Tiempos de Enfermería y Salud

Nursing and Health Times

WWW.ENFERMERIAYSALUD.ES | Nº 2 | 1º Semestre 2017

Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud

MAS ENFERMERÍA + MAS SALUD

Sumario

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE UNIDADES DE SERVICIOS ESPECIALES

ACTITUDES Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL POTENCIAL DONANTE EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

ACTUALIZACIÓN DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS: RECOMENDACIONES 2015

PROTOCOLO DE MASOTERAPIA Y CINESITERAPIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD: ESTUDIO DE PREVALENCIA

PLAN DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN DEL CICLO DEMING

CANALIZACIÓN Y MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO DE IMPLANTACIÓN BRAQUIAL

PRUEBA DEL TALÓN EN RECIÉN NACIDOS: ACTUALIZACIÓN

PROYECTO " NO HACER"

AEES Asociación Española de Enfermería y Salud

Asociación Española de Enfermería y Salud

EDITA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD

CIF G24459760

Nº DE REGISTRO DE ASOCIACIONES 584931

C/ Del Estanco nº 11, bajo. 24346 Grulleros–León

Tlf. 665935695

e-mail: aees25@hotmail.com

ISSN 2530-4453

TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD. Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud.

NURSING AND HEALTH TIMES. Official Journal of the Spanish Association of Nursing and Health

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Todos los manuscritos recibidos para su publicación en TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD (TEYS) serán sometidos a revisión por expertos.

Tipos de artículos

Se considerarán para su publicación todos aquellos artículos y trabajos relacionados con la enfermería en todos los ámbitos laborales donde se desarrolla su actividad. Los artículos recibidos no deben de haber sido publicados ni estar en proceso de valoración o evaluación por otros medios.

Tiempos de Enfermería y Salud (TEYS) publica artículos de investigación originales, revisiones, artículos de actualización, de técnicas o procedimientos enfermeros, de evidencia clínica y casos clínicos.

Los manuscritos enviados deben de encuadrarse dentro de las siguientes secciones:

1.Originales. Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, social o cultural. Trabajos relacionados con la práctica asistencial de los profesionales enfermeros, en los que a partir de una situación determinada se describa la metodología encaminada a la prestación de todo tipo de cuidados.

2.Originales breves. Con las mismas características que los originales pero con menor extensión.

3.Cartas al director. Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en TEYS, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto.

4.Revisiones. Trabajos realizados basados en el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que el autor/a o autores/as puedan aportar su experiencia personal. También tienen cabida artículos de investigación secundaria o de síntesis de conocimiento, con especial referencia a revisiones sistemáticas y revisiones críticas de artículos publicados. En este apartado se incluirán:

- Evidencias en Enfermería
- Actualización en Enfermería
- Actualización en cuidados
- Técnicas o procedimientos enfermeros
-

5.Noticias. Se publicarán informaciones relativas a la Asociación (AES) sobre actividades que se hayan desarrollado de interés científico para la Enfermería (celebración de jornadas y congresos, conferencias, otorgamiento de premios...). La extensión máxima será de 500 palabras y podrá acompañarse de una fotografía.

Presentación de los trabajos

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright.

En general la extensión máxima de los manuscritos no debe superar las 5000 palabras, 1500 palabras para artículos en formato breve (originales breves, cartas al director, editoriales...) y 500 para noticias. Se admite un máximo de seis ilustraciones (tablas, figuras) por artículo (original breve máximo 3 tablas y/o figuras) y un máximo de seis firmantes

Deberá emplearse el formato Word para el envío del manuscrito como procesador de texto y Excel cuando se trate de gráficos.

Se enviará un archivo por correo electrónico que incluya el artículo. Cada parte del manuscrito iniciará una página en el siguiente orden:

-Primera página. Se indicará, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos: título del artículo, nombre y uno o dos apellidos de los autores, nombre completo del centro de trabajo y dirección completa del mismo, dirección para la correspondencia, correo electrónico y otras especificaciones cuando se considere necesario.

-Segunda-Tercera página: resumen en español e inglés (2ªpágina español y 3ª página en inglés). Su extensión aproximada será de 250 palabras, preferiblemente estructurado si es un artículo original (introducción, objetivo, material y método, resultados y conclusiones). Se caracterizará por poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.

- Palabras clave. Debajo del resumen especificar de tres a seis palabras clave o lexemas que identifiquen el contenido del trabajo.
- Resto de páginas: texto. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:
- Originales: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.
- Casos Clínicos: Introducción, Observación clínica y Discusión.
- Revisiones: Introducción. Exposición del tema, Bibliografía.
- Técnicas o procedimientos: Introducción, objetivos, material, procedimiento y evaluación.
- Referencias bibliográficas. Se presentarán siguiendo las normas de estilo Vancouver.

Procesado de texto

Tipo de letra:

- Times New Roman, cuerpo 12. Espaciado anterior y posterior 12 pt e interlineado sencillo. Margen normal: superior-inferior 2.5 cm y derecha-izquierda 3 cm.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.
- Utilizar entrecomillados para citas textuales de informantes o párrafos literales de texto.
- Las abreviaturas tendrán que evitarse en lo posible y cuando se empleen se explicitará su significado entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto. Tampoco se deben usar en el título y en el resumen.

Envío de manuscritos

El Comité Editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación.

Los trabajos se remitirán a TEYS a la siguiente dirección de correo electrónico: teys.aees@gmail.com

El envío de un artículo supone asumir que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas.

EDITORIAL

Más enfermería más salud

Encima de la mesa de cualquier enfermero debería estar todo aquello pendiente por hacer o al menos reconocer. Y digo reconocer porque si algo caracteriza a la Enfermería a lo largo de su trayectoria vital a nivel profesional es su capacidad para sacar el trabajo adelante a pesar de los pesares y a pesar, por desgracia, de nosotros mismos. Reconocer lo que hacemos y cómo lo hacemos y reconocerlo institucionalmente, económica y socialmente continúa siendo un reto, a priori utópico. El devenir de los acontecimientos nos dará o quitará la razón. De lo que no hay duda y así se refleja en múltiples investigaciones nacionales e internacionales es que la potenciación del papel enfermero tiene repercusiones positivas en la salud de la población.

El informe RECALMIN de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) entre otras cuestiones concluye señalando que existe una baja dotación de enfermeras en las salas de Medicina Interna, siendo preciso ajustar la dotación a la necesidad de cuidados. Además, resalta que una mejor dotación de Enfermería puede ser costo/eficiente (menos estancias y complicaciones) y que sería sugestivo vincular el probablemente necesario incremento en la dotación de Enfermería a objetivos de resultados y programas de mejora de la calidad. Griffiths et al. publicaron recientemente en el British Medical Journal un estudio donde examinaron la mortalidad y su relación con el número de médicos y enfermeros en 137 hospitales de agudos del Reino Unido.

Los resultados mostraron cómo la mortalidad se incrementaba según crecía el número de pacientes a cargo de las enfermeras. La mortalidad fue mayor en los hospitales donde los enfermeros atendían a más pacientes de modo que aquellos hospitales con seis o menos pacientes por enfermero presentaron un 20% menos de riesgo de muerte en comparación con los hospitales con más de 10 pacientes por enfermero. Por su parte, el estudio observacional restrospectivo sobre 43 hospitales norteamericanos de Needleman et al. publicado en el New England Journal of Medicine concluyó que la dotación de personal de Enfermería por debajo de los niveles objetivo se asociaba con un aumento de la mortalidad.

El estudio RN4CAST liderado por Aiken cuyos resultados se publicaron en el Lancet afirmaba que los recortes de personal de Enfermería para ahorrar dinero podrían afectar adversamente en los resultados del paciente. Desde la Asociación Española de Enfermería y Salud queremos proponer el lema “Más Enfermería más Salud” y hacer que todos los enfermeros nos lo creamos y hagamos lo posible para hacerlo real.

Salud y Enfermería.

JUNTA DIRECTIVA

JUNTA DIRECTIVA AEES

PRESIDENTE: LUIS MIGUEL ALONSO SUÁREZ
Enfermero del Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Asistencial Universitario de León.

SECRETARIO: HONORINO P. MARTÍNEZ FIERRO
Supervisor del área de Consultas Externas del Complejo Asistencial Universitario de León.

TESORERO: JESÚS ANTONIO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
Enfermero de la unidad de hospitalización de oncología del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCAL 1: M. LUISA GONZÁLEZ VALDÉS
Supervisora del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCAL 2: JULIO A. SENÉN BLANCO
Enfermero del área de Consultas Externas del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCAL 3: ANA BELÉN ALONSO ÁLVAREZ
Supervisora del Servicio de Cirugía General (Pta. 8PS)del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCAL 4: JUAN RAMÓN GUERRA ORDÓÑEZ
Enfermero del Servicio de hematología del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCAL 5: DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA
Enfermero profesor doctor de la Facultar de Ciencias de la Salud de la Universidad de León

VOCAL 6: IVAN ÁLVAREZ MELCÓN
Enfermero del Servicio de Cirugía General del Asistencial Universitario de León.

VOCAL 7: Mª ROSARIO SUÁREZ LÓPEZ
Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCAL 8: GABRIELA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Supervisora del Servicio de Neurocirugía del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCALES DELEGADOS

Mª LUISA TURIENZO MARTÍNEZ
Auxiliar de Enfermería del Complejo Asistencial Universitario de León.

LORENA CALLEJA DELFÍN
Enfermera del Servicio de Cirugía General del Complejo Asistencial Universitario de León.

Mª MONTSERRAT ROBLES SÁNCHEZ
Enfermera de Neurocirugía del Complejo Asistencial Universitario de León.

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
Enfermera del área de Consultas Externas del Complejo Asistencial Universitario de León.

ANTONIO SÁNCHEZ VALLEJO
Enfermero coordinador de transplantes del Complejo Asistencial Universitario de León.

MIGUEL ÁNGEL PARADA NOGUEIRAS
Enfermero Perfusionista del Complejo Asistencial Universitario de León.

ANA ISABEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
Supervisora del Servicio de Cirugía General (Pta. 10PS) del Complejo Asistencial Universitario de León.

Mª JOSÉ CORRAL ÁLVAREZ
Supervisora del Servicio de Traumatología (Pta. 7PS) del Complejo Asistencial Universitario de León.

VOCALES DELEGADOS TERRITORIALES

GALICIA: **MARTÍNEZ ISASI SANTIAGO**

ASTURIAS: **CASTRILLO CARBAJAL RAFAEL**

CANTABRIA: **GUALDRON ROMERO MARÍA ALEXANDRA**

EUSKADI: **VALDESPINA AGUILAR CARLOS**

MURCIA: **RUIZ AGUINAGA MARÍA LUISA**

VALENCIA: **FORCADA SEGARRA JOSÉ ANTONIO**

CASTILLA Y LEON: **AZUCENA SANTILLÁN GARCÍA**
(BURGOS)

MADRID: **CARMEN SELLÁN SOTO**

EXTREMADURA: **SÁNCHEZ MARCOS Mª DEL PILAR**

CONSEJO EDITORIAL

Editor Jefe

Dr. Daniel Fernández García.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León.

Editores asociados

D. Jesús Antonio Fernández Fernández.

Complejo Asistencial Universitario de León.

D. Honorino Martínez Fierro.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Consejo de Redacción

Dr. Miguel Ángel Parada Nogueira.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. Ana Belén Delgado Díez.

Complejo Asistencial Universitario de León.

D. Antonio Sánchez Vallejo.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. Beatriz Ordás Campos.

Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León.

D. Juan Ramón Guerra Ordóñez.

Complejo Asistencial Universitario de León. Consejo Asesor

Dña. Raisa Navarro Fernández.

Gerencia de Atención Primaria del Área de León.

D. Xosé Manuel Meijome Sánchez.

Hospital El Bierzo.

Consejo asesor

Dña. Belén Fernández Castro.

Directora de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de León.

Dra. Carmen Sellán Soto.

Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Dña. Gabriela González Martínez.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. Teresa Segovia Gómez.

Ex coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de UPP y Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid. Experta de la GNEAUPP.

D. José Antonio Forcada Segarra.

Secretario de la Asociación Española de Vacunologia. Coordinador del Grupo de Trabajo en Vacunaciones del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. "

Dña. Azucena Santillán García.

Complejo Asistencial de Burgos.

Dña. Sabina Freile García.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Dra. Carmen Ferrer Arnedo.

Directora Gerente del Hospital de Guadarrama de Madrid.

Dña. Ruth Barrientos Pastrana.

Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León.

D. Carmelo Villafranca Renés.

Complejo Asistencial de Burgos.

Dña. Mª Luz Fernandez Fernández.

E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria.

Dr. José María Santamaría García.

Director de la Cátedra Inés Novellón sobre lenguaje y modernización computacional de la Universidad de Alcalá.

Dra. Montserrat Solís Muñoz.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

D. Carlos Valdespina Aguilar.

Enfermero. Director de SalusPlay.

Dña. Azucena Sutil Sarmiento.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. Mª Luisa Díaz Martínez.

Universidad Autónoma de Madrid

Harris KM, Ting-Ting Goh M. Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. International Journal of Mental Health Nursing 26 (2017) 181–190.

Existe un debate considerable sobre si la evaluación del suicidio conlleva un riesgo iatrogénico para los pacientes. Para ello se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorio doble ciego con el fin de examinar el impacto emocional de la evaluación del suicidio. En el estudio se asignaron al azar 259 participantes al grupo experimental y 137 al grupo control. En el grupo experimental se aplicaba la escala Suicida Afecto-Comportamiento-Cognición y preguntas relacionadas con la muerte mientras que en el grupo control se aplicaba una escala de calidad de vida.

En ambos grupos se incluyeron medidas de depresión, apoyo social y soledad. Los estados afectivos fueron evaluados inmediatamente antes y después de la prueba, y los sesgos de investigación minimizados. Entrevistas posteriores a las pruebas recogieron reacciones cualitativas. Los resultados no mostraron diferencias por la escala aplicada al grupo experimental y ningún test previo a la prueba afectó los cambios para las condiciones o los participantes suicidas, apoyando la hipótesis nula de ningún efecto iatrogénico. Sin embargo, los participantes depresivos en ambas condiciones mostraron disminuciones significativas en el afecto positivo (P <0,05). Las puntuaciones mostraron que el 20% de los participantes tuvieron una reacción positiva significativa de la encuesta, 24% una reacción negativa y el resto neutral. Los análisis de regresión lineal revelaron síntomas depresivos y apoyo familiar percibido, pero no suicida y predijeron cambios negativos en el afecto, lo cual fue apoyado por los hallazgos cualitativos. Los autores concluyeron que no se encontraron evidencias de efectos iatrogénicos de la evaluación del suicidio. También recomiendan aplicar evaluaciones, para contrarrestar los posibles efectos negativos de la misma en los participantes y pacientes depresivos, y animan a las enfermeras y otros cuidadores a hablar con los pacientes acerca de los síntomas suicidas.

Häggströma M, Bergsmanb AC, Månssonc U, Holmström MR. Learning to manage vasoactive drugs: A qualitative interview study with critical care nurses. Intensive and Critical Care Nursing 39 (2017) 1–8

Ser enfermera en una unidad de cuidados intensivos implica el cuidado de pacientes gravemente enfermos. Las drogas vasoactivas son una de las herramientas que se utilizan para restaurar la circulación adecuada. Las enfermeras de cuidados críticos suelen administrar y controlar estos medicamentos. Este artículo publicado en el *Intensive and Critical Care Nursing* tenía como objetivo describir las experiencias de las enfermeras de cuidados críticos que aprenden a manejar los fármacos vasoactivos y reseñar las competencias necesarias para el manejo de estos fármacos. Para ello llevaron a cabo un diseño de investigación de tipo cualitativo mediante el cual entrevistaron a doce enfermeras de cuidados críticos de tres hospitales de Suecia. Para ellas llegar a ser competente requiere precisión, práctica y precaución lo cual ilustra cómo las enfermeras de cuidados críticos aprendían a manejar los fármacos vasoactivos. Este aprendizaje incluía el desarrollo de habilidades efectivas a nivel cognitivo y psicomotor.

Las fuentes de conocimiento empleadas por las enfermeras de cuidados críticos fueron la educación especializada combinada con ejercicios prácticos, el apoyo colegial y la documentación de rutina accesible. La competencia requerida para manejar los fármacos vasoactivos abarcaba un pensamiento de seguridad bien desarrollado que incluía el cuidado, el control y la comunicación de los errores. Los autores concluyeron que aprender a manejar fármacos vasoactivos requería un apoyo inicial para los novatos, un apoyo de la organización enfermera, un aprendizaje permanente y el desarrollo de una cultura de seguridad.

Schroeder K, Jia H, YC, Smaldone A. Implementation of a School Nurse-led Intervention for Children With Severe Obesity in New York City Schools. Journal of Pediatric Nursing 35 (2017) 16–22

La Columbia University de la ciudad de Nueva York ha publicado en el último número del Journal of Pediatric Nursing un artículo sobre la implementación de una intervención dirigida por enfermeras escolares sobre niños con obesidad severa en los Colegios de Nueva York. El HOP (Healthy Options and Physical Activity Program) es un programa de salud desarrollado por el departamento de la ciudad y tiene como objetivo evaluar su implementación con el fin de ajustarlo y diseminarlo.

Durante un año escolar y de un total de 20.518 niños elegibles, 1054 se inscribieron en el programa con un promedio de edad de 8,3 años. La participación de los padres fue baja (3,2% de las sesiones). La pobreza escolar baja, el nivel de curso más alto, el percentil más alto del IMC, y el diagnóstico de una enfermedad crónica fueron asociados con la inscripción del estudiante en HOP. Los autores concluyen que en la actualidad, el HOP no es probable que sea eficaz. Las lecciones aprendidas de esta evaluación son aplicables a futuras intervenciones de obesidad dirigidas por enfermeras.

En este sentido señalan que antes de implementar una intervención de obesidad dirigida por una enfermera escolar, la carga de trabajo de enfermería y el apoyo disponible deben ser cuidadosamente considerados. Las intervenciones deberían diseñarse para facilitar la participación de los padres. Además las enfermeras escolares que realizan intervenciones educativas pueden requerir capacitación adicional en el tratamiento de la obesidad.

