanto individualmente, como a nivel familiar y comunitario.

La actividad consta de los siguientes contenidos didácticos:

- Las personas y sus diferencias (la discapacidad intelectual)
- La familia
- Los animales domésticos
- Las personas ancianas (los abuelos)
- La actividad al aire libre y protección de riesgos
- Los efectos negativos del tabaco
- Cuidado de pequeñas heridas
- El circulación y utilización del casco en la bicicleta

El lugar de realización fue el aula del colegio, donde los alumnos reciben la docencia. En este caso, la actividad se realizó en 3 centros educativos, y 4 aulas, de entre 4 y 8 años.

El desarrollo del taller se plantea de la siguiente manera:

- Se realiza la presentación a los profesores y a los alumnos
- Se entregan a los alumnos fichas con imágenes para identificar sus conocimientos previos sobre los temas a tratar en el taller, a modo de pretest (ANEXO I)
- Se realiza la lectura de cuatro capítulos del cuento*, siendo los tres primeros comunes y el cuarto varía en función de cada aula, según sus necesidades pedagógicas.
- Seguidamente se realiza un juego diseñado por las enfermeras con información sobre los objetivos planteados para afianzar los conocimientos enseñados durante la sesión, de una forma más lúdica (ANEXO II).
- Se realiza de nuevo la cumplimentación de las fichas a modo de posttest, con las mismas imágenes y dibujos, que al comienzo del taller, evaluando así los conocimientos aprendidos

Finalizado el taller se pide a los profesores la cumplimentación de un cuestionario, de elaboración propia, sobre la satisfacción con la actividad (ANEXO III).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la actividad, son tanto de carácter cuantitativo como cualitativo y son los siguientes.

Respecto a los datos cuantitativos aportados por las fichas, se recogen los siguientes:

- 1º aula: 16 alumnos de 6 a 7 años del curso 1º de Educación Primaria
 - En el 75% de los alumnos no hubo cambios en cuanto a conocimientos y actitudes (pre y post taller) sobre lo enseñado.
 - El 18% identificaron alguna nueva imagen positiva
 - Solo un niño identifico menos imágenes positivas en el post que en el pre taller.
- 2º aula: 12 alumnos de 8 años del curso 2º de Educación Primaria
 - En el 41% de los niños no ha habido cambio en el número de imágenes seleccionadas antes y después de la realización del taller.

* La propiedad de dicho cuento es de las autoras y su custodia la tiene la Fundación de la Enfermería de Cantabria del Colegio de Enfermería de Cantabria.

- En el 59% de los alumnos restantes identificaron una nueva imagen tras el taller
- 3º aula: 25 alumnos de 6 a 7 años del curso de 1º de Educación Primaria
 - En el 60% de los niños, no ha habido cambio en el número de imágenes seleccionadas antes y después de la realización del taller
 - En el 32% de los alumnos si han identificado una nueva imagen tras el taller
 - En el 8% restante corresponde a dos niños que han identificado menos imágenes tras la realización del taller
- 4º aula: 19 alumnos de 4 a 5 años del curso de 2º de Educación Infantil

En este grupo, tan solo se entregó la Ficha al comienzo del taller y se hizo de forma dirigida, dada la edad de los alumnos. Por lo tanto, no resulta comparable con los otros resultados

Los datos cualitativos obtenidos se describen desde los diferentes puntos de vista de: los alumnos, los maestros y las propias enfermeras docentes.

Los alumnos:

- Verbalizaciones de: sorpresa, interés, alegría, diversión y agradecimiento
- Les llama la atención, como agradable sorpresa, el poder estar con una enfermera en el aula y no en el hospital o en su centro de salud, lugares estos donde tienen asociada a este profesional.
- Su participación activa durante el cuento y el juego, respondiendo a las preguntas que las enfermeras docentes planteaban a lo largo del taller o su expresión verbal de interés para que se volviera otro día ¿"cuándo volvéis?" "queremos que volváis más días", como expresiones no verbales, sus abrazos sus besos y sus sonrisas.

Los maestros:

- Se destaca su permanencia durante todo el taller, su colaboración y predisposición para ayudar en aspectos organizativos, a acondicionar el aula y a brindar su apoyo ante potenciales dificultades para el "manejo del grupo".
- De la evaluación realizada por los profesores, se extrae una puntuación máxima en todos los ítems planteados, a excepción del que se refiere a "los contenidos nuevos aportados al niño en la realización del taller" que en dos ocasiones ha sido calificado con 4 sobre 5.
- Demandan además, instrucción a los alumnos en otros temas relacionados con la salud que desde su posición de maestros no se sienten capaces de abordar como materia transversal, tal como es la sexualidad saludable.

Las enfermeras docentes:

- Siguiendo la estructura planteada inicialmente, fue preciso adaptarse e improvisar algunos aspectos en función de las características del grupo, incluso habiendo llevado preparados los temas previamente.
- Para las docentes la experiencia resulta satisfactoria y de gran interés como intervención de Promoción de la Salud en hábitos saludables.

- El tiempo del taller resulta escaso, no para la intervención en sí misma, sino para que adquieran hábitos que se puedan valorar posteriormente. La propuesta sería realizar sesiones de seguimiento, con el fin de comprobar resultados en salud.
- Encontrar una herramienta adecuada para la evaluación de los conocimientos y actitudes adquiridos por los alumnos. Se ha considerado que la planteada en el proyecto no es la adecuada. Existen dos motivos fundamentales:
 - La necesaria improvisación de algunos contenidos, que no fue posible evaluarlos con la herramienta prevista; por lo que se considera que sería más apropiada la formulación de una pregunta abierta del tipo: "¿qué cosas has aprendido hoy?".
 - Considerando el concepto de validez para la evaluación y entendiendo como tal la capacidad de un instrumento para medir aquello para lo que ha sido diseñado y no aspectos distintos a los pretendidos; se deberá profundizar en la búsqueda bibliográfica de las otras herramientas acordes para dicha evaluación.

La metodología planteada, debe utilizarse para alumnos sólo de Educación Primaria, para los cuales fue diseñada. Si esta experiencia se repitiera para alumnos de Educación Infantil, se considerará:

- El excesivo tiempo (2 horas) para mantener la atención en estas edades (3-4 años), también constatado por el profesor.
- La realización de las fichas al comienzo del taller fue guiada, por lo que se descartó la idea de completar de nuevo la ficha para evaluar resultados tras finalizar el taller.
- En la parte lúdica resulta imprescindible la figura del profesor para ayudar a que los niños acepten las normas del juego que, a estas edades, no tienen interiorizadas.
- La evaluación a esta edad debe basarse en la verbalización por los niños de los conocimientos aprendidos, que, en este caso, coinciden plenamente con lo ya sabido, sin requerir apenas recordarlo.

Es preciso considerar que puede ser necesario añadir o completar aspectos para enriquecer la lectura del cuento, favorecer la atención y facilitar la adquisición de nuevos conocimientos sobre cada tema, según el desarrollo cognitivo del grupo y según su nivel de atención.

Dado los buenos resultados de la intervención se puede entender que los profesores, trabajan de manera transversal los temas de salud que ha tratado esta intervención en salud.

Según opinión de los profesores y de las propias enfermeras docentes; sería conveniente mantener los talleres al menos con periodicidad trimestral como refuerzo de los resultados logrados.

Sirva este trabajo como una primera experiencia sobre la que seguir investigando. Se trata de un proyecto minuciosamente elaborado que no ha sido posible demostrar sus resultados. Para una evaluación más rigurosa, se requiere otras investigaciones especialmente sobre las herramientas propias de evaluación.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Dada la escasa literatura al respecto, y en base a esta primera experiencia, se plantea realizar algunas modificaciones en el diseño, tales son:

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de la estrategia regional europea de Salud Para Todos. Madrid. Ministerio de Sanidad

y Consumo; 1986. [Fecha de acceso 13 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>.

2. Organización Mundial de la Salud. El ejercicio de la enfermería: Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1996. [Fecha de acceso 10 de junio de 2017]. Disponible en <http://www.who.int/iris>.

3. Fernández Candela, Fernando; Rebolledo Malpica, Dinora Margarita; Velandia Mora, Ana Luisa. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas?. Revista Hacia la promoción de la salud. 2006; 11:25.

4. Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar.«BOE» núm. 107, de 5 de mayo de 1994, páginas 13804 a 13807 (4 págs.). [Fecha de acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: www.boe.es > BOE > 05/05/1994 .

5. Manual escolar on line de SHE. 5 pasos hacia una escuela promotora de salud. Dic 2013. [Fecha de acceso 12 de junio de 2017]. Disponible en: www.schoolsforhealth.eu/for--schools.

6. Orden PRE/21/2013, de 30 de mayo, que regula la creación y organización de la Red Cantabra de Escuelas Promotoras de Salud. [Fecha de acceso 28 de mayo de 2017]. Disponible en:<https://www.educantabria.es/.../red...escuelas-promotoras-de-salud...>

7. 7-Nuria Piña Tejeiro. Cómo elaborar un programa de educación para la salud. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2004; 2:3-5.