Srisuk N, Cameron J, F. Ski C,Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. Journal of Advanced Nursing 73 (2017) 857–870

Se sabe que la insuficiencia cardíaca es un problema de salud importante. Este es el primer ensayo de un programa de educación familiar para pacientes con insuficiencia cardíaca y cuidadores que residen en Tailandia rural. El objetivo del mismo fue evaluar un programa de educación sobre insuficiencia cardíaca desarrollado para pacientes y cuidadores en Tailandia. Para ello se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio.

Durante los años 2014 y 2015 se asignaron al azar a cien pacientes que atendían a clínicas cardíacas en el sur de Tailandia (n = 50) o a un programa de educación familiar (n = 50) que incluía consejo cara a cara, un manual sobre insuficiencia cardiaca y un teléfono de apoyo. Las evaluaciones sobre el nivel conocimiento sobre la insuficiencia cardiaca, la calidad de vida relacionada con la salud, los comportamientos de autocuidado y el control percibido se realizaron al inicio, a los tres y seis meses. El modelo de efectos mixtos lineales reveló que los pacientes y cuidadores que recibieron el programa de educación tuvieron mayores puntuaciones de conocimiento a los tres y seis meses que los que recibieron la atención habitual.

Entre los que recibieron el programa de educación, en comparación con aquellos que recibieron atención habitual, presentaron un mejor mantenimiento de autocuidado y mayor confianza, y mejores calificaciones de calidad de vida relacionadas con la salud a los tres y seis meses y mejores puntuaciones de manejo de autocuidado a los seis meses, mientras que los cuidadores tuvieron mayores puntuaciones de control percibidas a los tres meses.

Los autores concluyeron que un programa de educación de insuficiencia cardíaca basado en la familia mejoró el conocimiento de los pacientes, los comportamientos de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud además del conocimiento de los cuidadores y del control percibido.

TRIBUNA DEL PRESIDENTE DE AEES.

En un entorno profundamente cambiante, con una población envejecida y pluripatológica, con nuevas necesidades en materia de cuidados, de prevención y promoción de la salud, en una sociedad altamente tecnológica y competitiva, con serios factores de inestabilidad en el liderazgo, y una disminución de recursos, la Sanidad y la Enfermería no pueden pretender seguir caminando como si todo siguiese igual que hace veinte años. Es necesario marcar un horizonte, ponernos metas, saber que queremos en materia de salud para nuestro país, tener claro como debe ser la enfermera de esta noche y del mañana, si el cuidado sigue siendo su naturaleza, y como piensa aplicarlo, y elaborar estrategias para caminar hacia ese horizonte. Sin esa visión seguiremos dando tumbos entre decretos, y proyectos inconexos.

Con estas palabras clausuraba hace medio año nuestro primer Congreso Internacional y tercero Nacional de Enfermería y salud. Aunque sutil en el formato, quise ser contundente en el mensaje.
Ni corrían buenos tiempos, ni se vislumbran mejores, y aún así los profesionales de la salud, y las enfermeras en particular seguimos cuidando a la población, intentando ofrecer la mejor asistencia posible, seguimos formándonos para mejorar la calidad de nuestros servicios, nos preocupa la seguridad del paciente, mejoramos nuestras habilidades en investigación porque en materia de salud los avances son arrolladores y se precisan múltiples líneas de investigación que actualice nuestra oferta a la ciudadanía, y todo ello, de manera inexplicable en un entorno kafkiano, en una sociedad en que por ser de un sector económicamente estratégico, hay obreros (estibadores) que cobran cinco veces más que una enfermera y tres veces más que un médico, supongo que porque para los gobernantes la sanidad no es un sector económicamente estratégico, sería interesante saber en donde engloban estratégicamente la salud y la vida del ser humano.

¿Qué valor tiene, ya no la vocación, sino la formación, capacidad y competencia de las enfermeras y los médicos, la responsabilidad y dedicación, casi siempre por encima de su obligación contractual?
O aprendemos a vendernos mejor, o nuestro futuro será cada vez más oscuro.

En un marco en el que los profesionales no sabemos qué sistema sanitario quiere el gobierno. (Es decir, con un Ministerio de Sanidad que va dando tumbos de un tema a otro), mientras los gobiernos autonómicos, con más o menos ahínco, van descuartizando nuestro modelo de SNS para conducirnos a un escenario desconocido, que en principio se asemeja mucho al modelo sanitario en el que nos incorporamos de jóvenes (los profesionales de largo recorrido –eufemismo- como es mi caso), y que vimos desaparecer al final de la década de los 70, por obsoleto e inadecuado al tipo de sociedad hacia el que evolucionábamos.
Y a pesar de los recortes en nuestro sector, a pesar del penoso criterio de elección de nuestros gestores, a pesar de nuestro estupendo reconocimiento económico, enfermeras y médicos seguimos atendiendo a los pacientes con nuestra máxima dedicación y responsabilidad.
Quizás llegará un día en que por fin decidamos plantarnos, decir basta, hasta aquí hemos llegado. No sé si será posible, no sé si lo llegaré a ver, mientras tanto volveré a ser sutil y a ratificarme en las frases con las que comienza esta tribuna. .

Luis Miguel Alonso Suárez
Enfermero del Servicio de Medicina Preventiva del CAULE.
Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud.

SUMARIO

PROTOCOLO DE MASOTERAPIA Y CINESITERAPIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS 8

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE UNIDADES DE SERVICIOS ESPECIALES 15

PRUEBA DEL TALÓN EN RECIÉN NACIDOS: ACTUALIZACIÓN 22

ACTITUDES Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA 27

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL POTENCIAL DONANTE EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN 34

CANALIZACIÓN Y MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO DE IMPLANTACIÓN BRAQUIAL 39

ACTUALIZACIÓN DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS: RECOMENDACIONES 2015 44

CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD: ESTUDIO DE PREVALENCIA 49

PLAN DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN DEL CICLO DEMING 58

PROYECTO "NO HACER" 65

PROTOCOLO DE MASOTERAPIA Y CINESITERAPIA EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS

PROTOCOL OF MASOTHERAPY AND KINESITHERAPY IN PREMATURE INFANTS

AUTORES:

Mª José Álvarez Álvarez (1), María Dolores Rodríguez González (2), Silvia Puertas Fernández (2), Mª Ángeles Álvarez Rodríguez (2), , Mª Elena Corral Tomás, (2), Daniel Fernández García (3).

(1) Fisioterapeuta. Profesora Colaboradora. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. Proyecto Premas.
(2) Enfermera. Unidad de Prematuros. Complejo Asistencial Universitario de León. Proyecto Premas.
(3) Enfermero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. Coordinador Proyecto Premas.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Mª Dolores Rodríguez González. Complejo Asistencial Universitario de León. Calle Altos de Nava, s/n. 24071. LEÓN. España. Teléfono: 0034 987 237 400. E-mail: mdoloresrod1@hotmail.com

REFERENCIA:

Álvarez Álvarez MJ, Rodríguez González MD, Puertas Fernández S, Álvarez Rodríguez MA, Corral Tomás ME, Fernández García D. Protocolo de masoterapia y cinesiterapia en recién nacidos prematuros. Tiempos de Enfermería y Salud. 2017; 2(1): 8-13

RESUMEN

Introducción: Las investigaciones que han planteado la inclusión de protocolos de estimulación somática y cinestésica en recién nacidos prematuros han concluido que esas intervenciones resultan beneficiosas sobre aspectos fundamentales, como el desarrollo antropométrico y la maduración neurológica. El objetivo de este estudio ha sido desarrollar un protocolo de estimulación somática y cinestésica, dirigido a recién nacidos prematuros, con el fin de ser aplicado por los padres durante su estancia clínica.

Método: Se realizó una búsqueda de artículos relevantes publicados entre Enero de 2007 y Diciembre de 2016, utilizando las siguientes bases de datos: Medline, Science Direct, Cuiden, Scielo, Google Académico, Biblioteca Virtual de Salud y Cochrane plus.

Resultados: Fueron incluidos en la revisión un total de 26 artículos, que cumplieron con los criterios de inclusión. La mayor parte de los estudios mostraron efectos beneficiosos sobre diversos factores antropométricos. Algunos trabajos también lograron demostrar mejoría en el desarrollo neuromor y en la reducción de la estancia hospitalaria. Tras la revisión se seleccionó un protocolo de masoterapia y cinesiterapia, de quince minutos de duración, para ser aplicado por los progenitores de los neonatos prematuros durante su fase de hospitalización.

Conclusiones: La literatura consultada ha mostrado cómo la aplicación de masoterapia y cinesiterapia en prematuros, reduce los días de hospitalización, mejora la ganancia de parámetros antropométricos y favorece el desarrollo neuromotor. Se ha desarrollado un tríptico que incluye un protocolo de estimulación somática y cinestésica dirigido a los padres de los recién nacidos prematuros durante su estancia clínica.

Palabras clave: masoterapia, cinesiterapia, masaje, prematuros

ABSTRACT

Introduction: *Research that has included somatic and kinesthetic stimulation protocols in preterm infants has concluded that these interventions are beneficial to fundamental aspects such as anthropometric development and neurological maturation. The objective of this study was to develop a protocol of somatic and kinesthetic stimulation, aimed at preterm infants, in order to be applied by parents during their clinical stay.*

Method: *A comprehensive search was performed including relevant articles between January 2007 and December 2016, using the following electronic databases: Medline, Science Direct, Cuiden, Scielo, Google Académico, Biblioteca Virtual de Salud y Cochrane Plus.*

Results: *A total of 26 articles, which met the inclusion criteria, were included in the review. Most of the studies showed beneficial effects on various anthropometric factors. Some studies also demonstrated improvement in neuromor development and reduction of hospital stay. After the review, a protocol of masotherapy and kinesitherapy, of fifteen minutes duration, was selected to be applied by the parents of preterm infants during their clinical phase.*

Conclusions: *The literature consulted has shown how the application of masotherapy and kinesitherapy in preterm infants, reduces hospitalization days, improves the gain of anthropometric parameters and favors neuromotor development. A triptych has been developed, including a protocol for masotherapy and kinesitherapy, aimed at the parents of hospitalized preterm infants.*

Keywords: *masotherapy, kinesitherapy, massage, premature infants*

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año nacen 15 millones de niños prematuros y un millón de ellos fallecen durante el primer año de vida (1) Los partos prematuros son responsables del 75% de la mortalidad perinatal y del 50% de la morbilidad durante la infancia (2), por lo que la prematuridad se está convirtiendo en un gran problema de salud pública a nivel mundial.

Las investigaciones que han planteado la inclusión de protocolos de estimulación táctil y cinestésica, en recién nacidos prematuros, han concluido señalando que las intervenciones aplicadas resultan beneficiosas sobre varios aspectos fundamentales para la disminución de la morbimortalidad asociada a la prematuridad, tales como la ganancia de peso, la facilitación del desarrollo neurológico, la disminución de la duración de la estancia hospitalaria, la aceleración de la maduración de la función visual y la disminución del estrés (3-6).

El objetivo de este estudio ha sido desarrollar un protocolo de estimulación somática y cinestésica, dirigido a recién nacidos prematuros, con el fin de ser aplicado por los padres durante su estancia clínica, dentro del proyecto de investigación Premas (www.premas.es).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión de la literatura relevante con el objeto de seleccionar el protocolo de masaje y cinesiterapia más adecuado para ser aplicado por los progenitores de los neonatos prematuros hospitalizados, dentro del proyecto de investigación de Premas.

Las palabras clave elegidas fueron: masaje, cinesiterapia, masoterapia y recién nacido prematuro, así como sus variantes. Para ello se han utilizado los descriptores en ciencias de la salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) adecuados al objeto de búsqueda y sus términos en inglés respectivamente. En la búsqueda de bibliografía se utilizaron las bases de datos de Medline, Science Direct, Cuiden, Scielo, Google Académico, Biblioteca Virtual de Salud y Cochrane plus. También se han incluido otras publicaciones consideradas relevantes como guías de práctica clínica, manuales y obras de referencia.

Los criterios de inclusión fueron que la población objeto de estudio fueran neonatos hospitalizados nacidos antes de las 37 semanas de gestación, que la intervención incluyera estimulación táctil y/o cinestésica directa y que se tratara de ensayos clínicos randomizados, publicados en inglés, francés, español o portugués. Se excluyeron aquellos artículos que no

estaban disponibles en su totalidad y aquellos cuya metodología no fuera adecuada para el objetivo de estudio.

RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica identificó un total de 1041 artículos potencialmente relevantes. De ellos, 491 fueron eliminados porque estaban duplicados entre las diferentes bases de datos consultadas. Después de leer el título de los 550 artículos restantes, fueron excluidos 505. Tras la lectura del resumen de los 45 artículos seleccionados hasta el momento, 14 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. Tras la lectura, en profundidad, del texto completo de los 31 trabajos restantes, 5 fueron eliminados por presentar alguno de los

criterios de exclusión, por lo que fueron incluidos en esta revisión un total de 26 artículos.

A continuación procedemos a presentar el protocolo de masoterapia y cinesiterapia seleccionado como más apropiado entre toda la literatura revisada:

1º Lavado de manos (figura 1). Es muy importante que, antes de realizar el masaje a tu hijo/a, realices un lavado minucioso de tus manos, según el protocolo institucional, para evitar infecciones:

1. Deja las manos libres de accesorios (reloj, pulseras, anillos,…)

2. Realiza un lavado de tus manos, con agua y jabón, según indican las imágenes.
3. Seca las manos con una toalla desechable y cierra el grifo con la toalla.
4. Una vez que tus manos estén limpias, no se debe tocar ningún objeto que pueda estar contaminado (teléfono móvil, prensa, llaves, cartera, bolso, puertas…)

2º Protocolo de masaje y cinesiterapia (tiempo total: 15 minutos): El protocolo de masaje y cinesiterapia aplicado está basado en el desarrollado por Field y sus colaboradores (7) y que ha sido replicado en varias investigaciones posteriores (Field et al., 2008; Ho et al.; 2010; Ang et al, 2012)

Éste consta de tres fases, de 5 minutos de duración cada una:

FASE 1. Fase de masaje (5 minutos)

En esta primera fase se aplica un masaje con la palma de las manos, sin utilizar guantes, cremas ni aceites, aplicando una presión de intensidad moderada y una velocidad lenta. Se deben hacer 12 pases de unos 5 segundos de duración cada uno en las siguientes regiones:

1. Desde la cabeza a la región cervical (figura 2)
2. Desde la región cervical hasta los hombros, en ambos lados (figura 3)
3. Desde la región dorsal a la cintura (figura 4)
4. Desde las caderas hasta la punta de los pies (en ambos lados) (figura 5)
5. Desde los hombros hasta las manos en ambos lados (figura 6)

FASE 2. Fase de cinesiterapia (5 minutos)

En esta fase se realizan movimientos de flexión y extensión. Se deben hacer cinco pases de unos 10 segundos de duración en cada una de las siguientes regiones:

1. Primero, en el miembro superior derecho e izquierdo (figuras 7 y 8)
2. Segundo, en el miembro inferior derecho e izquierdo (figuras 9 y 10)
3. Tercero, en ambos miembros inferiores simultáneamente (figura 11)

FASE 3. Fase de masaje (5 minutos)

En esta fase se vuelve a repetir el masaje igual que en la fase 1.
Vídeo del Protocolo de masaje y cinesiterapia realizado por los investigadores del proyecto Premas:
https://www.youtube.com/watch?v=CnJuvtS1_e0

CONCLUSIONES

La literatura consultada ha mostrado cómo la aplicación de terapia de masaje y cinesiterapia en prematuros, cuando se realiza con intensidad moderada, reduce los días de hospitalización, mejora la ganancia de parámetros antropométricos (peso, talla y perímetro cefálico) y favorece el desarrollo neuromotor.

Se ha desarrollado un tríptico del protocolo de estimulación somática y cinestésica dirigido a padres de neonatos prematuros durante su fase de hospitalización.

FIGURA 1. LAVADO DE MANOS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010)

FIGURA 2

FIGURA 3

FIGURA 4

FIGURA 5

FIGURA 6

FIGURA 7

FIGURA 8

FIGURA 9

FIGURA 10

FIGURA 11

BIBLIOGRAFÍA

1.- March of Dimes, PMNCH, Save the Children, World Health Organization. *Born to soon. The Global Action Report on Preterm Birth*. (CP Howson, MV Kinney JL, ed.). Geneve: World Health Organization; 2012. http://www.who.int/pmnch/media/ news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf.

2.- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606):75-84. doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4.

3.- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Insulin and insulin-like growth factor-1 increased in preterm neonates following massage therapy. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(6):463-466. doi:10.1097/DBP.0b013e3181856d3b.

4.-Pallás C, Arriaga M. Nuevos aspectos entorno a la prematuridad. *Evid Pediatr*. 2008;4(26).

5.- Asadollahi M, Jabraeili M, Mahallei M, Asgari Jafarabadi M, Ebrahimi S. Effects of Gentle Human Touch and Field Massage on Urine Cortisol Level in Premature Infants: A Randomized, Controlled Clinical Trial. J Caring Sci. 2016 Sep 1;5(3):187-194.

6.- Jabraeile M, Rasooly AS, Farshi MR, Malakouti J. Effect of olive oil massage on weight gain in preterm infants: A randomized controlled clinical trial. Niger Med J. 2016 May-Jun;57(3):160-3. doi: 10.4103/0300-1652.184060.

7.- Field TM, Schanberg SM, Scafidi F, et al. Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*. 1986;77(5):654-658.

8.- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Insulin and insulin-like growth factor-1 increased in preterm neonates following massage therapy. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(6):463-466. doi:10.1097/DBP.0b013e3181856d3b.

9.- Ho Y-B, Lee RSY, Chow C-B, Pang MYC. Impact of massage therapy on motor outcomes in very low-birthweight infants: randomized controlled pilot study. *Pediatr Int*. 2010;52(3):378-385. doi:10.1111/j.1442-200X.2009.02964.x.

10.- Ang JY, Lua JL, Mathur A, et al. A randomized placebo-controlled trial of massage therapy on the immune system of preterm infants. *Pediatrics*. 2012;130(6):e1549-e1558. doi:10.1542/peds.2012-0196.