8. Pérez Velasco, Pablo; García Blanco, Laura. Asistencia Sanitaria Escolar en Cantabria. Estudio de la demanda asistencial. Nuberos Científica. 2007;3(21):15-23.

9. Zapata-Rus, Rosa-María. Necesidad de enfermera escolar y educación para la salud en el ámbito escolar: una revisión bibliográfica. TAUja [repositorio en Internet]; 2007 [acceso 12 de junio de 2017]; [aprox 3 p]. Disponible en: www.tauja.ujaen.es/handle.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Gutiérrez García JJ, López Alegría C, Pérez Riquelme Fco, López Rojo C. Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia. Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública [base de datos de Internet]; 2005. [Fecha de acceso 20 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es>.

IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2016-2020. 2016; [fecha de acceso 20 de junio de 2017]. Disponible en: www.san.gva.es/documents.

Miranda, P, Ordoñana, JR, Gutiérrez García, JJ. Educación para la salud en la escuela. Parte I. Informe SESPAS: Salud y Prevención [base de datos de Internet];1995. [Fecha de acceso 20 de junio de 2017]. Disponible en:<https://www.murciasalud.es>.

BOE (Internet). Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2006 [fecha de acceso 19 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es>.

Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), 3 de octubre 1990. Boletín Oficial del Estado (4 octubre 1990); [base de datos de Internet], [fecha de acceso 19 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es> > BOE > 04/10/1990.

Dirección General de Salud Pública. Servicio de Educación para la Salud; 2005-2010; [fecha de acceso 21 de junio de 2017]. Disponible en: www.msssi.gob.es/organización.

Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003); [fecha de acceso 20 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22>.

Pérez Velasco, Pablo; García Blanco, Laura. Asistencia sanitaria escolar en Cantabria.

Estudio de la demanda asistencial. Nuberos Científica. mar-jun 2017,3(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos>.

Gavidia Catalán, V. La Transversalidad y la Escuela Promotora de Salud. Rev. Esp: Salud Pública ; 2001, 75 (6).

Gavidia Catalán,V. La Educación para la Salud en los manuales escolares españoles. Rev. Esp: Salud Pública; 2003, 77 (2).

Organización Mundial de la Salud. Objetivos de la estrategia regional europea de Salud Para Todos. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986. [Fecha de acceso 19 de junio de 2017]. Disponible en:www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones.

RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO I.- Fichas empleadas como herramienta evaluadora



ANEXO II.- Juego "El mundo de Carlota"



ANEXO III.- Cuestionario de evaluación para docentes.

CENTRO:

FECHA:

Solicitamos su colaboración para conocer la valoración del curso, y le rogamos cumplimentar el siguiente cuestionario, sobre el taller realizado.

1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Término medio	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

- Los contenidos del taller han cumplido las expectativas esperadas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Considera que el taller ha aportado nuevos conocimientos a los niños

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Considera que la metodología utilizada en este taller ha sido la adecuada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Considera que el tiempo para la realización del taller ha sido adecuado

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Está satisfecho con el resultado del taller

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Recomendaría este taller a otros centros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

SUGERENCIAS/OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

VENTANILLA ÚNICA

Colegio de Enfermería de Cantabria

ventanillaunica.enfermeriacantabria.com

Dentro de los avances y progresos que para mejorar el servicio de atención a los colegiados se están dando desde el Colegio de Enfermería de Cantabria, cabe destacar la habilitación dentro de la Ventanilla Única del Colegio del servicio telemático de certificados de asistencia a los cursos de formación. Con la habilitación de este nuevo servicio, los colegiados podrán acceder y descargarse toda la documentación acreditativa de la realización de su formación correspondiente y de colegiación, sin necesidad de acudir a las dependencias colegiales para retirar el documento. A este avance significativo, dentro de las funcionalidades del área privada de la web del Colegio, hay que sumar las novedades ya incorporadas hace tiempo de los servicios telemáticos de solicitud de citas, además de todas las relacionadas con la publicación de informes económicos y de actividades desarrolladas por la citada entidad colegial.

Traducción y adaptación transcultural de la Escala revisada de evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiver Appraisal Scale (RCAS)] en la población española

Autores:

Mónica Cueli Arce⁽¹⁾

Ana Rosa Alconero Camarero⁽²⁾

Miguel Santibáñez Margüello⁽³⁾

Juan Ramón Barrada González⁽⁴⁾

Marta Gómez Oti⁽⁵⁾

Carmen M. Sarabia Cobo⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Doctora en Ciencias de la Salud, Máster Universitario de Gestión Integral e Investigación en de las Heridas Crónicas, Grado en enfermería por la universidad de Cantabria, España. Centro de Salud de Tanos. Torrelavega. Cantabria. España.

⁽²⁾ Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora titular de la Escuela Universitaria en el Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria, España.

⁽³⁾ Doctor en Medicina, Ayudante doctor en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria. España.

⁽⁴⁾ Doctor en Psicología, Profesor contratado Doctor en el Departamento de Psicología y Sociología de la universidad de Zaragoza.

⁽⁵⁾ Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de formación de la gerencia de Atención Primaria. Santander, España.

⁽⁶⁾ Doctora en Psicología, Grado en Enfermería, Ayudante doctor en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria, España.

Dirección para correspondencia:

mcueli@hotmail.com

Recibido: 15 de septiembre de 2017

Aceptado: 30 de enero de 2018

Este trabajo, fue premiado como proyecto en el Premio de Investigación de Enfermería del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria 2014.

RESUMEN

En España, no se conocen escalas validadas que evalúen dimensiones positivas y negativas simultáneamente en el cuidador familiar. La escala "Revised Caregiving Appraisal Scale (RCAS) compuesta por 25 ítems, evalúa ambos tipos de impacto y ha y ha sido utilizada con una amplia trayectoria internacional.

El objetivo del presente estudio fue traducir y adaptar culturalmente la escala RCAS a la población española, obteniendo la versión española de la escala (RCAS-VE).

La adaptación transcultural de RCAS (25 ítems), se realizó mediante el proceso de traducción directa e inversa, estudiándose el grado de equivalencia por un grupo de expertos, hasta conseguir la versión final: RCAS-VE (25 ítems). Se realizó una prueba piloto a los 30 primeros cuidadores del total de la muestra seleccionada mediante muestreo aleatorio simple estratificado por centro de salud (N= 184).

La experiencia del cuidador familiar no se puede describir únicamente a través de dimensiones negativas, sino que es necesario valorar elementos positivos. La RCAS-VE permite evaluar las dimensiones positivas y negativas en el cuidador familiar.

Palabras clave: familia, geriatría, bienestar

ABSTRACT

In Spain, no validated scales assessing positive and negative dimensions for family carers are known. The "Revised Caregiving Appraisal Scale" (RCAS) scale, composed of 25 items, evaluates both types of impact and has been extensively used internationally.

The objective of the present study was to translate and cross-cultural adapt the RCAS scale for Spanish population, obtaining the Spanish version of the scale (RCAS-VE) (where "VE denotes "Version Española").

The Cross-Cultural adaptation of the RCAS (25 items) was carried out by using a direct translation and back translation process, studying the degree of equivalence by a group of experts, until obtaining the final version: RCAS-VE (25 items). A pilot test was performed on the first 30 caregivers of the total sample selected by simple random sampling stratified by health center (N = 184).

The experiences of family carers cannot be described only in terms of negative dimensions, since it is also necessary to assess positive elements. The RCAS-VE enables us to assess positive and negative dimensions for family carers.

Keywords: caregiver, Lawton scale, well-being, appraisal, positive and negative dimensions

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

España se sitúa al frente de los cuidados informales frente al resto de países europeos. En los países del norte de Europa hay menos cuidadores y éstos, cuidan menos horas, a diferencia de otros países como Suecia, Países Bajos y Dinamarca. Por el contrario los países mediterráneos, Italia y España, son los países con mayor número de cuidadores informales y dedican un mayor porcentaje de horas al cuidado. En España más del 50% de los cuidadores, emplea más de 20 horas semanales en cuidar, frente a Suecia, en el que solo un 10% de los cuidadores emplea este tiempo. Los países continentales como Alemania y Francia, junto al Reino Unido, se encuentran en una posición intermedia respecto a los países del norte y sur de Europa⁽¹⁾.

El objetivo final de los estudios publicados con cuidadores familiares es determinar el efecto que el cuidado tiene en la calidad de vida, la salud física y mental de los cuidadores y para ello se recogen fundamentalmente cuatro tipos de variables asociadas: al cuidador, al receptor de los cuidados, a la intensidad del cuidado dado y asociadas a los apoyos recibidos.