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DE UNIDADES DE SERVICIOS ESPECIALES

EFECTIVITY OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION IN NURSING RECORDS IN SPECIAL CARE UNITS

AUTORES:

Begoña Castañeda (1), Paula López (1), Eva María Fernández (1), Benjamín Gómez (1), María Luz Robles (1), Daniel Fernández (2)

(1) Enfermera/o. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León

(2) Enfermero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Daniel Fernández. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. n 24071. LEÓN. España. Teléfono: 0034 987 293085.

E-mail: daniel.fernandez@unileon.es

REFERENCIA:

Castañeda B, López P, Fernández EM, Gómez B, Robles ML, Fernández D. Efectividad de una intervención educativa en los registros de enfermería de unidades de servicios especiales. Tiempos de Enfermería y Salud. 2017; 2(1): 15-21

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en la mejora de los registros de enfermería del Área de Servicios Especiales del Complejo Asistencial Universitario de León.

Método: Se realizó un estudio cuasi-experimental antes-después en las unidades de Coronarias, Diálisis, Prematuros, UCI y UCI Pediátrica. Se analizaron 1011 registros extraídos al azar durante 12 meses de estudio.

Resultados: No se observaron diferencias entre los grupos de estudio en relación a las características sociodemográficas de los registros. El lenguaje apropiado se incrementó de manera significativa (p<0,001) de un 44,6% del grupo pre-intervención a un 74,20% en el post. El formato "Problema–Actividad–Resolución" como modo de relacionar los acontecimientos pasó de utilizarse en un 21,50% de los registros a un 56,80%. Gracias a la intervención educativa se incrementó de modo significativo el registro de necesidades básicas como la higiene, cuidados de la piel, movilidad y respiración. No se ha empleado la terminología del diagnóstico enfermero NANDA ni se han referenciado necesidades como vestido, creencias, realización, ocio, aprendizaje, probablemente debido a que se mencionan en otros registros.

Conclusiones: Desde el inicio del estudio los registros enfermeros cumplían con uno de sus objetivos fundamentales, que es garantizar la continuidad de los cuidados. Después de la intervención educativa los resultados mejoraron considerablemente en aspectos fundamentales como el lenguaje y el análisis de las necesidades.

Palabras clave: registros, enfermería, intensivos, servicios especiales, análisis.

ABSTRACT

Introduction: *The aim of the study was to evaluate the effectiveness of an educational intervention in order to improve the nursing records in special care units in the University Hospital of Leon.*

Method: *Quasi-experimental study before and after study in Coronary Unit, Dialysis, Premature, ICU and Pediatric Intensive Care Unit. We analyzed 1011 randomly pulled records during 12 months of study.*

Results: *We did no find differences between the study groups regarding sociodemographic characteristics of the records. Appropriate language significantly increased (p <0.001) from 44.6% pre-intervention group to 74.20% in the post. The format 'Problem-Activity-resolution' as a way to relate the events varied from 21.50% to 56.80%. Due to the educational intervention, significantly increased registration of basic needs such as hygiene, skin care, mobility and breathing. The NANDA nursing diagnosis were not referenced as well as clothing needs, beliefs, conduct, leisure, learning, probably due to other records registered.*

Conclusions: *From the baseline the nursing records met one of its main purposes that is keeping the continuity of care. After the educational intervention significantly improved results in areas such as language and needs analysis.*

Keywords: *records, nursing, intensive care, special care, analysis.*

INTRODUCCIÓN

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico que garantice la calidad de los mismos (1). Hacer el registro de los cuidados que las enfermeras proporcionan diariamente a los pacientes es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión (2).

Podríamos definir los registros de enfermería como el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución (3). Los objetivos de los registros son garantizar la continuidad de los cuidados, facilitar la actividad docente-investigadora y de gestión, y constituir apoyo legal cuando sea necesario (4).

Históricamente la legislación en materia sanitaria, ha ido evolucionando a lo largo de los años, así se han desarrollado distintas leyes que han ido profundizando cada vez más en el tema de documentación clínica. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) supone el desarrollo legislativo del derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 43 de la Constitución Española. Posteriormente, en la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, ("Ley básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica") se define la historia clínica en su artículo 14 como "conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y los profesionales sanitarios que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica del paciente, al menos, en el ámbito de cada centro". También la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003 de 22 de Noviembre) en sus artículos 4 y 5 hace referencia a la documentación clínica. Por tanto, las enfermeras tienen legalmente la obligación de registrar como reconocimiento de los derechos del paciente (5).

Las normas básicas para la cumplimentación de un registro son:

- Objetividad.
- Precisión y exactitud. Deben ser precisos, completos y fidedignos (6).
- Simultaneidad. No deben dejarse para el final del turno ni registrar los procedimientos antes de realizarlos (7).
- Legibilidad y claridad. Firma legible, letra legible, buena ortografía, utilizar abreviaturas universales evitando aquellas que puedan entenderse con más de un significado, no utilizar líquidos correctores ni borrones, tachar los errores con una línea, evitar escribir entre líneas y utilizar metodología común enfermera (NANDA, NIC, NOC) ya que la inclusión de esta metodología y el esfuerzo por la utilización de un lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informatizados (8).

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa en la mejora de los registros de enfermería del Área de Servicios Especiales del Complejo Asistencial Universitario de León.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental antes-después en las unidades de Coronarias, Diálisis, Prematuros, UCI y UCI Pediátrica.

Se analizaron un total de 1011 registros extraídos al azar durante un periodo de tiempo de un año. El análisis se realizó en dos periodos de doce semanas no consecutivas cada uno. Antes de la intervención se analizaron 510 registros y posteriormente 501.

Para la recogida de datos se elaboró una hoja de registro ad hoc de la documentación enfermera, se creó un grupo de discusión entre los supervisores que valoraron la adecuación de la misma en cada una de las unidades como paso previo a su primer uso en el estudio. Esta hoja se estructuró en cuatro apartados. En el primero se recogieron los datos de carácter general como edad y sexo del paciente, número de registro, fecha de registro, número de días de ingreso, motivo de ingreso y unidad. En el segundo, referido al análisis de los registros, se analizaron distintas categorías como el modo de organizar la información, repetición de la gráfica, lenguaje empleado, tareas descritas, la utilización de diagnósticos enfermeros y el modo de relacionar los acontecimientos. Se analizaron en los tres turnos de trabajo, para poder valorar también la continuidad por turno. En el tercer apartado se estudió el contenido de los registros agrupado por necesidades también en cada turno de trabajo, y el cuarto apartado se reservó para observaciones.

Tras la recogida de datos se creó una base de datos con el programa informático EpiInfo. El análisis univariante para las variables cualitativas se realizó con la prueba de $\chi 2$ y el test t para las variables cuantitativas.

La intervención educativa tuvo una duración de 45 minutos y se desarrolló en cada una de las unidades que formaron parte del estudio. Esta consistió en definir los registros, explicar los objetivos fundamentales de los mismos, ver su evolución en el marco legal, enumerar las características fundamentales de un registro de calidad y considerar las peculiaridades a tener en cuenta en los Servicios especiales. En la intervención se destacó la importancia de identificar y registrar las necesidades de Virginia Henderson, modelo de cuidados que se aplica en el Hospital.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características socio demográficas de los registros, no encontrándose diferencias entre los dos grupos estudiados.

En la tabla 2 se presentan los datos referidos al análisis de los registros antes y después de la intervención segmentados por unidades. El lenguaje apropiado se incrementó de manera significativa (p<0,001) de un 44,6% del grupo pre-intervención a un 74,20% en el post. En la unidad de Diálisis pasó del 55,30% al 100% (p<0,0001) y en Prematuros del 11,60% al 65,40% (p<0,0001). El

motivo por el que el lenguaje se consideró inapropiado estaba relacionado principalmente con la identificación del profesional, de modo que del 15,77% de registros no firmados se pasó al 8,18% y del 29,48% en los que la firma no era legible se pasó al 14,68%. La información que se aportó en el cambio de turno resultó complementaria a la de la gráfica con porcentajes muy elevados desde el inicio del estudio, al igual que la continuidad por turno y el registro de tareas independientes. En todas las unidades se percibió un cambio en el modo de relacionar los acontecimientos tras la intervención educativa, el "Formato Problema–Actividad–

Resolución" (modo de describir los acontecimientos relacionando los problemas detectados con las actividades realizadas y los resultados obtenidos) pasó de emplearse en un 21,50% a un 56,80% de los registros. Este incremento fue especialmente significativo en UCI donde el incremento fue del 25,50% al 77,10% (p<0,0001) y en UCIP del 29,50% al 83,80% (p=0,001). No se ha empleado la terminología del diagnóstico enfermero NANDA ni en el pre ni en el post.

En la Tabla 3 se presentan los datos referidos al análisis de las necesidades en los grupos pre y post intervención organizados por unidades. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, de modo que se hizo referencia en un mayor número de registros a necesidades básicas como la higiene, cuidados de la piel, movilidad y respiración. Destacando el incremento de referencias a la movilidad en UCI del 16,90% al 42,40% (p<0,0001) y a la higiene en UCIP del 2,30% al 44,10% (p<0,0001). No se han referenciado necesidades como vestido, creencias, realización, ocio, aprendizaje, probablemente debido a que se mencionan en otros registros.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con lo apuntado en estudios previos, el modo de agrupar la información por sistemas es el preferido por los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos (9), así observamos que tanto en UCI como en UCI Pediátrica este modo de ordenar la información es el más utilizado desde el inicio del estudio, mientras que en el resto de unidades el cambio de turno se organizó preferentemente de un modo escueto.

En cuanto al lenguaje se observó que tras la intervención educativa mejoraron considerablemente los resultados en todas las unidades, destacando el elevado número de registros (88,4%) en los que en la unidad de Prematuros el lenguaje fue incorrecto antes de la intervención educativa. En estudios previos también se han recogido resultados completamente opuestos, desde la utilización de un lenguaje apropiado en un elevado número de registros (9,11) que encontraron unos, hasta la afirmación del incumplimiento del requisito de legibilidad (12) que señalaron otros. La imposibilidad de identificar al profesional autor del registro (12) también se recogió con anterioridad, aunque no se diferenció entre registros no firmados o firmados de manera ilegible. En la bibliografía revisada se ha recogido que el uso excesivo de abreviaturas no reconocidas está muy extendido en las unidades de cuidados intensivos (10,12), los resultados que se
obtuvieron en el presente estudio difieren de los anteriores (4,13% pre-intervención y 0,42% post-intervención).

La información aportada en el cambio de turno resultó complementaria a la gráfica en un porcentaje bastante elevado de los registros del área desde el inicio del estudio. Este dato no se puede comparar porque no ha sido considerado con anterioridad en otros estudios.

Las anotaciones referidas a actividades independientes de la enfermería se registraron en un porcentaje mucho más elevado que las interdependientes o delegadas de órdenes médicas. Un 97,40% frente a un 34,30% antes de la intervención educativa y 99,80% frente a 31,60% después de la misma. Estos resultados difieren de los obtenidos en estudios previos en los que de las intervenciones realizadas por la enfermera el 13,16% correspondían a actividades propias y el 86,83% a actividades delegadas (9).

Antes de la intervención educativa la tendencia en todas las unidades era describir actividades sin relacionar el problema detectado con el resultado obtenido. En estudios previos revisados el formato recomendado y más utilizado es el P-A-R (9,13). Tras la intervención educativa se consiguió mejorar los resultados en este punto en todas las unidades. La continuidad quedó evidenciada desde el inicio del estudio. En la bibliografía revisada los resultados no fueron tan positivos en este punto, observándose diferentes resultados al medir la continuidad en los cuidados dependiendo de la unidad analizada (14).

Al igual que en trabajos de investigación revisados no se ha encontrado ningún diagnóstico enfermero (9,13,14). En los estudios previos analizados no se estudiaron el contenido de los registros agrupado por necesidades, pero si se recogía un bajo índice de cumplimentación de cuidados propios de enfermería, recomendando incluso a los profesionales de cuidados intensivos hacer un esfuerzo para no limitarse a registrar las valoraciones sobre las alteraciones fisiopatológicas y evitar infravalorar los aspectos relacionados con los cuidados básicos de la enfermería, que por ser básicos no dejan de ser importantes (9,12). En nuestro estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas, de modo que tras la intervención educativa aumentó el número de registros en los que se hacía referencia a los cuidados básicos del paciente.

CONCLUSIONES

Para concluir podemos afirmar que desde el inicio del estudio se observó que los registros enfermeros cumplían con uno de sus objetivos fundamentales, que es garantizar la continuidad de los cuidados. Aunque en determinados aspectos se obtuvieron resultados satisfactorios previos a la intervención educativa, después de la misma los resultados mejoraron considerablemente en aspectos fundamentales como el lenguaje y el análisis de las necesidades.

Como propuestas de mejora planteamos continuar con la revisión de los registros, ofrecer a las unidades la posibilidad de utilizar una hoja de validación de firmas, impartir sesiones de metodología enfermera, reforzar la intervención educativa inicial mediante sesiones de enfermería y potenciar el papel de los supervisores de enfermería.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS REGISTROS ORGANIZADOS POR UNIDADES

		Coronarias		Diálisis		Prematuros		UCI		UCIP		TOTALES	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
REGISTROS		26,5%	24,0%	9,4%	9,6%	27,6%	24,2%	27,8%	28,7%	8,6%	13,6%	100,0%	100,0%
Edad	Media	69,9	72,25	65,4	61,68	11,7	12,4	51,8	62,97	8,6	5,11	40,2	42,25
	DT	11,1	10,1	15,2	16,93	13,7	11,1	21,8	14,4	4,3	5,37	31,9	33
Sexo	Media	77,0%	68,3%	66,0%	64,6%	72,3%	57,0%	75,4%	67,4%	47,7%	73,5%	71,8%	65,7%
	DT	23,0%	31,7%	33,0%	35,4%	27,7%	43,0%	25,3%	32,6%	52,3%	23,5%	22,8%	34,3%
Días de ingreso	Media	4,2	6,1	3,1	1,8	9,8	12,5	13,2	11,74	4,1	10,7	8,1	9,46
	DT	7,1	7,8	6,8	3,02	9,8	11,1	19,4	12,3	3,9	11,32	12,8	10,84

TABLA 2. ANÁLISIS DE LOS REGISTROS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN ORGANIZADOS POR UNIDADES

		CORONARIAS		DIÁLISIS		PREMA		UCI		UCIP		TOTALES	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Orden	Escueto	61,9%	60,5%	87,5%	89,6%	68,8%	75,2%	2,8%	2,1%	13,6%	2,9%	45,6%	42,2%
	Nulo	0,7%	0,0%	2,1%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
	Prioridad	19,4%	1,7%	8,3%	8,3%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	1,2%
	Sin orden	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	0%[4]	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,0%	0,0%
	Por sistemas	17,2%	37,8%[2]	2,1%	2,1%	22,0%	24,8%	96,5%	97,9%	84,1%	97,1%[3]	45,0%	56,6%
Lenguaje	Apropiado	47,0%	70,6%[6]	55,3%	100%[7]	11,6%	55,4%[7]	61,7%	76,4%[4]	75,0%	91,2%[1]	44,6%	74,2%
	Inapropiado	53,0%	29,4%	44,7%	0,0%	88,4%	44,6%	38,3%	23,6%	25,0%	8,8%	55,4%	25,8%
Motivo inapropiado	No firma	27,0%	14,7%	3,9%	0,0%	32,3%	14,3%	0,0%	2,1%	1,8%	5,9%	15,8%	8,2%
	Ilegible	21,3%	13,7%	36,9%	0,0%	51,0%	30,3%	21,9%	12,5%	3,6%	2,9%	29,5%	14,7%
	Tipex	0,7%	1,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	4,3%	6,9%	1,8%	0,0%	1,9%	2,3%
	Mala ortografía y redacción	2,2%	0,0%	3,9%	0,0%	2,9%	0,0%	3,6%	0,7%	13,0%	0,0%	4,1%	0,2%
	Exceso abreviaturas	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	8,5%	1,4%	5,4%	0,0%	4,1%	0,4%
Repetición gráfica	Complementa	50,4%	96,6%	44,7%	89,6%	79,3%	100,0%	92,0%	100,0%	97,7%	100,0%	73,8%	98,2%
	No	68,8%	2,5%	38,3%	10,4%	20,7%	0,0%	8,0%	0,0%	2,3%	0,0%	24,4%	1,6%
	Si	80,0%	0,8%	17,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,2%
Tareas independientes	Si	97,0%	99,2%	82,6%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,7%	100,0%	97,4%	99,8%
	No	3,0%	0,8%	17,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	2,6%	0,2%
Tareas interdependientes	Si	45,1%	42,0%	8,7%	25,0%	12,1%	4,1%	49,6%	42,4%	50,0%	44,1%	34,3%	31,6%
	No	54,9%	58,0%	91,3%	75,0%	87,9%	95,9%	58,4%	57,6%	50,0%	55,9%	65,7%	68,4%
Relación acontecimientos	A	62,1%	49,6%	80,5%	60,4%	76,4%	66,9%	53,2%	22,2%	61,4%	14,4%	65,1%	42,2%
	AR	2,3%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
	P	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,8%	0,2%
	PA	10,6%	2,5%	2,4%	0,0%	7,1%	0,0%	21,3%	0,7%	9,1%	0,0%	11,8%	0,8%
	PAR	25,0%	47,9%[6]	12,2%	39,6%[1]	14,3%	33,1%[7]	25,5%	77,1%[7]	29,5%	83,8%[6]	21,5%	56,8%
Continuidad por turnos	Si	100,0%	95,5%	100,0%	100,0%	97,9%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%	100,0%	98,5%	99,0%
	No	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	1,0%
Diagnósticos NANDA	Si	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	No	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

[1]p<0,05; [2]p<0,03; [3]p=0,01 ; [4]p<0,01; [5]p=0,001 ; [6]p<0,001; [7]p<0,0001

TABLA 3. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN ORGANIZADOS POR UNIDADES