A pesar que las variables relacionadas con el cuidador, con el receptor de los cuidados y con el tipo de cuidado puedan asociarse o no a los efectos de cuidado, no existe una causa directa entre estas y con los efectos finales del cuidado en el cuidador familiar, sino que una serie de variables mediadoras, de origen cognitivo, son desarrolladas por el cuidador familiar para determinar estrategias de afrontamiento a la situación de cuidado⁽²⁾. Lawton establece como variable mediadora fundamental "la evaluación secundaria", definida como las respuestas cognitivas

y afectivas del cuidador familiar con respecto a la demanda de cuidado experimentado. Posteriormente, Lawton modifica el término de "evaluación secundaria" por "evaluación del Cuidado/Cuidador", para describir una parte del proceso de cuidado. Las "evaluaciones del cuidado/cuidador" más importantes para el autor son dos:

La "Satisfacción por el cuidado" y "Carga Subjetiva por el cuidado". Ambas son percepciones subjetivas del cuidador familiar:

- La satisfacción por el cuidado se define como las recompensas afectivas por cuidar y esta no es una recompensa puntual sino mantenida en el tiempo.
- La carga subjetiva por cuidar se define como la percepción de angustia, ansiedad, desmoralización, pérdida de libertad o tristeza relacionada directamente con el cuidado.

El autor añade que aunque, carga subjetiva y Satisfacción son percepciones diferentes, no son independientes, sino que existe un balance entre ambas. Este balance entre "Carga subjetiva y Satisfacción", es el resultado final del estado de bienestar del cuidador familiar. Este fenómeno es denominado por Lawton como "teoría de doble factor"; y ha sido apoyada por varios autores⁽²⁾ y reconocen este fenómeno dentro del modelo de estrés y afrontamiento⁽³⁾.

El cuidador familiar puede percibir carga subjetiva por cuidar, pero de forma paralela y simultánea percibir satisfacción por lo que está haciendo. El balance entre la percepción de Carga subjetiva y Satisfacción, es lo que determina los resultados finales de bienestar psicológico, resultados positivos o negativos, que pueden afectar a la salud física y psicológica del cuidador familiar.

La mayor parte de los estudios publicados con los cuidadores familiares, se han centrado en evaluar los efectos negativos

en el cuidador familiar. Sin embargo, paralelamente otros estudios han evidenciado un impacto tanto positivo como negativo en el cuidador familiar⁽³⁻⁶⁾.

Por otro lado, en España no se conocen herramientas que evalúen la percepción de los cuidadores desde una dimensión positiva y negativa; y los estudios conocidos que evalúan la percepción de los cuidadores bajo una dimensión positiva, utilizan herramientas de medida para población general y no específica para cuidadores familiares⁽⁷⁾.

En el año 2000, Lawton et al. revisan en el contexto de un estudio longitudinal⁽⁸⁾, la escala original Caregiving Appraisal Scale (CAS), con 47 ítems, diseñada en el año 1986⁽⁹⁾. El resultado final de esta revisión es Revised Caregiving Appraisal Scale (RCAS)⁽⁸⁾, que consiste en una batería de 25 ítems distribuidos en las siguientes cinco dimensiones, factores o sub-escalas:

- La "Carga subjetiva"/ "Caregiving Burden".
- La "Satisfacción", en inglés "Caregiving Satisfaction".
- La "Demanda", en inglés "Caregiving Demand".
- La "Competencia", en inglés "Caregiving Mastery".
- El "Entorno", en inglés "Environment".

Cada ítem es identificado con el vocablo A o B para referirse, con el A a las series de preguntas exploratorias de sentimientos y con el B a las referidas a la experiencia del cuidado en sí. Las series A son evaluadas con escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Las series de preguntas B, exploratorias de la experiencia del cuidado, también son medidas con escala de Likert de 1 a 5, siendo 1 nunca y 5 siempre. Una puntuación elevada denota una mayor problemática en la evaluación del cuidado (Anexo I).

Para este trabajo se seleccionó, *Revised Caregiving Appraisal Scale (RCAS)*⁽⁸⁾, por ser una escala con trayectoria de utilización en la población estadounidense⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ y presentar resultados de validez y fiabilidad adecuados.

JUSTIFICACIÓN

Con la adaptación transcultural de RCAS a la población española, se ofrece una herramienta de evaluación de las percepciones positivas y negativas de los cuidadores familiares con la finalidad de determinar los factores asociados a las percepciones positivas del cuidador familiar y los asociados a las percepciones negativas, para así poder en el futuro desarrollar protocolos de actuación con los cuidadores familiares, de tal modo que se aumenten las percepciones positivas por cuidar y disminuyan negativas, así como evaluar la eficacia de estas intervenciones.

El objetivo es presentar el proceso de traducción y retrotraducción de dicha escala a la población española.

METODOLOGÍA

El proceso de adaptación transcultural fue realizado por un equipo multidisciplinar: cuatro traductores profesionales, dos con lengua materna es el castellano y dos con lengua materna inglesa, un experto en lingüista y un profesional de la salud experto en trabajo con cuidadores familiares.

Se siguieron las recomendaciones de otros autores⁽¹⁶⁾ en el proceso de adaptación transcultural: traducción directa y traducción inversa por bilingües, evaluación de equivalencia lin-

güística al que se incluyeron el experto en lingüista y el experto en cuidadores familiares; y finalmente se procedo a realizar la prueba piloto.

Las fases de adaptación transcultural fueron las siguientes:

1. Traducción directa: versión de síntesis.

Dos traductores independientes, cuya lengua materna es el castellano, realizaron la traducción directa de la escala. Uno fue conocedor de los objetivos del cuestionario, mientras que el otro no. Ambos, junto con el equipo investigador, realizaron la primera versión de síntesis.

2. Traducción inversa o retrotraducción y equivalencia lingüística: versión prefinal RCAS-VE.

Posteriormente se realizó la traducción inversa de la versión de síntesis por dos traductores cuya lengua materna original era el inglés. Ambos tradujeron ciegos para la versión original y no fueron conocedores de los objetivos del estudio. Se realizaron informes para las respectivas traducciones. Se obtiene la versión prefinal.

Para establecer el grado de equivalencia lingüística entre ambas versiones, fueron comparadas (equivalencia semántica, conceptual, e idiomática), por el comité de expertos formado por un profesional de la salud experto en cuidadores familiares, un experto en lingüística, los cuatro traductores y el equipo investigador. Cada uno de los ítems fue clasificado según su equivalencia conceptual en tres grados, siguiendo las recomendaciones de otros estudios^(17,18):

- Equivalencia A: la traducción inversa es lingüísticamente y/o semánticamente equivalente a la pregunta de la versión original.
- Equivalencia B: la traducción inversa es lingüísticamente y/o sistemáticamente equivalente a la pregunta de la versión original, pero existen una o dos palabras con distinto significado.
- Equivalencia C: los ítems expresan un significado diferente, por tanto no son equivalentes.

3. Prueba piloto: versión final RCAS- VE.

Se realizó una prueba piloto a los 30 primeros cuidadores del total de la muestra seleccionada mediante muestreo aleatorio simple estratificado por centro de salud (N= 184)⁽¹⁹⁾ y posteriormente se revisaron cada una de las preguntas de la escala con cada con cada uno de los cuidadores familiares de la muestra piloto. A cada pregunta se añadió la opción aplicable/no aplicable y sugerencias a las "no aplicables", siendo estas últimas las preguntas difíciles de entender por los participantes. Las preguntas que presentan dificultad para un 15% de los participantes fueron revisadas y modificadas por el equipo investigador atendiendo a las sugerencias dadas por los participantes⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

La duración del proceso de adaptación transcultural fue de tres meses. La primera reunión con el equipo traductor fue el 7 de septiembre de 2014; la versión final de RCAS-VE se obtuvo el 11 de diciembre de 2014.

En la tabla 1 se muestra la escala original y los resultados de las fases de adaptación lingüística: traducción directa o versión de síntesis, traducción inversa o retrotraducción o versión prefinal, grados de equivalencias establecidos por el comité de expertos y las modificaciones realizadas.

Traducción y adaptación transcultural de la Escala revisada de evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiver Appraisal Scale (RCAS)] en la población española



Figura 1: Equipo de trabajo en el proceso de traducción.

Tabla 1: Tabla de resultados de la adaptación lingüística.