	CORONARIAS		DIÁLISIS		PREMA		UCI		UCIP		TOTALES		
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
1- RESPIRACIÓN	24,4%	31,7%	4,2%	2,1%	34,0%	47,1%[1]	92,3%	84,7%	54,5%	80,9%[5]	46,7%	54,5%	p<0,05
2- ALIMENTACIÓN	14,1%	9,2%	0,0%	8,3%	92,2%	96,7%	43,7%	43,8%	65,9%	77,9%[6]	47,1%	49,5%	
3- ELIMINACIÓN	49,6%	53,3%	8,3%	4,2%	77,3%	80,2%	93,0%	91,7%	86,4%	92,6%	68,6%	71,5%	
4- MOVILIDAD	18,5%	20,8%	0,0%	0,0%	9,9%	2,5%	16,9%	42,4%[7]	20,5%	36,8%	14,1%	22,8%	p<0,001
5- DESCANSO	30,4%	21,7%	2,1%	8,3%	5,7%	4,1%	24,6%	17,4%	45,5%	32,4%	20,6%	16,4%	
6- VESTIDO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	
7- TEMPERATURA	14,1%	14,2%	4,2%	2,1%	12,8%	6,6%	59,9%	61,1%	86,4%	83,8%	31,8%	34,1%	
8- HIGIENE	3,7%	13,6%[4]	0,0%	4,2%	5,7%	5,0%	19,7%	33,3%[6]	2,3%	44,1%[7]	8,2%	20,4%	p<0,001
9- SEGURIDAD	9,6%	20%[4]	6,3%	4,2%	12,8%	7,4%	66,2%	83,3%[7]	36,6%	30,9%	28,4%	35,1%	p<0,05
10- COMUNICACIÓN	11,9%	20%[1]	6,3%	4,2%	12,1%	6,6%	78,2%	81,3%	47,7%	29,4%	32,9%	34,1%	
11- CREENCIAS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
12- REALIZACIÓN	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,4%[4]	0,0%	0,0%	6,8%	14,7%	0,6%	3,8%	p<0,001
13- OCIO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,4%	0,0%	
14- APRENDIZAJE	0,0%	0,0%	2,1%	2,1%	0,7%	0,8%	0,0%	0,0%	2,3%	4,4%	0,6%	1,0%	
15- HEMODINÁMICA	78,5%	65%[3]	62,5%	85,4%	27,7%	28,1%	93,0%	87,5%	88,6%	94,1%	67,8%	68,5%	
16- CUIDADOS PIEL	19,3%	32,5%[3]	45,8%	43,8%	15,6%	9,1%	51,4%	53,5%	34,1%	61,8%[3]	31,0%	37,9%	p<0,05
17- PRUEBAS	68,1%	48,3%[4]	12,5%	14,6%	29,8%	32,2%	44,4%	44,4%	45,5%	44,1%	43,7%	39,5%	
18- DOLOR	36,3%	26,7%	14,6%	14,6%	3,5%	0,0%	33,1%	16,7%	29,5%	10,3%	23,7%	14,0%	p<0,001
19- MEDICACIÓN	60,0%	49,2%	22,9%	22,9%	13,5%	13,2%	76,8%	72,2%	54,5%	55,9%	47,8%	45,5%	
20- OTROS	4,4%	3,9%	4,2%	4,3%	1,4%	1,5%	2,1%	1,9%	4,5%	4,0%	2,9%	2,6%	

[1]p<0,05 ; [2]p<0,03; [3]p=0,01; [4]p<0,01; [5]p=0,001; [6]p<0,001; [7]p<0,0001

BIBLIOGRAFÍA

1.Pera Fábregas I. Aspectos actuales de la enfermería legal. 2011. [acceso 12 junio 2011]. Disponible en: http//www.seden.org/files/art607-1.pdf

2.Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(3):143-9.

3.García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Inv. 2007; 28(5):11-9.

4.Ruiz Hortangas A. Calidad en los Registros de Enfermería. 2005. [acceso 7 junio 2011]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php

5.Benavent Garcés MA, Leal Cercós MI. Los Registros de Enfermería: Consideraciones ético-legales. 2002. [acceso 7 junio 2011]. Disponible en: http://www.bioeticaweb.com

6.Ramos Silva E, Nava Galán MG, San Juan D. Conocimiento y percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel. Enferm Clin. 2011; 21(3):151-8.

7.Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas enferm. 2010; 13(6):8-11.

8.Román M, Campos A, Viñas C, Palop R, Zamudio A, Domingo R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enferm Clin. 2005; 15(3):163-6.

9.Perpiñá Galván J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enferm Clín. 2005; 15(2):95-102.

10.Del Olmo Núñez SM, Casas de la Cal L, Mejías Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. Enferm Clín. 2007; 17(3):14

11.Romero de San Pío MJ, Romero de San Pío E. Registros de enfermería: la importancia de lo escrito. Rev Rol enferm. 2008; 31(9):580-2.

12.Tarruella Farré M. Hojas de observación de enfermería. Cumplimentación de los requisitos legales. Rev Rol enferm. 2009; 32(10):694-8.

13.Domingo Pozo M, Gómez Robles FJ, Torres Figueiras M, Gabaldón Bravo EM. Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. Enferm Clin. 2005; 15(5):267-74.

14.Torres Santiago M, Zárate Grajales RA, Matus Miranda R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Rev ENEO-UNAM. 2011; 8(1):17-25.

PRUEBA DEL TALÓN EN RECIÉN NACIDOS: ACTUALIZACIÓN

NEWBORN HEEL TEST: UPDATE

AUTORES:

Marta Cembranos del Castillo (1), Isabel Solís Cienfuegos (1)

(1) EIR pediatría en el Complejo Asistencial Universitario de León, calle/ Altos de nava, s/n, 24001 León

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Marta Cembranos del Castillo. Complejo Asistencial Universitario de León, calle/ Altos de nava, s/n, 24001. LEÓN. España. Teléfono: 0034 987 237400. E-mail: cembranos.marta@gmail.com

REFERENCIA:

Cembranos del Castillo M, Solís Cienfuegos I. Prueba del talón en recién nacidos. Tiempos de Enfermería y Salud. 2017; 2(1): 22-26.

RESUMEN

El programa de detección precoz de enfermedades congénitas es una estrategia de prevención secundaria fundamental en materia de Salud Pública. Consiste en la obtención de la muestra de sangre capilar procedente del talón del recién nacido mediante la cual es posible identificar una serie de enfermedades que de no ser tratadas precozmente producen graves consecuencias.

Las primeras pruebas metabólicas se inician en España, al igual que en otros países de nuestro entorno, a finales de la década de los 70. Comienzan en Granada en el año 1968 y posteriormente, su práctica se extiende por el resto del país. En un principio estaban centradas fundamentalmente en el cribado del Hipotiroidismo Congénito y de la Fenilcetonuria, pero más adelante y gracias a la introducción de la espectrometría de masas en tándem (MS/MS) en el cribado neonatal, se detectan múltiples patologías con una única determinación.

En Castilla y León se han producido cambios recientemente en el procedimiento de la recogida de la muestra, aunque no se han modificado las enfermedades que se detectan. El personal de enfermería, encargado del desarrollo de la prueba, deberá estar formado y actualizado en los últimos avances en este campo.

Palabras clave: cribado neonatal, prueba del talón, recién nacido, enfermedades endocrino-metabólicas.

ABSTRACT

The program for the early detection of congenital diseases is a fundamental prevention strategy within the Public Healthcare System. It consists of obtaining the sample of capillary blood from the heel of the newborn which enables to identify a series of diseases that if not treated at early stage, they produce serious consequences.

The first metabolic tests begin in Spain, as in other surrounding countries, in the late 1970s. They begin in Granada in 1968 and later, their practice extends to the rest of the country. Initially they were primarily focused on the screening of Congenital Hypothyroidism and Phenylketonuria, but later, thanks to the introduction of tandem mass spectrometry (MS/MS) in neonatal screening, multiple pathologies were detected with a single determination.

There have been recent changes in the procedure of collection of the sample in Castile and Leon, although the diseases that are detected have not been modified. The nursing staff in charge of the development of the test must be trained and updated in the latest advances in this field.

Key words: *neonatal screening, heel test, newborn, metabolic endocrine disease*

INTRODUCCIÓN

La prueba del talón es un procedimiento que permite la detección y el tratamiento precoz de enfermedades endocrino-metabólicas de baja incidencia en recién nacidos. Estas patologías están presentes en el momento del nacimiento y si no se diagnostican a tiempo pueden producir graves consecuencias en el lactante, como discapacidad mental y/o alteraciones importantes e irreversibles en diferentes órganos e incluso la muerte. Para llevar a cabo este proceso, el personal de enfermería se encarga de tomar la muestra de la sangre capilar obtenida del talón a las 48-72 horas de vida, independientemente del peso al nacer y de la edad gestacional del niño.

Los programas de cribado de enfermedades endocrino-metabólicas en neonatos son universales y permiten el acceso a toda la población susceptible de ser incluida. En España, cada Comunidad Autónoma (CCAA) tiene su propio programa de cribado de metabolopatías que se ofrece dentro de la cartera de servicios específica. De este hecho radican las principales diferencias, no todas las CCAA diagnostican las mismas enfermedades.

En la actualidad, en Castilla y León se detectan cuatro enfermedades: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Fibrosis Quística. En otras CCAA como es el caso de Asturias se diagnostican siete patologías, en el País Vasco diez, mientras que en la Comunidad de Madrid son 17 y en Andalucía hasta 29 enfermedades distintas. Estas mejoras en la detección precoz de patologías congénitas se deben a los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la espectrometría de masas en tándem (MS/MS). Hoy en día se pueden analizar más de una treintena de enfermedades con una muestra de pequeño volumen.

El Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas del Recién Nacido en Castilla y León ha sufrido una serie de modificaciones en el último año. Estas hacen referencia al proceso de recogida de la muestra y se especifican a continuación en el desarrollo del procedimiento de la prueba del talón.

Además de estas novedades se suma una nueva del mes de marzo de 2017, con la publicación de un informe donde se justifica la supresión de la segunda muestra de cribado en el supuesto caso de padres con enfermedad del tiroides. La patología tiroidea paternal era uno de los supuestos establecidos en el programa de Castilla y León para recoger una segunda muestra al recién nacido. Tras analizar los resultados obtenidos de las repeticiones de las pruebas metabólicas, se concluye que en el momento actual no sería necesario solicitar más de una prueba de cribado en hijos de padres con hipotiroidismo. En el caso de hipertiroidismo, la segunda prueba requerida hasta ahora se sustituye por un seguimiento endocrinológico con detección de la función tiroidea en sangre venosa.

OBJETIVOS

- Describir el procedimiento de la recogida de muestra para la prueba del talón en neonatos nacidos en la Comunidad de Castilla y León.
- Analizar las modificaciones recientes en el Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas del Recién Nacido en Castilla y León.

MATERIAL

A continuación se expone el material necesario para la preparación y obtención de la muestra de sangre del talón según el protocolo de la Junta de Castilla y León.

- Ficha del recién nacido del Registro de Recién Nacidos (RENACyL). Se debe confirmar la veracidad de los datos existentes en la ficha, además de cumplimentar de manera adecuada todos los datos restantes para la correcta interpretación de los resultados del análisis.
- Tarjeta con papel absorbente para la toma de muestra. Es única y específica, facilitada para tal efecto en la que se ha de identificar el nombre del niño y la fecha de nacimiento.
- Etiquetas con códigos de barras. Es el número que identificará al recién nacido y a la muestra. Dos etiquetas, una para el formulario y otra para la tarjeta de toma de muestra.
- Dispositivo para la toma de muestra. Se utiliza una lanceta estéril, desechable y estandarizada que limita la incisión para reducir el dolor y producir mayor flujo de sangrado.
- Guantes, gasas, solución desinfectante y contenedor de objetos punzantes. Realizar la técnica con guantes para evitar la contaminación de la muestra. El desinfectante más recomendado es la clorhexidina al 2% o alcohol de 70º.
- Lugar adecuado para secar la muestra. El proceso de secado debe ser al aire libre y a temperatura ambiente, sin cubrir ni guardar en plásticos la muestra. La superficie donde se deja secar la muestra debe de estar limpia y seca, evitando la exposición al sol o a un foco de calor.

Una vez secas y en caso de que las muestras no se vayan a enviar ese mismo día al laboratorio, las tarjetas se deberán guardar en nevera hasta su recogida por el laboratorio.

PROCEDIMIENTO

Previa a la recogida de la muestra se le facilitará toda la información pertinente a los padres o tutores del niño y se solicitará la firma para el consentimiento informado.

Para llevar a cabo la extracción de la muestra de sangre capilar se siguen los siguientes pasos descritos en el protocolo de la Junta de Castilla y León.

En un primer lugar se procederá a calentar el pie del recién nacido mediante suave masaje y sin friccionar para aumentar el flujo sanguíneo. Se pueden utilizar técnicas de analgesia no farmacológica, como es el amamantamiento, el contacto piel con piel o la administración de sacarosa oral. Pero no se recomienda el uso de cremas anestésicas ya que pueden alterar los resultados de la prueba.

En cuanto a la posición del niño para realizar la técnica, su pierna debe de estar por debajo de la altura del corazón, para así incrementar el flujo venoso. Se puede pedir a los padres que sostengan a su hijo en brazos durante el procedimiento, consiguiendo además que el bebé esté más relajado.

Se desinfectará la zona del talón con clorhexidina acuosa al 2% o alcohol de 70°, nunca con productos yodados porque pueden interferir en los resultados del análisis. Se dejará secar al aire antes de la incisión puesto que si no la muestra puede llegar a diluirse.

Se identificará la zona donde se realiza la incisión, los laterales de la superficie plantar del talón. Evitando la zona central de la planta del pie por riesgo de lesiones en el hueso calcáneo, lesiones tendinosas y/o nerviosas.

Se realizará la incisión con la lanceta específica anteriormente descrita. Nunca se utilizarán agujas de uso intramuscular, intravenoso o subcutáneo como alternativa a la punción.
Con una gasa estéril se desecha la primera gota de sangre ya que contiene fluidos tisulares que pueden diluir la muestra.
Dejar que se forme cada gota de sangre sin apretar y que caiga impregnando los círculos de la tarjeta de filtro con una única gota de sangre. Aplicar la sangre sólo por la cara impresa observando la saturación de cada círculo y no tocar el papel absorbente contra el sitio de punción. Nunca rellenar con otra gota de sangre el mismo círculo porque se produciría sobresaturación de la muestra.

Evitar en todo momento la contaminación de la tarjeta y en caso de contaminación desechar la muestra. No se debe tocar el papel absorbente con los dedos ni con la piel del recién nacido.

Tras la recogida de la muestra se debe detener el sangrado. Para ello se elevará el pie por encima del cuerpo del niño ejerciendo leve presión sobre la zona de incisión.

Antes de introducir la muestra de sangre en el sobre, se dejará secar completamente al aire y en posición horizontal durante mínimo 3 horas a temperatura ambiente.

EVALUACIÓN

Los recientes cambios en El Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas del Recién Nacido de Castilla y León han permitido estandarizar el cribado de la toma de muestra del talón. De este modo el personal de enfermería puede llevarlo a cabo de manera uniforme evitando nuevas repeticiones y molestias al recién nacido.

Es necesario que estas modificaciones se extiendan a todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la pediatría, de modo que conozcan y alcancen las competencias correspondientes para el manejo de la técnica de forma adecuada.

Por otro lado, en España continúan existiendo grandes diferencias en los programas de cribado neonatal de las distintas CCAA. Dependiendo de dónde nazca el niño accederá a diferentes detecciones. Sería preciso crear un único programa de cribado de metabolopatías a nivel estatal y así garantizar un acceso equitativo a toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Calderón López GM, Jiménez Parrilla F, Losada Martínez A. Screening neonatal. En: Junta directiva de la Sociedad Española de Neonatología (SEN). Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2ª edición. Madrid; 2008. 423-433.

2.- Acuña Muga J, Alba Romero C, Barrio Andrés C, López Maestro M, Palacios Jover A, Pallás Alonso CR. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf

3.- Paz Valiñas L, Atienza Merino G. Efectividad clínica del cribado neonatal de los errores congénitos del metabolismo mediante espectrometría de masas en tándem. Revisión sistemática. Informes, estudios e investigación [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/tandem.pdf

4.- Redondo Cardeña PA, Muñoz Boyero AC. Detección precoz de enfermedades congénitas [monografía en Internet]. Valladolid: Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos de la Junta de Castilla y León; 2016 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-enfermedades-congenitas

5.- Del Pozo Moro N. Programa de cribado de enfermedades endocrino-metabólicas: importancia y diferencias por comunidades autónomas [trabajo fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería; 2015.

6. Portal de Salud de Castilla y León [sede web]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2016 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Programa de detección precoz de enfermedades congénitas. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-enfermedades-congenitas

7.- Portal de Salud del Principado de Asturias [sede web]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2017 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas del Principado de Asturias, "Prueba del Talón". Disponible en: http://movil.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=4facc74e40600310VgnVCM10000098030a0aRCRD

8.- Osakidetza [sede web]. País Vasco: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2016 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Programa de cribado neonatal. Prueba del talón. Disponible en:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksalu04/es/contenidos/informacion/programa_cribado_neonatal/es_cribado/programa_cribado_neonatal.html

9.- Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [sede web]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2016 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Información técnica. Cribado neonatal. Enfermedades endocrino-metabólicas congénitas. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142619651601&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142599649775

10.- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía [sede web]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2016 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de Andalucía. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_6_enfermedades_raras/programa_cribado_neonatal_instrucciones_profesionales_2016_18_10_2016.pdf

11.- Redondo Cardeña PA et al. Informe justificativo de la supresión de la solicitud de segunda muestra en el supuesto de padres con enfermedad del tiroides dentro del programa de detección precoz de enfermedades congénitas en recién nacidos en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2017.

12.- Redondo Cardeña PA, Muñoz Boyero AC. Protocolo para la toma de muestras sanguíneas y su envío al laboratorio de referencia [monografía en Internet]. Valladolid: Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos de la Junta de Castilla y León; 2016 [acceso: 6 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-enfermedades-congenitas

ACTITUDES Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ATTITUDES AND COPING TOWARD DEATH IN NURSING STAFF

AUTORES:

Jesús Antonio Fernández Fernández (1), Lidia García Martínez (1), María Luisa García García-Bueno (2), Ana Isabel Fernández Grande (2), Teresa Lozano González (1), Asunción Rubio Prieto (1)

(1) Enfermera/o. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León

(2) Supervisora. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Jesús Antonio Fernández Fernández. Complejo Asistencial Universitario de León. Calle Altos de Nava, s/n. 24071. LEÓN. España. Teléfono: 0034 987 237 400. E-mail: jfernf@unileon.es

REFERENCIA:

Fernández Fernández, J.A.; García Martínez, L.; García García-Bueno, M.L.; Fernández Grande, A.I.; Lozano González, T. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de Enfermería. Tiempos de enfermería y salud. 2017 2(1):27-33

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio fue describir la actitud y el nivel de afrontamiento ante la muerte, en los profesionales de enfermería de las Unidades de Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos del Complejo Asistencial Universitario de León.