VERSIONES	VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN DE SÍNTESIS	VERSIÓN PREFINAL	EQUIV.	COMITÉ DE EXPERTOS
TÍTULO	CAREGIVING APPRAISAL SCALE	ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES	SCALE FOR THE ASSESSMENT OF CAREGIVERS' PERCEPTIONS	B	Se introduce "percepción de los cuidadores" por "cuidados", para especificar el objetivo principal de la escala: cuidadores y no cuidados en sí.
PRIMERA SERIE DE ÍTEMS (Preguntas exploratorias de sentimientos por cuidar).	1. Now we're going to talk about some feelings you may be having in caring for your (ELDER). For each statement, please tell me if you agree a lot, agree a little, neither agree nor disagree, disagree a little, or disagree a lot.	1. Expresé algunos sentimientos que tal vez experimente al cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO). En relación con cada frase, por favor, diga si estás muy de acuerdo, algo de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, algo en desacuerdo o muy en desacuerdo.	1. Now we are going to talk about some feelings which you may experience while caring for your (ELDERLY RELATIVE). For each phrase, please say if you agree strongly, agree to some extent, neither agree nor disagree, disagree to some extent, or disagree strongly.	A	Cambia la construcción gramatical. Se reformula la pregunta ya que esta escala forma parte de una entrevista mayor realizada en el estudio de validación.
	1A) No matter how much I do, somehow I feel guilty about not doing enough for my (ELDER).	A) Haga lo que haga, de alguna manera, me siento culpable por no hacer lo suficiente por mi (FAMILIAR ANCIANO).	A) Whatever I do, I feel guilty of not doing enough for my (ELDERLY RELATIVE).	B	Se introduce el coloquialismo en castellano "haga lo que haga" y se sustituye por "cuanto haga".
	1B) I can fit in most of the things I need to do in spite of the time taken by caring for my (ELDER).	B) Tengo tiempo para atender a la mayoría de las cosas que tengo que hacer a pesar del tiempo que me lleva cuidar de mi (FAMILIAR ANCIANO).	B) I have time to attend to most of the things I have to do in spite of the time I take looking after my (ELDERLY RELATIVE).	B	Se retira "puedo encontrar tiempo" y se simplifica la frase. Se añade "atender a".
	1C) Taking care of my (ELDER) gives me a trapped feeling.	C) Cuidar de mi (FAMILIAR ANCIANO) hace que me sienta atado.	C) Caring for my (ELDERLY RELATIVE) makes me feel tied down.	A	
	1D) I get a sense of satisfaction from helping my (ELDER).	D) Cuidar de mi (FAMILIAR ANCIANO) me proporciona una cierta satisfacción.	D) Caring for my (ELDERLY RELATIVE) gives me a degree of satisfaction.	A	
SEGUNDA SERIE DE ÍTEMS. (Preguntas exploratorias de experiencia del cuidado).	2. Now we're going to talk about some feelings you may have in caring for your (ELDER). For each question, please tell me how often you feel this way: "never, rarely, sometimes, quite frequently, or nearly always." How often do you feel:	2. Expresé algunos sentimientos que pueda tener al cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO). En relación con cada pregunta, por favor, diga con qué frecuencia (nunca, rara vez, a veces, con bastante frecuencia o casi siempre) siente que:	2. Now we are going to talk about some feelings which you might have when caring for your (ELDERLY RELATIVE). For each question, please say how often (never, hardly ever, sometimes, quite often, or almost always) you feel that:	A	"Tell me" por "say me" en la traducción inversa. Cambia la estructura de la frase.
	2A) That helping your (ELDER) has made you feel closer to (her/him)?	A) ¿Ayudar a su (FAMILIAR ANCIANO) hace que se sienta más cercana/o a (él/ella)?	A) Helping your (ELDERLY RELATIVE) makes you feel closer to him/her?	B	Se añade "te sientas más".

Mónica Cueli Arce, Ana Rosa Alconero Camarero, Miguel Santibáñez Margüello, Juan Ramón Barrada González, Marta Gómez Oti, Carmen M. Sarabia Cobo

VERSIONES	VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN DE SÍNTESIS	VERSIÓN PREFINAL	EQUIV.	COMITÉ DE EXPERTOS
SEGUNDA SERIE DE ÍTEMS. (Preguntas exploratorias de la experiencia del cuidado. (Cont.)	2B) That your (ELDER) is too demanding?	B) ¿Su (FAMILIAR ANCIANO) le exige demasiado?	B) Your (ELDERLY RELATIVE) demands too much from you?	A	
	2C) That nothing you can do seems to please your (ELDER)?	C) ¿Nada de lo que haga por su (FAMILIAR ANCIANO) parece agradarle?	C) Nothing you do for your (ELDERLY RELATIVE) seems to please him/her?	A	Se retira "puede", porque es más "rebuscado".
	2D) Uncertain about what to do about your (ELDER)?	D) ¿Duda sobre qué hacer con su (FAMILIAR ANCIANO)?	D) Doubts about what to do about your (ELDERLY RELATIVE)?	A	Se retira el artículo "lo". Se cambia "incertidumbre" por una palabra más coloquial. "Dudas".
	2E) That you should be doing more for your (ELDER)?	E) ¿Debería hacer más cosas por su (FAMILIAR ANCIANO)?	E) You should do more things for your (ELDERLY RELATIVE)?	A	
	2F) That you could do a better job in caring for your (ELDER)?	F) ¿Podría cuidar mejor a su (FAMILIAR ANCIANO)?	F) That you could take better care of your (ELDERLY RELATIVE)?	A	
	2G) That you really enjoy being with your (ELDER)?	G) ¿Realmente disfruta estando con su (FAMILIAR ANCIANO)?	G) You really enjoy being with your (ELDERLY RELATIVE)?	A	
	2H) That taking responsibility for your (ELDER) gives your self-esteem a boost?	H) ¿Que ser el responsable de tu (FAMILIAR ANCIANO) refuerza tu auto-estima?	H) That being responsible for your (ELDERLY RELATIVE) boosts your self-esteem?	A	
	2I) That your (ELDER's) pleasure over some little thing gives you pleasure	I) ¿Le agrada que su (FAMILIAR ANCIANO) le muestre satisfacción con algún pequeño detalle?	I) You are pleased when your (ELDERLY RELATIVE) shows satisfaction with some small thing?	A	Cambia el orden gramatical. Se cambia "Complace" por "agrada", es más coloquial.
	2J) That your health has suffered because of the care you must give your (ELDER)?	J) ¿Su salud se ha resentido por cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO)?	J). Your health has suffered because of caring for your (ELDERLY RELATIVE)?	A	
	2K) That because of the time you spend with your (ELDER) you don't have enough time for yourself?	K) ¿Debido al tiempo que pasa con su (FAMILIAR ANCIANO), no tiene suficiente tiempo para si mismo/a?	K) Due to the time you spend with your (ELDERLY RELATIVE) you don't have enough time for yourself?	A	
	2L) That your (ELDER) shows real appreciation of what you do for (her/him)?	L) ¿Su (FAMILIAR ANCIANO) realmente aprecia lo que hace por (él/ella)?	L) Your (ELDERLY RELATIVE) really appreciates what you do for him/her?	A	
	2M) That your social life has suffered because you are caring for your (ELDER)?	M) ¿Su vida social se ha visto perjudicada por cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO)?	M) Your social life has suffered because you care for your (ELDERLY RELATIVE)?	A	
	2N) Very tired as a result of caring for your (ELDER)?	N) ¿Está muy cansado/a por cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO)?	N) Caring for your (ELDERLY RELATIVE) makes you very tired?	A	
	2Ñ) That caring for your (ELDER) gives more meaning to your life?	Ñ) ¿Su vida tiene más sentido desde que cuida de su (FAMILIAR ANCIANO)?	Ñ) Your life has had more meaning since you started caring for your (ELDERLY RELATIVE)?	A	Se introduce la ñ en la versión española
	2O) That you will be unable to care for your (ELDER) much longer?	O) ¿No será capaz de cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO) durante mucho más tiempo?	O) You won't be able to care for your (ELDERLY RELATIVE) for much longer?	A	
	2P) Isolated and alone as a result of caring for your (ELDER)?	P) ¿Está aislado/a y solo/a por cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO)?	P) You are isolated and alone because you care for your (ELDERLY RELATIVE)?	A	Se cambia en la retro traducción "lonely" por "alone".
2Q) That you have lost control of your life because of caring for your (ELDER)?	Q) ¿Ha perdido el control de su vida por cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO)?	Q) You have lost control of your life through caring for your (ELDERLY RELATIVE)?	A		

Traducción y adaptación transcultural de la Escala revisada de evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiver Appraisal Scale (RCAS)] en la población española

VERSIONES	VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN DE SÍNTESIS	VERSIÓN PREFINAL	EQUIV.	COMITÉ DE EXPERTOS
SEGUNDA SERIE DE ÍTEMS. (Preguntas exploratorias de experiencia del cuidado. (Cont.))	R) That caring for your (ELDER) doesn't allow you as much privacy as you would like?	R) ¿Cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO) no le permite disfrutar de la intimidad que le gustaría tener?	R) Caring for your (ELDERLY RELATIVE) does not allow you to enjoy as much privacy as you would like?	A	
	S) Uncomfortable about having friends over because of your (ELDER)?	S) ¿Le incomoda cuando vienen amigos de visita a su casa debido a la presencia de su (FAMILIAR ANCIANO)?	S) Unease when friends visit because of your (ELDERLY RELATIVE)?	A	Se introduce "la presencia de" mejor entendimiento del ítem.
	T) That caring for your (ELDER) has interfered with your use of space in your home?	T) ¿Cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO) ha afectado al uso del espacio de su casa?	T) Caring for your (ELDERLY RELATIVE) has affected the use of space in your home?	B	Se cambia "aprovechamiento" por "uso" y "en tu casa" por "de tu casa".

1. Traducción directa: versión de síntesis.

Esta versión se obtuvo tras la traducción directa de la escala. No se optó por el proceso de validación lingüística debido al uso de expresiones poco comunes en el lenguaje español.

"Elder". Este término aparece como en todos los ítems para hacer referencia a la persona que se cuida. Se optó por "familiar anciano" en vez de "persona mayor", para especificar tanto la edad de los receptores de cuidados como la relación de parentesco entre estos y sus cuidadores.

- De la primera serie de preguntas (encabezado con el número 1) dos ítems fueron adaptados lingüísticamente, los ítems designados con las letras B y C.