Método: Se ha empleado un diseño cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. El instrumento consistió en un cuestionario autoadministrado compuesto por variables sociodemográficas, Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) y la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (1980-1981).

Resultados: Se obtuvo una tasa de respuesta del 79,16% (n=56). En nuestra población, un 27% de los enfermeros presentan un buen afrontamiento ante la muerte frente al 15% de los TCAE (p=0,566). Por servicios, un 47% de los profesionales de Paliativos presentan un buen afrontamiento, un 12% en Oncología y un 14% en Hematología (p=0,119). Respecto a las actitudes, y debido al tamaño de la muestra, no se obtienen resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: El personal de enfermería del Servicio de Paliativos presenta un mejor afrontamiento que el personal de Oncología y Hematología. La población a estudio entiende la muerte como un aspecto natural de la vida y no cree que la solución a los problemas de la vida sea la muerte. Una mayor formación mejoraría tanto la actitud como el afrontamiento en el personal de enfermería, lo cual conllevaría una mejor atención a los pacientes y familiares.

Palabras clave: actitud frente a la muerte; afrontamiento; cuestionario; enfermería holística; muerte; personal de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: *The objective of the study was to describe the attitude and level of coping with death in the nursing professionals of the Oncology, Hematology and Palliative Care Units of the University Hospital of Leon.*

Method: *A quantitative, descriptive, observational and transverse design has been used. The instrument was a self-administered questionnaire composed of: Sociodemographic variables, Revised Profile of Attitudes towards Death (PAM-R) and Bugen's Scale of Death Coping (1980-1981).*

Results: *A response rate of 79.16% was obtained (n = 56). In our population, 27% of the nurses, present a good coping with death, compared to 15% of the nursing assistant (p = 0.566). For services, 47% of palliative professionals have good coping, 12% in oncology and 14% in hematology (p = 0.119). About the attitudes, and due to the size of the sample, no statistically significant results were obtained.*

Conclusions: *The nursing staff of the Palliative Service presents a better coping than Oncology and Hematology staff. The population under study understands death as a natural aspect of life and they does not believe that the solution to the problems of life, is death. Further training would improve both the attitude and coping in nursing staff, which would lead to better care for patients and their families.*

Keywords: *attitude to death; coping; questionnaire; holistic nursing; death; nursing staff.*

INTRODUCCIÓN

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológicos-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden(1). Varios autores señalan que en la actualidad y en la sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que la mayoría de las veces no está presente en los pensamientos cotidianos (2).

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería; es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional así como para la familia del ser querido que acaba de morir. El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los pacientes a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean (1). Se espera por tanto, una actitud cálida, favorable y de apoyo con el paciente y su familia, pero surge la inquietud de conocer cómo de preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella.

Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero los profesionales sanitarios están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella (3). Esto puede influir positiva o negativamente en la actitud del personal sanitario (4). Por ello, es necesario desarrollar actitudes los más positivas posibles para poder ofrecer mejor calidad de cuidados. En situaciones en las que el paciente se encuentra en el final de la vida, los cuidados de enfermería deberán enfocarse en proveer una buena muerte, por lo que es importante que los profesionales de enfermería hayan elaborado una buena aceptación de la muerte como parte de la vida, para evitar que intervengan sus propios miedos a la muerte (5). Según algunos estudios, las actitudes hacia el cuidado de los enfermos terminales son más negativas cuanto mayor es el miedo a la muerte que tienen las propias enfermeras (6). Braun et al (7), constataron en una muestra de enfermeras de oncología, que aquellas que presentaron mayor miedo a la muerte y conductas de evitación, mostraron actitudes más negativas hacia el cuidado de enfermos terminales.

En los hospitales, son los profesionales de enfermería quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de los principales objetivos es el cuidado de ellos. Esto hace que en su actividad normal, tengan que enfrentarse directa y frecuentemente con la muerte. Los recursos utilizados por el personal de enfermería, tienen como principal objetivo no crear relaciones afectivas, estableciendo una distancia emocional (3). No todas las muertes se contemplan de igual modo, depende de la edad del paciente, enfermedad y relación con la familia (8). Hay ocasiones en que se les asigna identidad, "antropomortización", y en otras el paciente es tratado como "cosa" o "patología" (9).

Varios estudios se han preocupado de las diversas actitudes ante la muerte de los profesionales (10,11). Así por ejemplo, algunos señalan que el temor y el miedo son actitudes dominantes. Diversos estudios han encontrado mayores índices de ansiedad con el género femenino y con edad media de la vida (12,13).

Algunos autores correlacionan las actitudes ante la muerte con el género, la práctica religiosa y el nivel de contacto con pacientes terminales (14). La mayoría de los autores están de acuerdo en que una mayor preparación de los profesionales disminuye el grado de ansiedad ante la muerte y mejora la atención que profesan a sus pacientes (15). Aunque es precisa la evaluación de dichos programas, pues no siempre son efectivos ni se obtienen los efectos esperados (13).

A pesar de esta acuciante necesidad, las actitudes de los cuidadores dejan mucho que desear ya que, ellos mismos experimentan la muerte de los pacientes de forma trágica, aunque no les esté permitido "llorar". Así aluden a metáforas y mecanismos sutiles para expresar su duelo (16). Muchos profesionales tiene miedo a la muerte, por ello consideran el cuidado de los moribundos como otra actividad más del día. El modelo biomédico que las instituciones sanitarias propugnan, influyen en la visión negativa que los profesionales tienen de la muerte (17). Entre los factores que hacen que los profesionales comprendan mejor la muerte de sus pacientes, destaca el hecho de que en su vida hayan tenido experiencias de proximidad con la muerte y, por lo tanto, recursos personales (18). Sin duda, la medición de las actitudes es una tarea compleja y aparecen distintas formas de medirlas. Se puede hacer mediante autoinformes (creencias, conductas, valores, etc.), mediante la observación sistemática de conductas en situaciones naturales (poco operativo para muestras de estudio amplias), o con la medición de reacciones fisiológicas ante el objetivo, la situación o su representación. De estos procedimientos el más ampliamente utilizado ha sido el autoinforme o cuestionario (5).

Por otra parte, se puede decir que el afrontamiento consiste en hacer frente o encarar un peligro o una situación negativa; es el proceso a través del cual se hacer frente a un acontecimiento estresante, planteándolo en términos neutros y dándole solución; yendo un poco más allá se puede decir que son las

estrategias que un individuo pone en juego ante un problema para mantener su integridad física y psicológica (19). El

afrontamiento es uno de los términos más asociados con el estrés y constituyen una de las tareas más difíciles y estresantes a las que se enfrentan los profesionales de enfermería (4). El sentimiento de pérdida, el dolor, el sufrimiento y la muerte son factores estresantes muy potentes tanto en los profesionales como en los estudiantes de enfermería (6). Además, ponen de manifiesto la insuficiente formación que reciben los profesionales de la salud para el correcto afrontamiento y la escasez de recursos que poseen para atender correctamente a los pacientes y familia en estas situaciones.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede continuar diciendo que hay ocasiones en que, en el medio hospitalario, se desconoce si existen instancias de apoyo para los profesionales de enfermería que se enfrentan a la muerte en su quehacer cotidiano, entonces, pueden surgir sentimientos de miedo, angustia o evitación al tema y esto se puede traducir en una pobre atención de los pacientes moribundos. Hay estudios que afirman que las enfermeras requieren de apoyo para proporcionar el cuidado a estos pacientes, ya que esta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que ellas reciban, proporcionado por un programa estructurado, puede servir para brindar un mejor cuidado al enfermo (1).

El objetivo de este estudio fue describir la actitud y el nivel de afrontamiento ante la muerte, en los profesionales de enfermería de las Unidades de Oncología (Hospitalización), Hematología (Hospitalización) y Cuidados Paliativos del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con diseño cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. El instrumento empleado fue un cuestionario auto-administrado compuesto por:

- Variables sociodemográficas, donde se recogió el género, edad, número de hijos, estado civil, experiencia profesional, categoría profesional y tipo de contrato de los participantes.
- Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) el cual consta de 32 ítems. Las dimensiones que mide el instrumento, son las siguientes: a) miedo a la muerte (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte); b) evitación de la muerte (dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte, de modo que la conducta se puede ver afectada); c) aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma); d) aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa); e) aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se da la bienvenida). Cada uno de los 32 ítems se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, en la dirección de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7).
- Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (1980-1981), la escala está constituida por 30 ítems. Cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones.

El estudio se extendió a todo el personal de enfermería de los servicios de Oncología (Hospitalización), Hematología (Hospitalización) y Cuidados Paliativos del CAULE que cumplían con los criterios de inclusión, que fueron los siguientes: ser enfermero o TCAE en las unidades mencionadas, desarrollar su labor asistencial de manera habitual en estos servicios y participar de forma voluntaria en el estudio. Los criterios de exclusión serán: profesionales que realizan sustituciones de trabajo temporal en los servicios seleccionados y encuestas con cumplimentación inferior al 80%.

La muestra es igual que la población, por lo que no se predeterminó tamaño muestral, ya que se hizo llegar la encuesta a todo el personal de enfermería de los servicios de Oncología (Hospitalización), Hematología (Hospitalización) y Cuidados Paliativos del CAULE que cumplan los criterios de inclusión.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de León. Además, se obtuvo el permiso y la colaboración de la Dirección de Enfermería del CAULE.

RESULTADOS

La tasa de respuesta del estudio fue de un 79,16% (n=56); en la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los encuestados, siendo la mayoría mujeres (92,86%), casadas (62,50%) y con un intervalo de edad entre 41 y 50 años (37,50%). El estado civil que más predomina es casado o con pareja de hecho con un 62,50%. El 37,50% de los encuestados no tenían hijos. El 50% de los trabajadores tienen una experiencia en el servicio, comprendida entre 1 y 10 años. El servicio de mayor participación, fue el de Oncología (hospitalización) representado el 42,86% del total de la muestra (Tabla 1).

Respecto a la escala Bugen de Afrontamiento a la muerte, podemos observar que el 27% de las enfermeras presentaron un buen afrontamiento ante la muerte frente al 15% de las auxiliares (p=0,57).

Valores que podemos encontrar en el Gráfico 1.

Por servicios, en el Gráfico 2, se observa que un 47% de los profesionales que trabajan en la unidad de paliativos, presentan un buen afrontamiento ante la muerte frente al 14% de la planta de hematología y un 12% de oncología (p=0,12).

En el cuestionario de Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte, se compararon las dimensiones de miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación de acercamiento, aceptación de escape y aceptación neutral entre las enfermeras y auxiliares, obteniendo en todas ellas datos estadísticamente no significativos.

PROCEDIMIENTO

Sobre los datos sociodemográficos y laborales, se obtienen porcentajes superiores en el sexo femenino y en edades comprendidas entre 41 y 50 años, datos entendibles puesto que la mayoría de los profesionales de la enfermería son mujeres en los servicios estudiados.

Al realizar la escala Bugen de afrontamiento a la muerte, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la unidad de trabajo y el tipo de personal que trabaja en las unidades de oncología, dato recogido por Gavalana et al (20).
En el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las variables miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación de acercamiento, aceptación de escape y aceptación neutral entre las enfermeras y auxiliares. Los valores encontrados en las medias de las variables son similares a los hallados en estudiantes de Ciencias de la Salud por Schmidt Rio-Valle (5), quien sí encontraron diferencias entre éstos y quienes no estudiaban Ciencias de la Salud. Esto nos indica que este perfil, se presenta ya desde fases iniciales de la formación en el campo de las Ciencias de la Salud y se mantiene durante la práctica profesional.

Una de las limitaciones que se encuentra en este estudio es el tamaño muestral. En futuras líneas de trabajo se incluiría a todo el personal de enfermería del CAULE; se implementaría además, una intervención (formación continuada, sesiones, charlas) comparando los resultados previos y posteriores a dicha intervención.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería del Servicio de Paliativos presenta un mejor afrontamiento que el personal de Oncología y Hematología.

En cuanto a la categoría profesional, antigüedad y tipo de contrato, no existieron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a las actitudes hacia la muerte, la población a estudio entendió la muerte como un aspecto natural de la vida y no creía que la solución a los problemas de la vida fuera la muerte. Sobre el miedo a la muerte, la aceptación de acercamiento y la evitación de la muerte, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.
Es necesario investigar más en este campo, y una mayor formación que mejoraría tanto la actitud como el afrontamiento en el personal de enfermería, lo cual conllevaría una mejor atención a los pacientes y familiares.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

Variable	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
Entre 20 y 30 años	4	7,14%
Entre 31 y 40 años	13	23,21%
Entre 41 y 50 años	21	37,50%
Más de 50 años	17	32,14%
ESTADO CIVIL		
Soltero	20	35,71%
Casado ó pareja de hecho	35	62,50%
Divorciado	1	1,79%
Viudo	0	0,00%
Nº DE HIJOS		
Sin hijos	21	37,50%
Con 1 hijo	12	21,43%
Con 2 hijos	20	35,71%
Con 3 hijos	2	3,57%
Con más de 3 hijos	1	1,79%
GÉNERO		
Varón	4	7,14%
Mujer	52	92,86%
TIPO DE CONTRATO		
Fijo	32	57,14%
Interino	12	21,43%
Temporal	12	21,43%
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO		
Entre 0 y 1 año	11	19,64%
Entre 1 y 10 años	28	50,00%
Entre 11 y 20 años	9	16,07%
Entre 21 y 30 años	4	7,14%
Más de 30 años	4	7,14%
SERVICIO		
Oncología Hospit.	24	42,86%
Hematología Hospit.	14	25,00%
Cuidados Paliativos	18	32,14%

GRÁFICO 1. ESCALA BUGEN DE AFRONTAMIENTO A LA MUERTE: DIFERENCIAS ENTRE ENFERMERAS Y AUXILIARES

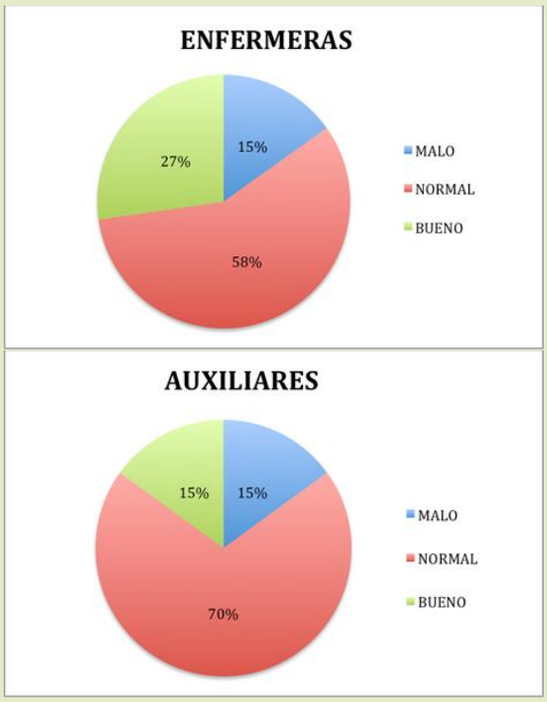
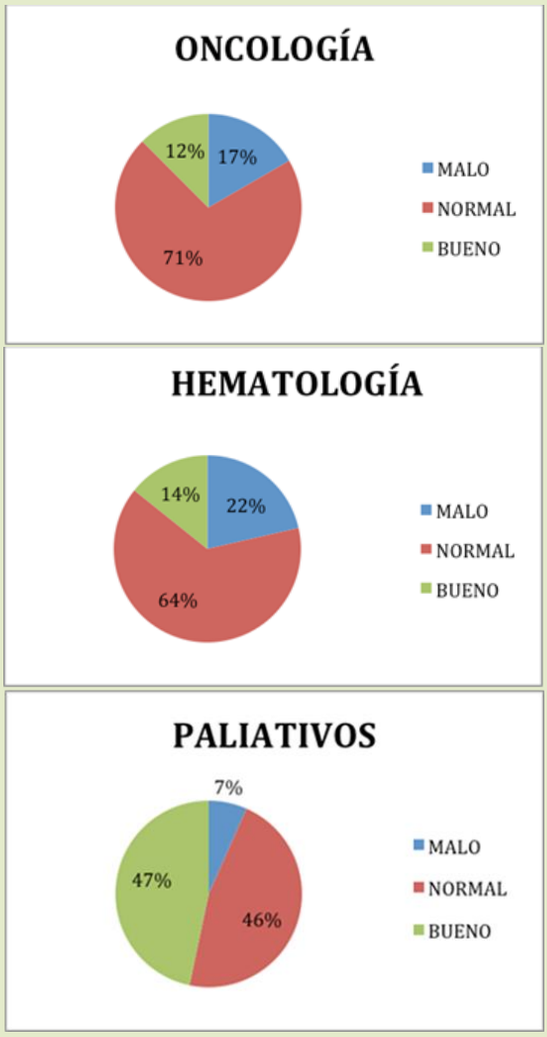


GRÁFICO 2. ESCALA BUGEN DE AFRONTAMIENTO A LA MUERTE: DIFERENCIAS ENTRE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA (HOSPITALIZACIÓN), HEMATOLOGÍA (HOSPITALIZACIÓN) Y CUIDADOS PALIATIVOS



BIBLIOGRAFÍA

1. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar JM. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc enferm. 2008; 15(1):39-48.

2. Meñaca A, Evans N, Andrew E, Toscani F, Finetti S, Gómez-Batiste X. End-of-life care across Southern Europe: A critical review of cultural similarities and differences between Italy, Spain and Portugal. Crit Rev Oncol Hematol. 2012;(82):387-401.

3. Pacual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Enferm Intensiva. 2011; 22(3):96- 103.

4. Jacqueline BM. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. 2011.

5. Rio-Valle Schmidt J. Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2007.

6. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. Enferm Clin. 2011; 21(3):129-135.

7. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses´ attitudes toward death and caring for dying patients. Oncol Nurs Forum. 2010;(37):43-49.