"Fit in" (1B). Su significado resultó difícil de expresar en español dentro de la frase en la que se presentaba ("I can fit in most of the things I need to do in spite of the time taken by caring for my (ELDER)"). Se decidió que la mejor adaptación cultural al español fue a través de la expresión "puedo encontrar tiempo para atender"

"Trapped" (1C). Su traducción hubiera sido "atrapado", sin embargo, el concepto español se adaptó más con el término "atado".

- De la segunda serie de preguntas (encabezadas con el número 2) fueron adaptadas lingüísticamente el enunciado de la serie y los ítems designados con las letras I, J y K.

"Felings" (enunciado de la serie). Se planteó si "sentimientos" cubría todas las acepciones posibles del término inglés. Se optó por usar un concepto más genérico en español, "percepciones", ya que el verbo "to feel" del inglés también incluye la idea de considerar, percatarse y también sentir algo (encabezamiento segunda parte del cuestionario)

"Pleasure" (ítem 2I). Se seleccionó "agrado" y "satisfacción", como posibles traducciones. Aunque "agrado" dejaba clara la idea de encontrarse cómodo y querido gracias a los cuidados, no cubría la exigencia real que suele producir cuando se está a cargo de un familiar. Se optó por "satisfacción" como adaptación, para incluir ese grado de bienestar que suelen demandar las personas mayores que se encuentran en esta situación.

"Your health has suffered" (ítem 2J). Esta expresión se elevó ligeramente el nivel lingüístico y se adaptó culturalmente por "tu salud se ha resentido" (.)

"To have time" (ítem 2K). Se seleccionaron los términos "disponer de tiempo" y "tener tiempo" como su adaptación

al español. La sencillez y accesibilidad declinó por "tener."

2. Traducción inversa o retrotraducción y equivalencia lingüística: versión prefinal RCAS-VE.

Una vez realizada la traducción inversa por los dos traductores de habla inglesa, se compararon las tres versiones: versión original, versión de síntesis y versión de traducción inversa. Del mismo modo se evaluaron por el comité de expertos los diferentes grados de equivalencia existente entre las tres versiones (equivalencia A, equivalencia B, o equivalencia C) y se realizaron las modificaciones necesarias.

Del total de 25 ítems, no hubo ninguno con equivalencia C. El título y cuatro ítems presentaron equivalencia B, dos de la primera serie de preguntas del cuestionario y dos de la segunda serie.

Tras la reunión con el comité de expertos se adaptó la palabra del título ("caregiving") y las palabras de los ítems que presentaban equivalencia B por otras adaptadas culturalmente a nuestra lengua.

En la tabla 1 se muestra los diferentes tipos de equivalencias entre las tres versiones (versión original, traducida al castellano o versión de síntesis y la retrotraducida o traducción inversa), así como las modificaciones realizadas hasta conseguir la versión pre-final de RCAS-VE.

3. Prueba piloto: versión final RCAS- VE.

Tras la prueba piloto, se modificaron cuatro ítems, pues a más de un 15% de los cuidadores de la muestra piloto le resultaba difícil su entendimiento.

- De la primera parte del cuestionario.

Resultó de entendimiento difícil solo el ítem 1A.

El coloquialismo "haga lo que haga", no se entendió por los cuidadores entrevistados, así que se retira y se acorta la frase por:

1A) Haga lo que haga, de alguna manera me siento culpable por no hacer lo suficiente por mi (FAMILIAR ANCIANO).

1A) Me siento culpable por no hacer lo suficiente por mi (FAMILIAR ANCIANO).

- De la segunda parte del cuestionario:

- 2C) ¿Nada de lo que haga por su (FAMILIAR ANCIANO) parece agradaarle?

Los cuidadores no identificaron a quien debía agrada si al mismo cuidador o al (FAMILIAR ANCIANO) y se modificó por:

- 2C) ¿Nada de lo que usted haga por su (FAMILIAR ANCIANO) parece que le agrada?

Mónica Cueli Arce, Ana Rosa Alconero Camarero, Miguel Santibáñez Margüello, Juan Ramón Barrada González, Marta Gómez Oti, Carmen M. Sarabia Cobo

- 2D) ¿Duda sobre qué hacer con su (FAMILIAR ANCIANO)?

No entendieron la palabra "duda" y se modificó por:

2D) ¿Tiene dudas sobre qué hacer con su (FAMILIAR ANCIANO)?

- 2I) ¿Le agrada que su (FAMILIAR ANCIANO) le muestre satisfacción con algún pequeño detalle?

Igualmente, que el ítem (2C), los cuidadores no identificaron a quién debía agradar, si al mismo cuidador o al (FAMILIAR ANCIANO) y se modificó por:

2I) ¿A usted le agrada que su (FAMILIAR ANCIANO) le muestre satisfacción con algún pequeño detalle?

Tras la modificación de los ítems en la prueba piloto, no hubo más dificultad de entendimiento quedando la versión como se muestra en el Anexo II.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Se conocen dos estudios en los que RCAS ha sido adaptada transculturalmente a otras poblaciones; adaptación a la población coreana⁽²¹⁾ y a la población iraní⁽²²⁾. Ambos estudios usan metodología de adaptación transcultural adecuada^(23,24).

En la población española, otros autores^(25,26), realizaron una traducción al español de la dimensión "Satisfacción" de CAS⁽⁹⁾ ante la necesidad de medir dicho factor tras una intervención con cuidadores. En esa traducción no se documentó el proceso seguido para intentar garantizar claridad en la versión española y equivalencia entre versiones. En nuestra propuesta se siguió un proceso estandarizado y documentamos en el presente artículo los diferentes pasos.

RCAS-VE evalúa las percepciones positivas y negativas del cuidador, por lo que el modelo teórico sobre la que se configuró la escala original⁽⁸⁾, queda representado en la adaptación al español de RCAS.

Por medio de RCAS-VE se evalúa la percepción de los cuidadores familiares tanto de forma positiva (impacto positivo), como de forma negativa (impacto negativo). Ambas percepciones por cuidar conviven al mismo tiempo en el cuidador familiar.

Se puede determinar que los resultados de la adaptación transcultural, apoyan el modelo teórico de Lawton et al⁽³⁾. En RCAS-VE se preservó el modelo de los factores de la evaluación del cuidador y bienestar psicológico ("Two-factor model of caregiving appraisal and psychological Well-being") está constituido por las siguientes teorías:

- Teoría de la evaluación del cuidado (Caregiving appraisal)^(9,2). Los resultados obtenidos en RCAS-VE, recogen "la evaluación final del cuidador" (secondary appraisal), consecuencia de un proceso cognitivo y afectivo del cuidador relacionado con su experiencia de cuidado.
- Teoría de estrés y afrontamiento (Stress and coping)^(2,3,8,27). RCAS-VE recoge la evaluación final, que depende de las situaciones estresantes a las que se enfrenta el cuidador y que están relacionados con el receptor de los cuidados (nivel de dependencia, comorbilidad, edad avanzada, horas diarias dedicado al cuidado) y recursos con los que cuenta el cuidador (ayudas recibidas, apoyo de otros miembros de la familia, cuidado compartido).

- Teoría de los dos factores (Two Factor Model)^(3,27). RCAS-VE recoge dos estados emocionales, uno positivo y otro negativo. Ambos estados emocionales se dan simultáneamente en el cuidador, ya que han sido evaluados en el mismo momento en el presente estudio.

- Teoría del bienestar psicológico (well-being)^(27,28). El estado emocional negativo y positivo del cuidador, recogidos en RCAS-VE, no son independientes. El balance final del estado emocional positivo y negativo determina un estado psicológico de bienestar en el cuidador con consecuencias positivas (afecto positivo o bienestar psicológico) o con consecuencias negativas (depresión).

Este estudio ofrece la herramienta necesaria para evaluar la afectación psicológica del cuidador tanto desde la vertiente positiva como desde la negativa.

Varios estudios, apoyándose en las anteriores teorías y a pesar de no usar CAS o RCAS, evalúan las percepciones positivas y negativas del cuidador así como los efectos finales en su salud⁽²⁹⁻³⁴⁾. Solo se conoce un estudio a nivel nacional que usa la dimensión "Satisfacción" de CAS (realizando una traducción propia de la misma) y concluye con que la dimensión "Satisfacción" no se asocia a un mejor o peor estado emocional para la muestra de cuidadores estudiada⁽²⁶⁾. Escasos son los estudios que concluyen con el hecho de que al disminuir las percepciones negativas y aumentar las positivas se pueden mejorar los efectos finales en la salud física y psicológica del cuidador^(34,35). A pesar de que esto no es el objeto de este trabajo, se ofrece la herramienta medidora para evaluar cómo estas percepciones por cuidar pueden influir en la salud física y/o psicológica del cuidador familiar.

Tras la comprobación de las características psicométricas de la misma, se presenta y ofrece un amplio campo para la investigación científica en cuidados de enfermería orientados a:

- Evaluar las percepciones positivas y negativas del cuidador y medir los efectos finales en la salud física y psicológica del cuidador por medio de las herramientas disponibles en la literatura científica española (depresión, ansiedad, afecto positivo, afecto negativo).
- Determinar en qué medida estas percepciones positivas y negativas condicionan la salud física y psicológica del cuidador.
- Establecer estrategias encaminadas a aumentar las percepciones positivas, disminuir las negativas con el fin de conseguir un estado de bienestar en el cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colombo F, Llena A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted: providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. 2011;1-8 [citado el 20 de marzo 2017]. Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer Publishing Company;1984.
3. Lawton MP, Moss M, Kleban MH, Glicksman A, Rovine M. A two factor-model of caregiving appraisal and psychological well-being. J Gerontol. 1991;46(4):181-9.
4. Kramer BJ. Gain in the caregiving experience: where are we? What next? Gerontologist. 1997;37(2):218-32.

Traducción y adaptación transcultural de la Escala revisada de evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiver Appraisal Scale (RCAS)] en la población española

5. Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(2):184-8.
6. Hanyok LA, Mullaney J, Finucane T, Carrese J. Potential caregivers for homebound elderly: more numerous than supposed? *J Fam Pract*. 2009;58(7): 1-6.
7. Mosquera I, Vergara I, Machón M, Del Rio M, Calderón C. Measuring the impact of informal elderly caregiving: a Systematic review of tools. *Qual Life Res*. 2016;25(5):1059-92
8. Lawton MP, Moss M, Kleban MH, Glicksman A, Rovine M. Two Transitions in Daughters' Caregiving Careers. *J Gerontol*. 2000;40(4):437-48.
9. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *J Gerontol*. 1989;44(3):61-71.
10. Braithwaite V. Between stressors and outcomes: can we simplify caregiving process variables?. *Gerontologist*. 1996;36(1):42-53.
11. Sakurai N. The moderating effects of positive appraisal on the burden of family caregivers of older people. *Shinrigaku Kenkyu*. 1999;70(3):203-10.
12. Lee J, Yoo MS, Jung D. Caregiving appraisal of family caregivers for older stroke patients in Korea. *Int Nurs Rev*. 2010;57(1):107-12.
13. Seveck MA, Sereika S, Hoffman LA, Matthews JT, Chen GJ. A confirmatory factor analysis of the caregiving appraisal scale of home-based ventilator-assisted individuals. *Heart Lung*. 1997;26(6):430-8.
14. Struchen MA, Atchison TB, Roebuck TM, Caroselli JS, Sander AM. A multidimensional measure of caregiving appraisal: validation of the Caregiver Appraisal Scale in traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2002;17(2):132-54.
15. Polisher Research Institute Madllyn and Leonard Abramson Center for Jewish Life. (sede web). Philadelphia (acceso 25 de mayo de 2016). De Madllyn and Leonard. Caregiving appraisal scale (2000). Available at: <https://www.abramsoncenter.org/research/polisher-research-institute/>.
16. Beaton DE, Bombardier C, Guillein F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Philadelphia 1976)*. 2000;25(24):3186-91.
17. Praena-Crespo M, Lora-Espinosa A, Aquino-Linares N, Sánchez-Sánchez AM, Jiménez-Cortés A. Versión española del NAQ. Adaptación transcultural y análisis de fiabilidad y validez. *An pediatr (Barc)*. 2009;70(3):209-217.
18. García T. Adaptación Transcultural y validación al español del cuestionario de medida de calidad de vida Dermatology life Quality Index (DLQI). [Tesis doctoral]. Barcelona: Servicio de publicaciones e intercambio científico, Universidad de Barcelona;2006.
19. Martínez MR. Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos. Madrid: Síntesis;1995.
20. De Soárez PC, Kowalski CC, Ferraz MB, Ciconelli RM. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Work Limitations Questionnaire. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(1):21-28.
21. Lee J, Friedmann E, Picot SJ, Thomas SA, Kim CJ. Korean version of the Revised Caregiving Appraisal Scale: a translation and validation study. *J Adv Nurs*. 2007;59(4):407-15.
22. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Noroozian M, Nazari S, et al. Validity and reliability of Persian version of the revised caregiving appraisal scale in Iranian family caregivers of older adults with dementia. *IRCMJ [Revista internet]* 2016 [citado el 9 Dic 2016];8(7):1-9. Available at: http://ircmj.com/?page=article&article_id=35141.
23. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. [Revista en internet] 1970 [citado el 23 de marzo de 2007];3(1):185-216. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/13591045700010030>.
24. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critic and utilization. 5a.ed. United Kindong: Elsevier/saunders;2005.
25. López J. Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. [Tesis doctoral]. Madrid. Servicio de publicaciones e intercambio científico, Universidad Complutense de Madrid;2005. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>.
26. Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares de personas mayores dependientes en el hogar: "como mantener su bienestar". Madrid: IMSERSO;2006[citado el 5 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>.
27. Lawton MP, Winter L, Kleban MH, Ruckdeschel K. Affect and quality of life: Objective and subjective. *JAH*. 1999;11(2):169-98.
28. Lawton MP, Rajagopal D, Brody E, Kleban MH. The dynamics of caregiving for a demented Elder among black and White families. *J Gerontol*. 1992;47(4):156-64.
29. Yamamoto Mitani N, Ishigaki K, Kuniyoshi M, Kawhara-Maekawa N, Hayashi K, Hasegawa K, et al. Subjective quality of life and positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Qual Life Res* 2004;13(1):207-21.
30. Pakenham KI. The positive impact of multiple sclerosis (MS) on careers: association between career benefit finding and positive and negative adjustment domains. *Disabil Rehabil*. 2005;27(17):985-97.
31. Kristenson A. The association between caregiver satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *J Clin Nurs*. 2007;16(5):832-44.
32. Bień B, Wojszel B, Sikorska-Simmons E. Rural and urban caregivers for older adults in Poland: perceptions of positive and negative impact of caregiving. *Int J Aging Hum Dev*. 2007;65(3):185-202.
33. Toljamo M, Perälä M, Laukkala H. Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(2):211-18.
34. Séoud J, Nehmé C, Atallah R, Zablit C, Yérétzian J, Lévesque L, et al. The health of family caregivers of older impaired persons in Lebanon: an interview survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(2):259-72.
35. Andren S, Elmstahl S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scand J Caring Sci*. 2005;19:157-68.

ANEXOS

Anexo I. Escala original R-CAS.

- A. Series...I would like to talk about some feelings you may be having in caring for your (mother, etc.). Please tell me whether you
- 5= AGREE A LOT. 4= AGREE A LITTLE. 3= NEITHER
2= DISAGREE A LITTLE. 1= DISAGREE A LOT
- B. Series...Tell me how often you feel each way.
- 5= NEARLY ALWAYS. 4= QUITE FREQUENTLY
3= SOMETIMES. 2= RARELY. 1= NEVER
- Items followed by (R) are reversed in coding prior to adding to each index.

Caregiving burden (high score is burdened)

- A. I can fit in most of the things I need to do in spite of the time it takes to care for E. (R)
- A. Taking care of E gives me a trapped feeling.
- B. How often do you feel that your health has suffered because of the care you must give E?
- B. How often do you feel that because of the time you spend with E you don't have enough time for yourself?

Mónica Cueli Arce, Ana Rosa Alconero Camarero, Miguel Santibáñez Margüello, Juan Ramón Barrada González, Marta Gómez Oti, Carmen M. Sarabia Cobo

B. How often do you feel that your social life has suffered because you are caring for E?

B. How often do you feel very tired as a result of caring for E?

B. How often do you feel you will be unable to care for E much longer?

B. How often do you feel isolated and alone as a result of caring for E?

B. How often do you feel that you have lost control of your life because of caring for E?

Caregiving satisfaction (high score is satisfied)

A. I get a sense of satisfaction from helping my E.

B. How often do you feel that helping E has made you feel closer to him/her?

B. How often do you feel that you really enjoy being with E?

B. How often do you feel that taking responsibility for E gives a boost to your self-esteem?

B. How often do you feel that E's pleasure over some little thing gives you pleasure?

B. How often do you feel that caring for E gives more meaning to your life?

Caregiving mastery (high score is mastery)

A. Feel guilty about not doing enough for E.

B. How often do you feel uncertain about what to do about E? (R)

B. How often do you feel that you should be doing more for E? (R)

B. How often do you feel that you could do a better job in caring for E? (R)

Caregiving demands (high score is demanding)

B. How often do you feel that E is too demanding?

B. How often do you feel that nothing you can do seems to please E?

B. How often do you feel that E shows real appreciation of what you do for him/her? (R)

Caregiving impact (high score is unfavorable impact)

B. How often do you feel that caring for E does not allow you as much privacy as you would like?

B. How often do you feel uncomfortable about having friends over because of E?

B. How often do you feel that caring for E has interfered with the use of space in your home?

Note: E= elder, the care receiver's name, or relationship to caregiver (e.g., "your mother").

Anexo II . Versión final RCAS-VE

1. Expresé algunos sentimientos que pueda tener al cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO). En relación con cada frase, por favor diga si está muy de acuerdo, algo de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, algo en desacuerdo o muy en desacuerdo. Señale con un aspa (x) la casilla correspondiente.