8. Brito Brito P, Reverón Brito D. La enfermería ante la muerte. Metas de enfermería. 2006;(9):29-32.

9. González Gil T. Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Enferm Intensiva. 2008; 113-122.

10. Cruz Quintana F, García Caro M, Schmidt Rio-Valle J, Navarro Rivera M, Prados Peña D. Enfermería, familia y paciente terminal. Revista Rol de Enfermería. 2001;(24):664-668.

11. Hernández Cabrera G, González García V, Fernández Machín L, Infante Pereira O. Actitud ante la muerte en los médicos de familia. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2002; 18(1):22-32.

12. Sánchez Caro J, Ramos Campos F. Miedo y ansiedad ante la muerte. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003; 12(2):67-80.

13. Tomás Sábado J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. Enferm Científica. 2002;(246):42-47.

14. Rooda LA, Clements R, ML. J. Nurses' attitudes towards death and caring for dying patients. Oncol Nurs Forum. 1999; 26(10):1683-1687.

15. Kwekkeboom K, Vahl C, Eland J. Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care. J Palliat Med. 2006; 9(1):90-99.

16. Moss M, Moss S, Rubinstein R, Black H. The metaphor of "family" in staff communication about dying and death. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003; 58(5):290-296.

17. Kayser-Jones J. The experience of dying: An ethnographic nursing home study. Gerontologist: Special Issue III: End-of-Life Research. 2002;(42):11-19.

18. Black H, Rubinstein R. Direct Care Workers' Response to Dying and Death in the Nursing Home: A Case Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2005; 60(1):3-10.

19. Zabalegui Yarnoz A, Vidal Melilla A, Soler Gómez M, Latre Méndez E. ¿Qué es el afrontamiento? Revista ROL de Enfermería. 2006; 25(7-8):72-76.

20. Gavala Arjona JM, Fullana Tudurí RM, Pascual Reus AV, Jordá Martí S, Moreno Bahone ME, Casas Pérez M. Afrontamiento a la muerte en el personal de enfermería de una unidad de oncología infantil. En: XIX Encuentro Internacional de Investigación de Cuidados. Cuenca;17-20 de noviembre de 2015.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL POTENCIAL DONANTE EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

NURSING CARE OF THE POTENTIAL DONOR IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF LEON

AUTORES:

Mª Cristina Gil Rodríguez (1), Pablo Suárez Fernández (1), Raquel Álvarez Álvarez (1), Alberto Ferreras García (1).

(1) Enfermera/o. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

Mª Cristina Gil Rodríguez, Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). Altos de Nava s/n 24071 León (España). E-mail: crisalamanca@hotmail.com

REFERENCIA:

Gil Rodríguez MC, Suárez Fernández P, Álvarez Álvarez R, Ferreras García A. Cuidados de Enfermería del potencial donante en el Complejo Asistencial Universitario de León. Tiempos de Enfermería y Salud. 2017; 2(1): 34-38

RESUMEN

Introducción: El proceso de donación y trasplante es una actividad médico hospitalaria que tiene lugar dentro de la Atención Sanitaria Especializada. Se trata de una actividad multidisciplinaria que requiere la participación directa de un buen número de profesionales y especialistas. Durante este proceso la enfermería juega un papel fundamental para la detección y mantenimiento del donante de órganos.

Descripción: La gestión de los cuidados de enfermería ante un potencial donante, dada su situación de muerte encefálica, no podrá ser realizada según los distintos modelos y teorías de enfermería, ya que estos están encaminados a la recuperación de la independencia y autonomía del paciente. Dadas estas circunstancias especiales del paciente clínicamente muerto se aplicará el Plan de Cuidados Estandarizado de Donación de Órganos del Complejo Asistencial Universitario de León. Se plantearán unos cuidados de enfermería relacionados con las alteraciones más importantes halladas y unas actividades que dependerán de éstas. Con respecto a la atención emocional prestada a los familiares del paciente, se proponen los cuidados estandarizados hallados en la metodología NANDA-NIC-NOC relacionados con el proceso de duelo de la familia.

Conclusiones: La posibilidad de trabajar con un plan de cuidados estandarizado permite que la actuación enfermera se desarrolle de una manera organizada, unificada y sistemática, aumentando la efectividad y la calidad de los cuidados y mejorando por tanto el estado de los órganos en el momento del trasplante.

Palabras clave: Cuidados Enfermería, Muerte Encefálica, Mantenimiento donante órganos.

ABSTRACT

Introduction: *The process of donation and transplantation is one more hospital medical activity, which takes place within the Specialized Health Care. It is a multidisciplinary activity that requires the direct participation of a good number of professionals and specialists of all kinds. In this process the nursing plays a fundamental role for the detection and maintenance of the organ donor.*

Description: *The management of nursing care to a potential donor, given their situation of brain death, cannot be performed according to the different models and theories of nursing, since these are aimed at recovering the independence and autonomy of the patient. Given the special circumstances of the clinically dead patient, we will use the Complejo Asistencial Universitario de León Standard Organ Donation Care Plan. Therefore, nursing care related to the most important alterations that we are going to find and some activities that depend on them will be considered. It is important to emphasize the role of nursing in the emotional care of the patient's family, proposing the standard care that we find in the NANDA-NIC-NOC related to the grieving process of the family.*

Conclusions: *The possibility of working with a standardized care plan allows nurses to perform in an organized, unified and systematic manner, increasing the effectiveness and quality of care and thus improving the state of organs at the time of transplantation.*

Keywords: *Nursing Care, Brain Death, Organ Donor Maintenance.*

INTRODUCCIÓN

Asegurar la vida de un ser humano gracias al reemplazo de sus órganos o tejidos dañados por un órgano o tejido sano extraído de otro individuo, supone un gran avance en la ciencia médica. Este hecho ha supuesto un cambio en el concepto de muerte ya que existe un después de este fatal desenlace.

Se define muerte encefálica como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo.
Es importante destacar el momento del diagnóstico de la muerte encefálica ya que de esto depende el inicio de los cuidados del potencial donante, para ello se emplean criterios clínicos y pruebas complementarias establecidos legalmente
A partir del diagnóstico clínico de muerte encefálica (ME) se planteará un cambio en la orientación de los cuidados de enfermería, que irán encaminados al soporte y protección de los órganos a trasplantar, ya que desde ese momento al paciente se le considera legalmente fallecido.

Los cuidados que enfermería aplica son fundamentales y necesarios para el mantenimiento en óptimas condiciones del donante, la ME del paciente lejos de significar el fin de los esfuerzos terapéuticos, determina el inicio inmediato del mantenimiento de los órganos para su posible donación y trasplante.

OBJETIVOS

- Garantizar el óptimo mantenimiento del paciente para la preservación de órganos y tejidos.
- Detectar de manera precoz posibles complicaciones.
- Administrar cuidados de enfermería al paciente con muerte encefálica de forma ordenada, validada y eficaz.

MÉTODO

La gestión de los cuidados de enfermería ante un potencial donante, dada su situación de ME, no podrá ser realizada según los distintos modelos y teorías de enfermería, ya que éstos están encaminados a la recuperación de la independencia y autonomía del paciente.

Así como en el resto de unidades del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) se emplea el modelo de cuidados de Virginia Henderson estandarizado en el programa GACELA-CARE, dadas las circunstancias especiales del paciente clínicamente muerto emplearemos el plan de cuidados estandarizado de donación de órganos del CAULE. Por tanto, se plantearán unos cuidados de enfermería relacionados con las alteraciones más importantes que vamos a encontrar y unas actividades a realizar que dependan de éstas mismas alteraciones.

DESARROLLO

A continuación se describen los diferentes cuidados que se precisan y aplican en el mantenimiento del potencial donante.

Cuidados generales

Encaminados a cubrir las necesidades fisiológicas. Al paciente en ME se le realizarán los mismos cuidados que a cualquier otro paciente ingresado en la misma unidad.

Se le realizará la higiene corporal, bucal y ocular, así como los cuidados específicos para la piel. A este nivel, se aplicarán medidas preventivas tales como hidratación, protección de puntos de apoyo y empleo de colchones específicos para control y manejo de presión y cambios posturales si precisa. En general, en este tipo de paciente la incidencia de ulceras por presión (UPPs) es casi nula debido a que la estancia media en la unidad es muy corta.

Monitorización

Será imprescindible mantener un exhaustivo control de las constantes vitales del donante. El registro de las mismas será horario.
Se monitorizarán: Frecuencia Cardíaca (FC), Presión Arterial (PA), Presión Venosa Central (PVC), Saturación de O2 (SatO2), Saturación Venosa de O2 (SvO2), parámetros de ventilación mecánica (VM), diuresis horaria, temperatura central (Tª).

Para garantizar que la perfusión tisular y oxigenación tisulares son óptimas, el objetivo a conseguir seria mantener los siguientes valores: FC 60-100lpm, TA sistólica ≥100 mmhg, TA media 70 -90mmhg, diuresis >1cc/kg/h (50 – 100 cc/h), Tª >35ºc, Hto >30% y Hb > 10g, gasometría arterial (PO2 ≥100mmhg, pCO2 35-45 mmhg, pH 7,35-7,45).

Cuidados nivel cardiovascular

En la fase de enclavamiento, cuando se origina la "tormenta simpática" o reflejo de Cushing, debemos prestar especial atención al electrocardiograma (EKG) y la PA.

Constituyen las principales alteraciones hemodinámicas la hipotensión arterial y las arritmias.

- Hipotensión arterial: puede estar relacionada con hipovolemia secundaria a la diabetes insípida subsiguiente a la ME, o también por pérdida del tono vasomotor por la misma causa. El trabajo de enfermería irá encaminado al mantenimiento de valores tensionales que garanticen la adecuada perfusión tisular, y a la reposición de la volemia si fuera preciso. Se controlará la PA y la PVC, así como otros parámetros hemodinámicos. Realizaremos control de balance hídrico, de pérdidas hemáticas,

drenajes, etc. Valoración de sequedad de piel y mucosas y signo del pliegue cutáneo. Si pese a la rehidratación adecuada del paciente aún persiste hipotensión se administrará tratamiento farmacológico con drogas vasoactivas según prescripción médica.

- Arritmias: la causa más frecuente es la liberación masiva de catecolaminas (adrenalina) en el momento de producirse la ME. Las alteraciones hidroelectrolíticas, la hipoxia, la hipovolemia o la hipotermia pueden ser factores arritmogénicos tanto antes como después de producirse la ME. Es importante conocer que en caso de que el paciente con muerte encefálica presente una bradiarritmia, la atropina no será efectiva debido a la ausencia de respuesta del X par a este fármaco tras acontecer la ME, en este caso el fármaco de elección es la aleudrina, o en su caso la implantación de un marcapasos.

Cuidados nivel respiratorio

En todos los casos en los que existe ME, la destrucción del centro respiratorio bulbar subsiguiente a esta ocasiona un paro respiratorio (apnea), que hace necesaria la aplicación de VM para el mantenimiento de una correcta oxigenación y ventilación.

En este caso las actuaciones de enfermería se orientarán hacia:

- Asegurar la adecuada oxigenación y ventilación mediante el control de los parámetros de VM, la monitorización respiratoria y gasométrica.
- Prevención de atelectasias, colapsos pulmonares y/o neumonías por acumulación de secreciones traqueobronquiales. Para ello será precisa la aspiración de secreciones siempre que sea necesario y de forma aséptica; además de la aplicación del Protocolo "Neumonía Zero" y la colocación del cabecero en posición >30º.
- Asegurar permeabilidad de la vía aérea, evitando la obstrucción del tubo orotraqueal (TOT) o cánula de traqueotomía y/o el acodamiento de las tubuladuras.
- Asegurar la correcta humidificación de la mezcla de aire inspirado mediante la colocación de filtro-humidificador desechable entre TOT y tubuladuras; cambiándolo cada 24 horas y siempre que sea preciso.
- Cambios posturales y fisioterapia respiratoria si está indicada.

- Veinte minutos antes de que el donante sea trasladado a quirófano, será oxigenado con una fracción inspiratoria de oxígeno (FIO2) al 100%.

Cuidados nivel temperatura corporal

Habitualmente la Tª corporal en los pacientes en ME tiende a igualarse a la del entorno donde se haya el paciente, pudiendo descender por debajo de los 35ºC. Es fundamental evitar el enfriamiento corporal, responsable de inestabilidad hemodinámica, y de alteraciones electrocardiográficas, de la coagulación y de la glucemia entre otras.

Nuestro objetivo será mantener una temperatura por encima de los 35ºC, siendo ideal la de 37ºC. Para conseguirlo las acciones de enfermería irán encaminadas a:

- Control horario de Tª corporal mediante termómetros centrales.
- Mantener temperatura ambiental entre 22-24ºC.
- Evitar la pérdida de calor a través de mantas aislantes adecuadas o mantas térmicas.

Cuidados nivel endocrino

Las principales alteraciones a este nivel serán la aparición de diabetes insípida y la hiperglucemia.

- Diabetes insípida: producida por déficit de hormona antidiurética (ADH) por fallo hipofisario tras instaurarse la ME. Las actuaciones de enfermería en esta complicación abarcarán el control estricto de la diuresis (cifras alarma <50cc/h ó >200cc/h), con reposición del volumen perdido mediante fluidoterapia intravenosa. En caso de persistencai de la situación será precisa la administración de desmopresina IV según prescripción facultativa. El control de los cambios en el EKG, y la monitorización de iones en sangre y orina según protocolo, contribuirán a un mayor control hidroelectrolítico del donante.
- Hiperglucemia: esta favorece la poliuria, que agrava los trastornos hidroelectrolíticos inducidos por la diabetes insípida. La enfermera realizará controles de glucemia y administrará insulina según protocolo o prescripción médica.

Cuidados prevención infecciones

El paciente en situación de ME presenta multitud de factores que predisponen la aparición de infecciones. Para evitarlo la enfermería debe realizar las siguientes actividades:

- Higiene diaria del paciente.
- Cuidado y control de catéteres venosos y arteriales (manipulación aséptica, retirada de aquellos que no sean necesarios, control aparición flebitis).
- Cuidado y control de sondas y drenajes.
- Cura de heridas.

- Aspiración de secreciones con técnica estéril.
- Protocolo de "Bacteriemia Zero"".
- Colocación de sonda nasogástrica para vaciamiento gástrico.
- Protocolo de Neumonía Zero.
- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Toma de cultivos si sospecha de infección.

Es importante destacar el papel de la enfermería en la atención emocional a los familiares del paciente, proponiendo para ellos los cuidados estandarizados que encontramos en la NANDA_NIC_NOC relacionados con el proceso de duelo de la familia.

Cuidados a la familia potencial donante

Se transmitirá información detallada y precisa reconociendo y comprendiendo los sentimientos y aceptando los comportamientos de la familia con el objetivo de ayudar a sobrellevar la pérdida. También se adecuará en la medida de las posibilidades la despedida del ser querido, favoreciendo los momentos de intimidad.

El mantenimiento continuado por parte de los profesionales de una relación de ayuda hacia la familia permite a esta hacer frente a la muerte, saliendo del shock inicial. Todos los profesionales se comportarán con delicadeza, respeto y empatía, empleando un lenguaje sencillo, claro y directo.

Los diagnósticos de enfermería más habituales en la atención a la familia del potencial donante:

- Riesgo de impotencia.
- Conflicto de decisiones.
- Duelo.

En el caso de que la familia decidiera no donar, se debe respetar su opinión y continuar con el apoyo emocional.

CONCLUSIONES

La enfermería juega un papel fundamental en el mantenimiento del potencial donante de órganos y tejidos debido a la capacidad que posee para establecer un plan de cuidados así como para detectar las diversas alteraciones fisiopatológicas que pueden presentarse durante el proceso. Aplicar unos cuidados de enfermería óptimos al paciente que presenta muerte encefálica, incrementa el número

total así como la calidad de los órganos obtenidos condicionando en buena parte la futura evolución de los pacientes trasplantados; además de ser la base para obtener una mayor calidad asistencial.

.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belloso A, Puppo C. mantenimiento del donante. Coordinación de trasplantes. Banco Nacional de Órganos y Tejidos. Facultad de medicina. Universidad de Chile. 2003.

2. Belzberg H, Shoemaker WC, Wo C, Nicholls T, Dang A, Zelman V, et al. Hemodynamic and oxigen transport patterns after head trauma and brain death: implications for management of the organ donor. J Trauma. 2007; 63:1032–42.

3. Döşemeci L, Yilmaz M, Cengiz M, et al. Brain death and donor management in the intensive care unit: experiences over the last 3 years. Transplant Proc 2004; 36:20

4. Escudero D, Otero J et Al. Mantenimiento del donante de órganos Nefrología, 1991; 21; 81-5.

5. Escudero D y Otero J. Mantenimiento del donante multiorgánico. Servicio de medicina intensiva. Hospital Central de Asturias. Oviedo. 2000.

6. Jeong JC, Kim MG, Ro H, Kim YJ, Park HC, Kwon HY, Jeon HJ, Ha J, Ahn C, Yang J. Outcomes of management for potential deceased donors. Transplant Proc. 2012; 44:843-7.

7. Luis Rodrigo Mª T. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson 2002.

8. Parrilla P, Ramírez P. Manual sobre donación y trasplante de órganos. Madrid. 2008.

9. Salvadores Fuentes P, Sánchez Sanz E, Carmona Monge F. Enfermería en cuidados críticos. 1st ed. Madrid: editorial universitaria ramón areces; 2011.

10. Valero R, Cabrero A, Manalich M et Al. Mantenimiento del donante de órganos. Revista española de anestesiología y reanimación 1992; 39: 293-300.

CANALIZACIÓN Y MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO DE IMPLANTACIÓN BRAQUIAL

AUTORES:

Mario García Suárez (1); Carlos Méndez Martínez (1); Marta Pan Rossi (1); José María Palanca de la Varga (2); Susana Abella Álvarez (2); Paula Zuazua González (2).

(1) Enfermera/o eventual del Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León. (2) Enfermera/o de la Unidad de Onco-hematología del Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León.