Muy de acuerdo (5). Algo de acuerdo (4). Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3). Algo en desacuerdo (2). Muy en desacuerdo (1).

1A) Me siento culpable por no hacer lo suficiente por mi (familiar anciano). 5 4 3 2 1

1B) Tengo tiempo para atender a la mayoría de las cosas que tengo que hacer a pesar del tiempo que me lleva cuidar de mi (familiar anciano.) 5 4 3 2 1

1C) Cuidar de mi (familiar anciano) hace que me sienta atado. 5 4 3 2 1

1D) Cuidar de mi (familiar anciano) me proporciona una cierta satisfacción. 5 4 3 2 1

2. Expresé algunos sentimientos que pueda tener al cuidar de su (FAMILIAR ANCIANO). En relación con cada pregunta, por favor, diga con qué frecuencia (nunca, rara vez, a veces, con bastante frecuencia o casi siempre) siente que: Señale con un aspa (x) la casilla correspondiente.

Casi siempre (5). Con bastante frecuencia (4). A veces (3). Rara vez (2). Nunca (1).

Con qué frecuencia siente que:

2A) ¿Ayudar a su (familiar anciano) hace que se sientas más cercana/o a (él/ella)? 5 4 3 2 1

2B) ¿Su (familiar anciano) le exige demasiado? 5 4 3 2 1

2C) ¿Nada de lo que usted haga por su (familiar anciano) parece agradarle? 5 4 3 2 1

2D) ¿Tiene dudas sobre qué hacer con su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2E) ¿Debería hacer más cosas por su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2F) ¿Podría cuidar mejor a su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2G) ¿Realmente disfruta estando con su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2H) ¿Que ser el responsable de tu (FAMILIAR ANCIANO) refuerza tu auto-estima? 5 4 3 2 1

2I) ¿A usted le agrada que su (familiar anciano) le muestre satisfacción con algún pequeño detalle? 5 4 3 2 1

2J) ¿Su salud se ha resentido por cuidar de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2K) ¿Debido al tiempo que pasa con su (familiar anciano), no tiene suficiente tiempo para sí mismo/a? 5 4 3 2 1

2L) ¿Su (familiar anciano) realmente aprecia lo que hace por (él/ella)? 5 4 3 2 1

2M) ¿Su vida social se ha visto perjudicada por cuidar de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2N) ¿Está muy cansado/a por cuidar de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2Ñ) ¿Su vida tiene más sentido desde que cuidas de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2O) ¿No será capaz de cuidar de su (familiar anciano) durante mucho más tiempo? 5 4 3 2 1

2P) ¿Está aislado/a y solo/a por cuidar de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2Q) ¿Ha perdido el control de su vida por cuidar de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2R) ¿Cuidar de su (familiar anciano) no le permite disfrutar de la intimidad que le gustaría tener? 5 4 3 2 1

2S) ¿Le incomoda cuando vienen amigos de visita a su casa debido a la presencia de su (familiar anciano)? 5 4 3 2 1

2T) ¿Cuidar de su (familiar anciano) ha afectado al uso del espacio de su casa? 5 4 3 2 1

CESÁREA A DEMANDA

Sra. Directora: La cesárea ha sido un importante avance dentro de la atención obstétrica; alrededor de 1 de cada 5 nacimientos se producen por ésta vía. Desde 1970, hay un incremento de las cesáreas que no puede justificarse solo motivos médicos; indicaciones como la realización de cesáreas en el embarazo gemelar, el manejo intraparto del niño prematuro, el parto de una mujer con cesárea previa o la posición podálica del feto en una mujer múltipara, no están avaladas por la evidencia científica¹.

La cesárea a demanda es aquella que se realiza en ausencia de indicaciones médicas u obstétricas que la justifiquen. Aunque no haya merecido atención por parte de la comunidad científica, no es un fenómeno reciente. Hasta hace relativamente poco era el profesional médico el que decidía la realización de esta intervención no indicada, en la actualidad, suele ser la gestante la que la solicita^{1,2}.

El porcentaje de cesáreas en España varía entre hospitales, pero supera ampliamente la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que fija su tasa máxima en un 15% de los nacimientos³.

El porcentaje de variabilidad de las cesáreas entre niveles hospitalarios y entre hospitales de un mismo nivel es superior en los hospitales privados respecto a los públicos, y dentro de los públicos en los de menor nivel tecnológico. Parece ser que en los centros privados existe una mayor receptividad a las peticiones de las mujeres, de manera que muchas de las cesáreas a demanda podrían estar encubiertas como cesáreas indicadas³.

No existe evidencia científica sobre que las cesáreas sean tan seguras como el parto vaginal. La madre sufre un riesgo de entre 5-7 veces mayor que en un parto vaginal; dos meses después de la cesárea 1 de cada 10 mujeres encuentra dificultades para la realización de sus actividades de la vida diaria y 1 de cada 4 continúa teniendo dolor en el lugar de incisión. Además, la mujer cuenta con el doble de posibilidad de reingreso en una cesárea que en un parto vaginal. En cuanto al riesgo en las cesáreas iterativas, esta intervención acarrea 2 veces más riesgo de muerte materna comparado con el parto vaginal; el tejido cicatricial antiguo incrementa la posibilidad de lesión quirúrgica⁴.

Las cesáreas no son más seguras para el feto; muchas de las cesáreas programadas suponen nacimientos prematuros, pueden sufrir lesiones con el bisturí a la hora de la realización de la incisión; el vínculo afectivo con la madre es menor; tienen menor probabilidad de ser amamantados⁴.

Desde el punto de vista psicológico, encontramos en las cesáreas diferentes secuelas psicopatológicas como retraso significativo en el primer contacto madre-hijo, aislamiento, miedo, estrés, ansiedad y depresión⁵.

Las peticiones de cesárea por parte de las usuarias están aumentando en los últimos años, en parte por el mayor acceso a la información a través de internet y por el creciente uso del prin-

cipio de autonomía. Ello está favorecido por la falsa percepción del escaso riesgo de esta intervención¹.

Las razones esgrimidas para solicitar una cesárea contemplan: miedo al dolor y/o miedo al parto, temor a complicaciones antes o durante el parto, temor a complicaciones fetales, miedo al parto instrumental, antecedentes obstétricos negativos, rechazo de elección, comodidad y conveniencia socio-familiar o personal, por popularidad de esta intervención entre las celebridades¹.

Aunque las cesáreas en la actualidad son muy seguras debido al perfeccionamiento de la anestesia y de la técnica quirúrgica, la evidencia disponible en la actualidad es insuficiente para evaluar los riesgos y las ventajas de una cesárea a demanda respecto a un parto vaginal. Solo se dispone de evidencia de una calidad moderada respecto a morbilidad respiratoria neonatal, hemorragia materna, duración del ingreso y mayor riesgo de rotura uterina y de placenta previa en una gestación posterior, señalando todos ellos mayor riesgo para la cesárea a demanda^{1,2}.

En conclusión, si las cesáreas no están justificadas por una indicación médica; si, por otro lado, entrañan mayores riesgos tanto para la madre como para el bebé, habría que preguntarse, ¿por qué el índice de cesáreas aumenta como demanda de las mujeres respecto al parto vaginal?, ¿por qué los médicos las realizan?, ¿por qué terminar un parto mediante una técnica quirúrgica si no es necesario?, ¿por qué no existe consentimiento informado en el parto vaginal?

Bibliografía

1. Melchor Marcos, JC. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) Informe presentado en la Reunión de Jefes de Servicio. 2008 Feb.
2. Lavender T, Hofmeyr GJ, Nellson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
3. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gac Sanit. 2013 May 27(3):258-62.
4. Usandizaga M. El iceberg de las cesáreas sin indicación. Gac Sanit. 2014 Mar 28(2):1782.
5. Olza I. SECUELAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS CESAREAS. [citado 16 de marzo de 2017]; Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/07_PARTO/26_SECUELAS.pdf

María Elena Garrote Cámara
Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja

Eloísa Fernández Ordóñez
Hospital Regional Universitario de Málaga

Correo para correspondencia: megc1979@hotmail.com

EL CONCEPTO DE COMUNIDAD DESDE LA SERIE TELEVISIVA "CALL THE MIDWIFE"

La serie televisiva *Call the Midwife* desarrolla las vivencias de un grupo de enfermeras que trabajan en el East End de Londres a finales de los años 1950 y principio de los 1960. Esta serie permite analizar el concepto de "Comunidad", desde el Paradigma de Enfermería Humanbecoming, propuesto por la PhD. Rosemarie Rizzo Parse¹; es importante contextualizar que este paradigma o visión de mundo, determina la ciencia y el arte de la disciplina enfermera a partir de las experiencias universales de vida que experimentamos los seres humanos (esperanza, alegría, miedo, confianza, satisfacción, seguridad, sufrimiento, vivir con expectativas de cambio, entre otros) como fenómenos que definen la salud y el vivir con calidad. Desde esta visión, comunidad se conceptualiza como un fenómeno unitario conformado por el ser humano y el entorno (*humanuniverse*), ambos unidos de forma indivisible, donde la unión se encuentra mediada por las costumbres, valores, relaciones interpersonales y el contacto con los diferentes contextos (laborales, sociales, familiares, etc); es a su vez impredecible y siempre cambiante², esto debido a que los seres humanos estamos en constante evolución. Desde esta definición, esta comunidad puede ser concebida desde un individuo hasta un grupo (familia, lugar de trabajo, ciudad, país, continente, entre otros). Por lo tanto, la Enfermería se convierte en un "estar con" la persona y para representarlo agrega el prefijo "co"¹ a palabras como co-creación y co-transformación.

Una forma de ilustrar lo anteriormente citado, es lo presentado por la serie televisiva, la cual está en concordancia con la definición de salud como un derecho humano y un producto social³ (2008), es decir, que la manifestación social se expresa en la estructura biológica. Un ejemplo de ello, mostrado en uno de los capítulos podría ser la angustia vivida por una adolescente embarazada que debe comunicarle a su familia lo acontecido y, por lo tanto, casi pierde la vida porque no realizó sus controles prenatales; las enfermeras en la valoración detectaron lo sucedido y condujeron un proceso de cuidado dirigido al afrontamiento de la situación, donde cotransforman acciones de cuidado incorporando las experiencias y significados de salud para cada caso particular.

Actualmente, se comprende que los factores de riesgo y estilo de vida no son agentes exclusivos causales de enfermedad, ni están descontextualizados de la realidad y del contexto socioeconómico y político, es por esta razón que surgen los determinantes sociales de la salud⁴ (OMS, 2011), los cuales destacan el reconocimiento de los distintos niveles de determinación social y explican la producción social y la generación de desigualdades e inequidades en salud; ya que

las características individuales de las personas y su contexto inmediato no poseen la propiedad de explicar este⁵ (Solar & Irwin, 2010). Lo cual se apreciaba de manera clara en la serie, uno de los casos señalaba la violencia de pareja, un hombre que no permitía que su esposa recibiera atención y consejería en planificación familiar; representando los mitos y significados y el abordaje que dieron las enfermeras a este caso.

Además, la serie va en concordancia por lo planteado por la Atención Primaria de Salud Renovada⁶ presentada por la Organización Panamericana de la Salud; en cuanto a la necesidad de innovar en las prácticas de cuidado para dar respuesta a los desafíos epidemiológicos de manera efectiva, asimismo el fortalecimiento de la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

En los capítulos de la serie puede observarse que la comunidad está constituida por las historias personales, las cuales se interrelacionan y se cocrean con las enfermeras protagonistas. Se aprecian los sueños y esperanzas compartidas de forma conjunta en pro de la salud. Cada uno de sus capítulos pone de manifiesto dichas experiencias universales, a través de la vivencia de los personajes; quienes muestran situaciones asociadas con la migración, condición socioeconómica, nivel educativo, género y condición laboral. Aspectos que hoy en día generan necesidades humanas en los que las enfermeras y los enfermeros debemos trabajar.

Referencias

1. Parse R.. The humanbecoming paradigm: A transformational worldview. Pittsburgh, PA: Discovery International Publications; 2014.
2. Parse R. Community: A Human Becoming Perspective. U.S.A: Jones and Bartlett Publishers, Inc and National League for Nursing; 2003.
3. Organización Mundial de la Salud. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008
4. Organización Mundial de la Salud Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (BR): OMS. 2011.
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra: OMS, 2010
6. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Comisión Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2008.

Vivian Vilchez-Barboza

Doctora en Enfermería; Académica-Investigadora;
Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. mail: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUBEROS CIENTÍFICA es una publicación de carácter científico de la Fundación de Enfermería de Cantabria.

Sus principales objetivos son: promover la investigación científica enfermera y difundir la producción científica a los profesionales de Enfermería y de la salud en general.

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

Las normas para la publicación de trabajos y estudios están basadas, fundamentalmente, en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas según la última revisión disponible, puede consultarse una revisión traducida al castellano en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf

Normas generales de publicación

Los manuscritos de los trabajos se enviarán a la dirección electrónica del Colegio de Enfermería de Cantabria: colegio@enfermeriacantabria.com con una carta de presentación solicitando la publicación donde constará expresamente si el trabajo ha sido o no presentado o publicado en otro evento, revista científica, repositorio o archivo. Además si existe o no algún conflicto de intereses.

Normas:

- La extensión máxima será de 4.000 palabras, excepto los manuscritos de carácter cualitativo que serán a criterio de la revisora correspondiente.
- Tipo de letra Times New Roman, cuerpo 12, espaciado e interlineado normales.
- Evitar "negritas", subrayados o mayúsculas para resaltar.
- Deberán evitarse las abreviaturas o siglas, cuando sea necesario se explicará -la primera vez- entre paréntesis su significado.
- Se exceptúan las unidades de medida del Sistema Internacional.
- Utilizar entrecomillados para citas textuales.
- Utilizar cursiva para palabras en otro idioma o en latín.
- No numerar las páginas.

En la primera página se incluirá por orden:

- Título del artículo.
- Nombre y apellidos de los autores (máximo seis).
- Lugar de trabajo y departamento o institución.
- Identificación de autor principal y responsable del manuscrito y su dirección electrónica para correspondencia.
- Apoyos recibidos (si existieran) para la realización del estudio o trabajo.

Todas las personas que figuran como autores deberán estar cualificadas para ello, en caso contrario y con su permiso, podrán figurar en la sección de agradecimientos.

Nuberos Científica declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen en la Revista.

En la segunda página se hará constar, de manera resumida (RESUMEN y ABSTRACT) y en 200 palabras (español e inglés), un texto que esboce:

- Justificación.
- Propósito del estudio (objetivo).
- Metodología.
- Resultados relevantes.
- Conclusiones importantes

Al final de este RESUMEN se incluirán, como palabras clave, entre 3 y 10 palabras o frases cortas (según leguajes DeCS o MeSH) que permitirán indexar el artículo en las bases de datos.

En las siguientes páginas se incluirá el texto del trabajo o estudio, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Los **trabajos o estudios científico técnicos de investigación** deben seguir (de manera general) las fases de la metodología científica:

1. Título.
2. Resumen-Abstract. Palabras clave.
3. Introducción-Estado actual del tema.
4. Justificación.
5. Objetivos: general y/o específicos.
6. Metodología.

7. Resultados.
8. Discusión-Conclusiones. Aportación del trabajo a la comunidad científica o a la sociedad en su conjunto.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

Los **trabajos de investigación de carácter cualitativo** deben contener:

1. Título.
2. Resumen-Abstract. Palabras clave.
3. Introducción (importancia del tema, puesta al día y justificación de estudio cualitativo).
4. Objetivo/s.
5. Metodología propia cualitativa: narrativa clínica, relato biográfico, entrevista en profundidad, grupo de discusión..., incluyendo el desarrollo del propio trabajo.
6. Discusión-Conclusiones.
7. Bibliografía.

Las **monografías o revisiones bibliográficas**, las siguientes normas:

1. Título.
2. Resumen-abstract.
3. Palabras clave.
4. Introducción-Estado actual del tema.
5. Justificación.
6. Objetivo.
7. Metodología de búsquedas bibliográficas.
8. Resultados.
9. Discusión-Conclusiones.
10. Bibliografía.

Las **cartas al director**, serán:

- Dirigidas a la Sra. Directora
- El texto tendrá una extensión de no más de 700 palabras
- Una sola tabla figura o gráfico si se requiere
- Un máximo de 5 referencias bibliográficas.

Ilustraciones, tablas, gráficos, fotografías o dibujos

- Se incluirán en el texto del manuscrito en el lugar correspondiente. Serán sencillas, con título breve y se explicarán al pie. Serán de formato similar.
- Se presentarán realizadas mediante aplicación informática. Deben estar correctamente referenciadas en el texto.
- Se admite un máximo de cuatro por trabajo. Serán en archivo de alta resolución (300 ppp) y formatos JPEG o TIF

Referencias bibliográficas

- Deben presentarse correlativamente según el orden de aparición en el texto.
- En el artículo aparecerán con un número superíndice.
- Se recomienda un máximo de no más de 30 referencias, deben basarse en las normas del National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Normas éticas

- Se indicará, expresamente y cuando se trate de experimentación humana, si los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de los comités responsables.
- Del mismo modo si se trata de experimentación animal.
- No se identificarán a los pacientes o enfermos ni con nombres ni con iniciales.
- Las fotografías, si existieran, no identificarán a las personas
- Se informará a personas e instituciones, solicitando su consentimiento, de la realización del trabajo.
- Se adjuntará (en anexos) fotocopias de los permisos o autorizaciones, así como el dictamen del Comité de Bioética o de Ensayos Clínicos de la Comunidad Autónoma.

Relación de documentos que deben contener los trabajos a enviar vía e mail

- Carta de presentación.
- Certificado de autoría.
- Texto del manuscrito.



¿Cuáles son tus metas?

M^a Teresa Chueca González de Langarica
Family Banker
Agente Representante de Banco Mediolanum
M. 669 936 596
mariateresa.chueca@bancomediolanum.es
www.bancomediolanum.es

 **mediolanum** BANCO