Dirección para correspondencia:

Mario García. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León. n 24071. LEÓN. España. Teléfono: 0034 646 203967. E-mail: mgarcs06@estudiantes.unileon.es

Referencia:

García Suárez M, Méndez Martínez C, Pan Rossi M, Palanca de la Varga JM, Abella Álvarez S, Zuazua González P. Canalización y manejo de catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial. Tiempos de Enfermería y Salud. 2017; 2(1): 39-43

RESUMEN

Introducción: Los catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial suponen una alternativa para los pacientes con tratamientos quimioterápicos agresivos y prolongados. El objetivo del estudio fue actualizar los conocimientos acerca del manejo y cuidados de este tipo de catéteres mediante los últimos artículos publicados al respecto para realizar un protocolo seguro para la administración de tratamientos y posterior sellado por parte del personal de enfermería.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos, entre ellas Cochrane, Pubmed o Google Académico. Los criterios de inclusión fueron aquellos artículos desde el 2012 hasta la actualidad y los criterios de exclusión aquellos artículos que no se ajustasen a la temática del estudio.

Resultados: Las guías sobre el manejo de los reservorios no muestran homogeneidad en sus recomendaciones, las cuales se basan principalmente en opiniones de expertos. Se describieron las técnicas de extracción de sangre venosa y perfusión de fluidos y hemoderivados a través del catéter, el procedimiento de finalización de tratamiento, y la heparinización del reservorio. Finalmente se describieron los cuidados necesarios para el catéter, y educación sanitaria para los pacientes que lo portan.

Conclusiones:

- La punción y retirada de la aguja del reservorio subcutáneo debe realizarse de forma estéril y por personal cualificado.
- El uso correcto del dispositivo reduce la aparición de complicaciones y mejora la seguridad del paciente.
- Es fundamental la formación del personal enfermero en el uso de estos dispositivos para conseguir unos cuidados de calidad y seguridad.

Palabras clave: catéter venoso central, reservorio, subcutáneo, braquial, guía.

ABSTRACT

Introduction: *Central venous ports with subcutaneous reservoir forearm implants provide an alternative for patients with aggressive and prolonged chemotherapy treatments. The objective of the study was to update the knowledge about the management and care of this type of catheters through the latest articles published in this regard to make a safe protocol for the administration of treatments and subsequent sealing by the nursing staff.*

Methodology: *A bibliographic review was done using different databases, including Cochrane, Pubmed or Google Scholar. The inclusion criteria were those articles from 2012 to the present and the exclusion criteria for articles that did not fit the study theme.*

Results: *The guidelines on the management of reservoirs do not show homogeneity in their recommendations, which are based mainly on expert opinions. The techniques of venous blood extraction and perfusion of fluids and blood products through the catheter, the treatment termination procedure, and reservoir heparinization were described. Finally, the necessary care for the catheter and health education for the patients who carried it were described too.*

Conclusions:

- *The puncture and withdrawal of the needle from the subcutaneous reservoir should be performed sterile and by qualified staff.*
- *Proper use of the device reduces the occurrence of complications and improves patient safety.*
- *The training of nursing staff in the use of these devices is essential for quality and safety care.*

Key words: *central venous catheter, reservoir, subcutaneous, forearm, guide*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento para muchas enfermedades crónicas puede llegar a producir una degradación del acceso venoso que implica la necesidad de implantar a los pacientes catéteres vasculares a nivel central. En los pacientes con cáncer, la necesidad de ejercer repetidas punciones venosas para la extracción de sangre, la administración de quimioterapia y de diferentes fluidos, ha provocado que se requiera la colocación de unos dispositivos denominados catéteres venosos centrales totalmente implantables con reservorio subcutáneo (CVCRS), denominados comúnmente reservorios. Están alojados totalmente bajo la piel sin que ninguna parte de los mismos se encuentre exteriorizada. Estos catéteres se utilizan para un acceso permanente y son muy útiles en aquellos casos cuando el acceso no requiere ser continuado. Su localización es variada, siendo el antebrazo uno de los más frecuentes (1-3).

Estos dispositivos constan de una cámara de inyección (única o doble) confeccionada con titanio o poliéster plástico, que incluye una membrana auto-sellante de silicona y que es el lugar al cual se accede con una aguja con un bisel angulado mediante una punción percutánea (agujas tipo Huber, las cuales pueden soportar hasta 2500 punciones, según la bibliografía consultada). A esta cámara, se conecta un catéter flexible y radiopaco que previamente se ha introducido en la vena (pudiendo ser ésta la basílica, cefálica o braquial), y que puede estar constituido por silicona (usados actualmente por presentar un índice más bajo de trombosis y por ser flexibles), poliuretano (cuya pared es más resistente que los de silicona), siendo lo ideal, que el catéter fuera estable al estrés ambiental para facilitar su inserción, flexible a la temperatura corporal minimizando complicaciones intravasculares y que no sea trombogénico (3,4).

El objetivo de este estudio ha sido actualizar los conocimientos acerca del manejo y cuidados de los CVCRS de implantación braquial mediante los últimos artículos publicados al respecto.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Scielo, Cuiden, Pubmed y Google Académico. Los idiomas utilizados en la búsqueda bibliográfica fueron inglés y español. Las palabras clave utilizadas fueron tanto en inglés como en español: catéter venoso central, reservorio, subcutáneo, braquial, guía. Se incluyeron artículos publicados desde 2012 hasta la actualidad y se excluyeron aquellos que no se ajustaran con la temática del estudio.

RESULTADOS

Manejo del catéter

Las guías sobre el manejo del reservorio no muestran homogeneidad en sus recomendaciones, las cuales se basan principalmente en otros catéteres centrales o en opiniones de expertos, por lo que no existen evidencias de alto nivel sobre la manipulación del reservorio (5).

Canalización del catéter

- Material necesario (Figura 1):
  - Paño y guantes estériles
  - Gasas estériles
  - Antiséptico
  - Agujas específicas para reservorios (Huber o Gripper), con tubo de prolongación conectado y pinza
  - Jeringuillas de 10cc
  - Agujas IV
  - Suero Fisiológico
  - Heparina Sódica
  - Contenedor rígido
- Procedimiento:
  1. Explicar la técnica al paciente.
  2. Lavado de manos.
  3. Si sólo se encuentra una enfermera: Preparar campo estéril sobre el que se colocará: gasas con antiséptico, gasas secas, jeringuillas, agujas de reservorio, apósitos. Si se encuentra otra persona con la enfermera, le proporcionará de forma estéril todo el material.
  4. Colocar al paciente en una posición cómoda, ya sea en decúbito supino o sedestación.
  5. Colocarse los guantes estériles.
  6. Desinfectar la zona con antiséptico con una gasa estéril, de dentro hacia afuera sin tocar la piel con los guantes, o si hay otra persona con la enfermera, lo hará ella. Debemos tener en cuenta los dispositivos de antiséptico en forma de spray que también serán válidos, aplicando 1 o 2 "pufs" sobre la zona de punción (Figura 2).
  7. Cargar la jeringuilla con un mínimo de 3cc. de suero fisiológico manteniendo la esterilidad.
  8. Abrir la pinza de la aguja Huber o Gripper, purgarla con suero (Figura 3) y volverla a cerrar ("clampar").
  9. Extraer la protección de la aguja de reservorio.
  10. Coger con la mano dominante la aguja de reservorio y con la otra mano una gasa estéril para delimitar la cámara sin tocar al paciente con los guantes estériles.

11. Fijar el reservorio con la mano no dominante (con las gasas) y pinchar en el centro de la cámara (en perpendicular al reservorio) hasta notar un tope, con la mano predominante (Figura 4). Despinzar e infundir el suero que previamente habíamos cargado en la jeringuilla de 10cc. Comprobar la colocación correcta mediante la aspiración del reflujo de sangre (Figura 5), abriendo la pinza de la aguja.
12.

- Si no se obtiene sangre, y no se encuentra resistencia al paso de fluidos, intentar recolocación del paciente, cambiándolo de posición o cambiar la trayectoria de la aguja, sin retirarla.

- Sí no se obtiene sangre y se encuentra resistencia al paso de fluidos, retirar aguja y volver a intentar la punción. Si no se obtiene resultado, avisar al personal médico.

Sí la colocación es correcta, estabilizar la aguja y aspirar suavemente observando que refluya sangre.

13. Quitar la jeringuilla con 10cc de sangre (que se desechará).
14. Pinzar y conectar el cono e introducir los tubos de muestras necesarios en caso de realizar analíticas sanguíneas o conectar las tubuladuras en caso de perfusión de líquidos (6,7).
15.

Una vez realizada la extracción sanguínea o la perfusión de líquidos se procederá al sellado del reservorio de implantación braquial, utilizando para ello el material antes descrito:

- Procedimiento:
  1. Explicar la técnica al paciente.
  2. Lavado de manos.
  3. Si sólo se encuentra una enfermera: Preparar campo estéril sobre el que se colocará de manera estéril: gasas con antiséptico, gasas secas, jeringuillas, agujas de reservorio, apósitos. Si se encuentra otra persona con la enfermera, le proporcionará de forma estéril todo el material.
  4. Finalizado el tratamiento o la extracción de sangre retirar el equipo de perfusión o el cono de extracción, y "clampar".
  5. Cargar una jeringa de 10cc con solución heparinizada (a concentración de 20UI/ml o 100UI/ml, siempre hasta un máximo de 500 UI).
  6. Administrar la solución de heparina realizando la técnica pulsátil o método infundir-parar-infundir para garantizar la presión positiva del catéter.
  7. Retirar la aguja (continuamos la técnica estéril) tirando en línea recta mientras se estabiliza el acceso con la mano libre (Figura 6). Aplicar antiséptico sobre la zona de punción y cuando se haya secado, cubrir la zona con un apósito estéril.
  8. Tirar los objetos punzantes al contenedor rígido. Quitarse los guantes y lavarse las manos (5,6).

La heparinización del catéter con heparina sódica, contribuye a su permeabilidad en los próximos usos. No hay consenso en la concentración de heparina para la retirada de la aguja.

Hay diferencias en la técnica de sellado del reservorio. En algunas unidades se utiliza solo suero heparinizado, en otras se utiliza suero heparinizado tras suero fisiológico. Mayoritariamente se utiliza suero fisiológico seguido de suero heparinizado. El sellado solo con suero fisiológico, es sugerido como una alternativa reciente.

La concentración de heparina más utilizada es 20 UI/ml, como el Fibrilin® en monodosis, aunque en las unidades donde sólo se utiliza suero heparinizado utilizan más la concentración de 100 UI/ml. La dosis máxima de heparina recomendada en las principales guías para mantener la permeabilidad del dispositivo es de 500 UI de heparina.
Se recomienda la técnica de lavado pulsátil o método infundir-parar-infundir en la retirada de la aguja para crear turbulencias (presión positiva) que prevengan la formación de trombos en la punta del catéter (6).

<u>Mantenimiento y cuidados del catéter y educación sanitaria dirigida al paciente</u>

Acerca de las agujas tipo Hubber o Gripper, se recomienda "clampar" la pinza siempre que el acceso no se esté utilizando pues estos dispositivos no poseen sistemas antirreflujo. El cambio de la aguja se debe realizar cada 7 días y la sustitución de los sistemas de perfusión coincidiendo con el cambio de agujas. El cambio de apósito se cambiará siempre que se precise o cada 96 horas como máximo.

Comprobar antes de administrar cualquier tratamiento que el catéter es permeable. Hay que tener en cuenta que sólo se debe manipular el catéter con jeringas de 10cc para ejercer menor presión.

Se deben valorar los signos y síntomas de infección o edema (dolor y/o calor en la zona, eritema o induración, presencia de exudado purulento, necrosis de la piel, temperatura corporal mayor de 38º, etc.).
Instruir al paciente sobre la necesidad de heparinizar el dispositivo cada 21-28 días en su centro de Atención Primaria e

informarle de todos los procedimientos relacionados con el catéter.

El paciente debe mantener una buena integridad de la piel en la zona del reservorio, utilizando ropa que no produzca roces (6).

CONCLUSIONES

Tras haber revisado los estudios más actuales acerca de la canalización y el manejo de los catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial, podemos concluir que la punción y posterior retirada de la aguja debe realizarse de forma estéril y por personal cualificado.

Así, el uso correcto del dispositivo reduce la aparición de complicaciones, mejorando la seguridad del paciente, por lo que es fundamental la formación del personal enfermero en el uso de estos dispositivos para conseguir unos cuidados de calidad y seguridad y que les permita realizar una adecuada educación sanitaria a los pacientes portadores de estos dispositivos.

FIGURAS

Figura 1. Material necesario.

Figura 2. Desinfección de la zona.

Figura 3. Purgar aguja de punción.

Figura 4. Puncionar la cámara.

Figura 5. Aspirar el reflujo de sangre.

Figura 6. Retirada de aguja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández de Maya J, Richart-Martínez M. Variability in management of implantable ports in oncology outpatients. Eur J Oncol Nurs. 2013; 17: 835-40.

2. Goltz JP, Noack C, Petritsch B, Kirchner J, Hahn D, Kickuth R. Totally implantable venous power ports of the forearm and the chest: initial clinical experience with port devices approved for high-pressure injections. Br J Radiol. 2012 Nov; 85(1019): 966-72.

3. Corella Calatayud JM, Fuster Diana C, Vázquez Prado A, Corella Mas JM, Galbis Caravajal JM, Mas Vila T, et al. Reservorios, acceso venoso de larga duración. Abordaje y complicaciones. [Internet] 2012. [acceso 2 marzo 2017]. Disponible en: http://chguv.san.gva.es/documents/10184/28338/Reservorios,+acceso+venoso+de+larga+duraci%C3%B3n.+Abordaje+y+complicaciones/e9c9b54c-561b-4ae2-ab42-2524ac77c689

4. Walser EM. Venous access ports: indications, implantation technique, follow-up, and complications. Cardiovasc Intervent Radiol. 2012; 35: 751-64.

5. Fernández de Maya J. Variabilidad de la práctica clínica en la manipulación del reservorio subcutáneo en los hospitales de día de España [tesis doctoral]. Universidad de Alicante; 2015.

6. Conejo Caridad R, Domínguez Casado G, Ferrero Castañón A, Martín Molina R, Pérez Resúa M, Quintela González C. Catéter venoso central con reservorio subcutáneo: Características, manejo, mantenimiento y cuidados. [Internet]. 1ª ed. SERGAS; 2012 [acceso 3 marzo 2017]. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/xap_vigo/publicacions/DocumentacionTecnica/Protocolo%20de%20reservorio%20subcutaneo.pdf

7. García Moyano L, Redondo-Castán L, Tabueña Acin J, Arrazola Alberdi O, Pellicer García B, Guerrero Portillo S. Procedimientos básicos en enfermería I. 1ª ed. Fundación de la Enfermería de Cantabria; 2015.

ACTUALIZACIÓN DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS: RECOMENDACIONES 2015

UPDATE IN BASIC LIFE SUPPORT IN ADULTS: 2015 GUIDELINES

AUTORES:

Santiago Martínez-Isasi (1,2)

(1) Facultad Enfermería y Podología. Universidade da Coruña

(2) Grupo Cardiopatías Familiares. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas.(3)

Dirección para correspondencia:

Santiago Martínez Isasi. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Sergas. E-mail: smtzisasi@gmail.com

REFERENCIA:

Martínez Isasi, S. Actualización del Soporte Vital Básico en adultos: recomendaciones 2015. Tiempos de Enfermería y salud. 2017: 44 - 48

RESUMEN

Las nuevas recomendaciones publicadas por el Consejo Europeo de Resucitación aportan nueva evidencia y actualizan las guías de soporte vital básico y resucitación cardiopulmonar. En general no se han producido grandes cambios tanto en el soporte vital básico como en las técnicas de resucitación cardiopulmonar.

La secuencia de la Resucitación cardiopulmonar para personal formado, se ha simplificado los primeros pasos de la secuencia, agrupándolos para minimizar el tiempo de respuesta desde la identificación hasta la activación de los servicios de emergencia médicos y la descarga efectiva en el caso de ser necesaria

.

Para aumentar la supervivencia es necesario mejorar las tasas de resucitación cardiopulmonar por testigos, aumentar la disponibilidad de desfibriladores y la realización de la resucitación cardiopulmonar sea precoz y de calidad. Para aumentar el número de personas que inician maniobras se insta a los operadores de los Servicios de emergencia médicos a fomentar la resucitación cardiopulmonar telefónica. Deben de ser entrenados en identificación de la parada cardiaca, localizar al rescatador y buscar desfibriladores semiautomáticos próximos.

La formación en habilidades y conocimiento de la RCP se debe iniciar en los colegios, adaptando la metodología y la duración a las características de la población.

Palabras clave Guías prácticas, Resucitación cardiopulmonar, Adultos, Europa

ABSTRACT

The new recommendations published by the European Resuscitation Council provide new evidence and the update of the guidelines of vital support and cardiopulmonary resuscitation . The recommendations have not been produced big changes in basic life support and basic cardiopulmonary resuscitation.

The sequence of cardiopulmonary resuscitation for training rescuer, the first steps of the sequence have been simplified, joining up them to minimize the response time from the identification to the activation time of the emergency medical services and the effective shock in case it is necessary

.

To increase survival, it is necessary to improve the rates of cardiopulmonary resuscitation by bystander, to increase the availability of automated external defibrillation and to perform early and quality cardiopulmonary resuscitation. To increase the number of bystanders who initiate cardiopulmonary resuscitation, emergency medical dispatcher are encouraged to promote telephone cardiopulmonary resuscitation. They must be trained in cardiac arrest identification, to locate the bystander, and look for nearby automated external defibrillation.

The Training in skills and knowledge of cardiopulmonary resuscitation should be initiated in schools, adapting the methodology and duration to the characteristics of the population

Key words *Practice Guidelines, Cardiopulmonary Resuscitation, Adult, Europe.*

INTRODUCCIÓN

El consejo Europeo de Resucitación publicó el 15 de octubre del 2015 las nuevas recomendaciones de soporte vital básico y resucitación cardiopulmonar. En general no se han producido grandes cambios sobre las recomendaciones del 2015, motivado por falta de estudios validados que lo justificasen o por la inexistencia de nuevas evidencias.

Las nuevas recomendaciones en soporte vital básico (SVB) y resucitación cardiopulmonar (RCP) enfatizan la importancia de reconocer la parada cardiaca, activar los sistemas de emergencia y realizar RCP de calidad en espera de un desfibrilador semiautomático (DESA) y la llegada del personal especializado.

La Reanimación Cardiopulmonar básica (RCP-B) y de calidad por los testigos del evento es la piedra angular en la supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias. Por ello, el Consejo Europeo de Resucitación (ERC), en sus recomendaciones, apremia a entrenar a toda la población con la finalidad de ofrecer una respuesta rápida y eficaz que mejore la supervivencia de la PCR fuera del ámbito hospitalario. La RCP precoz realizada por un testigo puede duplicar o triplicar las posibilidades de supervivencia de las víctimas de una parada cardíaca. A pesar de ello, en los países desarrollados, en menos del 25-30% de las paradas cardiorrespiratorias presenciadas, los testigos inician maniobras de RCP.

Las nuevas recomendaciones incluyen una sección nueva de Primeros auxilios (1), y aportan nuevas evidencias y contenidos en todas las secciones destacando soporte vital en entornos especiales (2), pacientes especiales (2), principios de formación en resucitación (3) y ética de la resucitación y decisiones al final de la vida (4) por su influencia en la RCP-Básica (RCP-B).

Este artículo analiza los cambios en las nuevas recomendaciones del ERC en soporte vital básico (SVB) y RCP-B en adultos (2).

CADENA DE SUPERVIVENCIA

La cadena de supervivencia es la secuencia de acciones que se producen y se conectan para llevar una reanimación exitosa. Incluye 4 eslabones: el reconocimiento precoz de la situación de urgencia y la activación de los Sistemas de Emergencias médicos (SEM), la RCP precoz, la desfibrilación precoz y el soporte vital avanzado y, en el caso de ser la reanimación exitosa, los cuidados tras la reanimación.

Figura 1. Cadena de supervivencia (2)

Los eslabones de la cadena de supervivencia (Figura 1) se describen a continuación:

(1) Reconocimiento y prevención de la situación de la parada cardiorrespiratoria (PCR). La identificación del origen de la PCR o la identificación temprana de la PCR mejora la supervivencia. Es importante identificar y enseñar que la respiración agónica es una respiración ineficaz y se debe realizar RCP.

(2) RCP realizada por testigos. Los testigos únicamente realizan RCP en el 20-25% de las PCR extrahospitalarias. Realizar la RCP de manera temprana puede duplicar o triplicar la supervivencia.

(3) Desfibrilación temprana. La disponibilidad de Desfibriladores semiautomáticos de acceso público para reducir el tiempo desde que se produce el colapso (inferior a 5 minutos) puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70%, ya que la fibrilación ventricular (FV) está presente en el 25-76% de las PCR.

(4) SVA y cuidados postreanimación.

RCP ASISTIDA POR TELÉFONO

Se remarca, por primera vez, el papel del operador del SEM en la RCP precoz por testigos no formados.

Las recomendaciones inciden en la importancia del operador del SEM como miembro activo en la identificación de la PCR, localización y disponibilidad de un DESA. Para ello, los operadores deben recibir información adicional y específica en identificación de la PCR y se instruye en la RCP asistida por teléfono (RCP telefónica), en donde los operadores telefónicos deben proporcionar instrucciones de RCP telefónica en todos los casos de sospecha de parada cardiaca a ciudadanos sin formación.

Los resultados de la RCP telefónica son buenos ya que, han mejorado las tasas de RCP por testigos, han reducido el tiempo de inicio de la RCP, han aumentado el número de compresiones torácicas realizadas y han mejorado los resultados del paciente tras una parada cardiaca extrahospitalaria (PCEH) en todos los grupos de pacientes

SECUENCIA SVB EN ADULTOS

En la figura 2 se muestra la secuencia de SVB para reanimadores formados. En un primer momento debe de garantizar la seguridad del reanimador, la víctima y el testigo. Se simplifica y agrupa el primer paso de la secuencia, valorar respuesta a estímulos, apertura de la vía aérea, comprobación de la respiración y se elimina pedir ayuda. La razón es la de simplificar los pasos y minimizar el tiempo desde que se identifica la muerte súbita y se activan los sistemas de emergencia (SEM). La llamada al SEM se puede realizar simultáneamente a los pasos anteriores y se realiza una vez verificado que el paciente no responde a estímulos ni respira. Sí el rescatador está sólo, se activará la función manos libres y mientras llama iniciará las maniobras de reanimación; en el caso de estar acompañado, la otra persona llamará al 112.

Si es posible y se conoce la existencia de un DEA cerca o el operador informa de la ubicación, se debe de mandar a alguien a buscarlo. Si está solo no abandone a la víctima y comience la RCP.

Se insiste en las compresiones de calidad como objetivo fundamental, para ello establece:

- Colocar al paciente sobre una superficie dura
- Colocar el talón de la mano en el centro del pecho. Se entrelazan las manos colocando una sobre la otra, de manera que la superior eleva a la inferior para hacer presión con el talón de mano únicamente y así no presionar las costillas. Los brazos deben de estar rectos y las manos en la misma vertical que los hombros.
- La frecuencia compresiones será de 100-120 compresiones por minuto
- La compresión tiene que tener una profundidad de aproximadamente 5 cm y no más de 6 cm.
- Permitir reexpansión completa del tórax
- Minimizar las interrupciones.

Figura 2. secuencia de SVB

Después de dar 30 compresiones, es necesario volver a abrir la vía aérea con la maniobra frente-mentón, pinzando la nariz, sellando la boca del reanimador a la del paciente y dar 2 ventilaciones. El volumen corriente debe de ser aproximadamente 500 a 600 ml de aire, el necesario para hacer que el tórax se eleve de forma visible, durando alrededor de 1sg y evitado que las ventilaciones excedan de 10s.

La relación compresión ventilación será de 30:2. Las recomendación nos dan la opción, con un nivel de evidencia muy bajo, que en PCR de origen cardiaco podría ser similar a la RCP sólo manos, pero los rescatadores formados y con capacidad para realizar ventilaciones deberían realizarlas; sobre todo cuando la PCR sea en niños, de origen asfíctico o se demore la llegada de los SEM, por el beneficio adicional que supone.

En el caso de disponer de DEA, se seguirán las instrucciones del aparato. Es fundamental no demorar la desfibrilación y continuar la RCP mientras se coloca el aparato y no se indica la descarga. Únicamente se para la RCP para el análisis y durante la desfibrilación. Una vez el aparato descarga, se iniciará inmediatamente la RCP durante 2 minutos, pasado ese tiempo, el DESA procederá a la reevaluación del ritmo del paciente.

La RCP se continuará hasta que los rescatadores estén exhaustos o llegue personal cualificado.
El personal sanitario debe considerar no iniciar la RCP o finalizarla en niños y adultos cuando:

- No se pueda garantizar la seguridad del reanimador;
- Exista una lesión mortal evidente o muerte irreversible;
- Se disponga de una voluntad anticipada válida;
- Exista otra evidencia convincente de que iniciar o continuar la RCP estaría en contra de los valores y preferencias del paciente o sea considerada fútil;
- Exista asistolia de más de 20 minutos a pesar de SVA continuado, en ausencia de una causa reversible
- Tras interrumpir la RCP, debería considerarse la posibilidad de soporte continuado de la circulación y traslado a un centro especializado con la perspectiva de donación de órganos.
-

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (atragantamiento)
Las intervenciones tempranas sobre la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) pueden salvar vidas, ya que en los primeros momentos las víctimas están conscientes y responden. Son poco frecuentes pero es una muerte evitable si es tratada.
No se producen cambios respecto a las recomendaciones del ERC 2010.

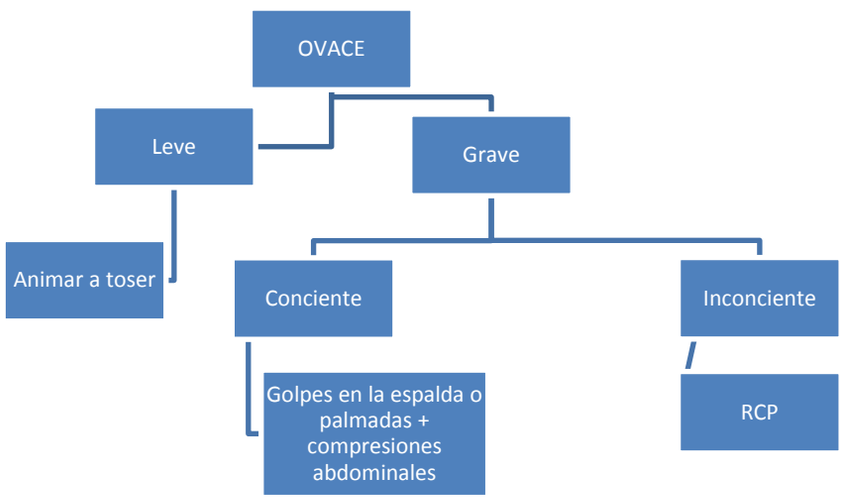


Figura 3. Actuación ante la obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño. Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

Las nuevas guías nos aportan las novedades en el conocimiento de estos últimos 5 años.

Se insiste en entrenar y formar a la toda la población en técnicas de resucitación cardiopulmonar y a los operadores de los SEM para que identifiquen y fomenten la RCP telefónica a testigos no formados.

El aumento de las tasas de supervivencia pasa por aumentar el número RCP realizadas por testigos y la realización de compresiones de calidad. Por ello, es importante formar a la población desde los colegios, refrescando los conocimientos periódicamente y adaptando la metodología y la duración a las necesidades de las personas que reciben el curso. Otro aspecto fundamental es la labor del operador telefónico que favorece el inicio precoz de maniobras de resucitación a personal no formado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zideman DA, De Buck EDJ, Singletary EM, Cassan P, Chalkias AF, Evans TR, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 9. First aid. Resuscitation. 2015;95.

2. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, Olasveengen T, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation. 2015;95:81–99.

3. Greif R, Lockey AS, Conaghan P, Lippert A, De Vries W, Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 10. Education and implementation of resuscitation. Resuscitation. 2015;95:288–301.

4. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation. 2015;95:302–11.

CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD: ESTUDIO DE PREVALENCIA

TOBACCO USE IN HEALTH SCIENCES UNIVERSITY STUDENTS: A PREVALENCE STUDY

AUTORES:

Beatriz Ordás Campos (1); Santiago Martínez Isasi (2); Inés Casado Verdejo (3); Carmen Bárcena Calvo (3); María José Álvarez Álvarez (4) Daniel Fernández García (3);

(1) Enfermera. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León.

(2) Enfermero. Profesor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.

(3) Enfermero/a. Profesor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León.

(4) Fisioterapeuta. Profesor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León.

Dirección para correspondencia:

Beatriz Ordás Campos. Complejo Asistencial Universitario de León. E-mail: beaordass@gmail.com

REFERENCIA:

Ordás Campos B, Martínez Isasi S, Casado verdejo I, Bárcena Calvo C, Álvarez Álvarez MJ, Fernández García D. Consumo de tabaco en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud: estudio de prevalencia. Tiempos de enfermería y salud 2017;2(1):49-57

RESUMEN

Introducción: El tabaco constituye una de las principales causas de morbilidad y muerte prematura evitable en nuestra sociedad. Los estudiantes de Ciencias de la Salud ocupan un papel primordial como futuros promotores de la salud en materia de tabaquismo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de consumo de tabaco y analizar los conocimientos y actitudes frente al tabaquismo entre los estudiantes de Ciencias de la Salud.

Método: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo, llevado a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Ponferrada de la Universidad de León durante octubre y noviembre de 2014.

Resultados: Participaron en el estudio 353 estudiantes (82,2%) de grado de Enfermería y Fisioterapia. La prevalencia global de consumo de tabaco fue 19,5%. La edad de inicio de consumo fue 15,3 años, con una baja dependencia nicotínica y una motivación media para el abandono. Los conocimientos sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud fueron deficientes.

Conclusión: La mayoría de los estudiantes comenzaron a fumar antes de iniciar sus estudios universitarios por lo que las intervenciones deberían centrarse en programas de cesación. El análisis de los planes de estudios universitarios conducentes a la obtención de grados en Ciencias de la Salud podría establecer las deficiencias formativas en tabaquismo para realizar las modificaciones oportunas.

Palabras clave: consumo de tabaco, estudiantes de enfermería, prevalencia.

ABSTRACT

***Introduction**: Tobacco is one of the main causes of morbidity and preventable premature death in our society. Health science students play a key role as future health promoters in the field of smoking.*

***Objective:** To determine the prevalence of tobacco consumption and to analyze the knowledge and attitudes towards smoking among Health Sciences students.*

***Method:** Cross-sectional descriptive study using an anonymous questionnaire, carried out at the Faculty of Health Sciences of the Ponferrada Campus of the University of León during October and November 2014.*

***Results:** 353 students (82.2%) of Nursing and Physiotherapy degree participated in the study. The overall prevalence of smoking was 19.5%. The age of onset of consumption was 15.3 years, with a low nicotine dependence and an average motivation for abandonment. Knowledge about the health consequences of smoking was poor.*

***Conclusion:** Most students started smoking before they started college, so interventions focused on cessation programs. The analysis of university curricula leads to the achievement of degrees in Health Sciences and the establishment of training deficiencies in smoking to carry out the appropriate modifications.*

***Key words:** tobacco use, nursing students, prevalence.*

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es considerado el principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles (1). A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye al tabaquismo alrededor de 6 millones de muertes anuales, de las que más de 5 millones son el resultado del consumo directo de tabaco y más de 600000 son consecuencia de la exposición al humo ambiental de tabaco o tabaquismo pasivo (2).

Fumar genera una elevada tasa de morbilidad y muerte prematura evitable. Se relaciona con más de 25 enfermedades, entre las que se incluyen enfermedades oncológicas, cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía. Sin embargo, el número de patologías atribuibles al tabaquismo puede encontrarse subestimado(3).

Se ha estimado que las personas fumadoras mueren 10 años antes que las no fumadoras. Dejar de fumar antes de los 40 años reduce el riesgo de muerte prematura en aproximadamente un 90% y hacerlo antes de los 60 años lo reduce en un 40% (4).

En Europa, la prevalencia de fumadores actuales (a diario y ocasionales) de más de 16 años se sitúa en 25,4%, según se muestra en los datos ofrecidos por la Encuesta Europea de Salud en el año 2014 (5). El porcentaje de fumadores actuales referido a la población entre 16 y 24 años fue del 21,5%, siendo la prevalencia por sexo de 25 y 17,8% para hombres y mujeres respectivamente.

En España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) correspondientes al periodo 2011-2012 el 27% de la población de más de 15 años es fumadora, el 19,6% se declara exfumador y el 53,5% dice que nunca ha fumado. El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 26,4%. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,8% en hombres y del 25% en mujeres (6).

La OMS ha identificado las intervenciones de cesación de los profesionales de la salud como uno de los factores fundamentales en la actuación sobre el control del tabaquismo en la comunidad (7), pero el hábito de fumar ejerce una influencia negativa en el resultado (8). En diferentes estudios se ha demostrado una elevada proporción de fumadores entre los profesionales sanitarios (9).

Los estudiantes de Ciencias de la Salud se sitúan en una posición estratégica en prevención del tabaquismo, pero el consumo de tabaco y el entorno social ejercen una marcada influencia en la actitud como modelo de conductas saludables (10). Se ha demostrado que los estudiantes fumadores restan importancia a los efectos nocivos del consumo de tabaco y a las consecuencias que se derivan del tabaquismo pasivo (11).

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue determinar la prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud y analizar los conocimientos frente al tabaquismo.

MÉTODO

Población de estudio

Estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Ponferrada de la Universidad de León durante los meses de octubre y noviembre de 2014.

La población total matriculada en el momento de realizar la recogida de datos fue de 400 estudiantes. Los participantes del estudio fueron estudiantes de los grados de Enfermería y Fisioterapia correspondientes al primer, segundo, tercer y cuarto curso académico: 200 estudiantes pertenecieron al grado de Enfermería de los cuales, 50 correspondieron a cada uno de los cuatro cursos, respectivamente. La distribución de los estudiantes en el grado de Fisioterapia fue idéntica que en Enfermería. El criterio de inclusión fue ser estudiante matriculado en el grado de Enfermería o Fisioterapia de la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Ponferrada.

Variables de estudio

Los datos fueron recogidos durante las prácticas de laboratorio mediante un cuestionario anónimo administrado a cada estudiante por el profesor responsable, siendo completado y de nuevo recogido por el mismo profesor quien envió el conjunto a los investigadores principales. El cuestionario fue diseñado de acuerdo a las recomendaciones de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud.

Se recogió información acerca de la edad, sexo, grado, curso académico y estudios previos. Respecto al consumo de tabaco, se consideró "fumador actual" a aquel que fumaba a diario (al menos un cigarrillo al día) u ocasionalmente (menos de un cigarrillo al día) en el momento del estudio, "exfumador" a aquel que había dejado de fumar y "no fumador" a quien nunca había fumado. Los conocimientos acerca de las consecuencias del tabaquismo entre los estudiantes fueron evaluados mediante una serie de ítems.

Para los estudiantes fumadores, el cuestionario también recogió factores como la edad de inicio de consumo, edad de inicio de consumo de forma regular, años fumando, motivo principal de inicio, personas fumadoras con las que convivía en su domicilio, consideración del grupo de amigos como fumadores y si se inició en el consumo durante su formación universitaria. Por último, se evaluó la dependencia a la nicotina según el test de

Fagerström y la motivación para el abandono fue analizada a través del test de Richmond.

Análisis estadístico

Se creó una base de datos mediante el programa informático Epi Info 7 donde se registró la información obtenida a partir del cuestionario, y se utilizó a su vez para realizar el análisis estadístico. Para el análisis bivariado de las variables categóricas (sexo, curso académico, estudios previos) se utilizó la prueba de chi-cuadrado y para las variables cuantitativas continuas (edad) el T-test.

Consideraciones éticas

Se garantizó en todo momento el anonimato del participante. El consentimiento para la inclusión en el estudio fue tácito mediante la devolución del cuestionario cumplimentado por cada estudiante.

RESULTADOS

Características de los participantes

Un total de 353 de los 400 estudiantes matriculados en los grados de Enfermería y Fisioterapia aceptaron participar en el estudio, suponiendo una tasa de participación del 88,2%. El 51,6% (182/353) de los participantes eran estudiantes de grado de Enfermería y el 48,4% (171/353) de Fisioterapia. Clasificados por curso académico, el porcentaje de respuesta por año en Enfermería fue de 49,5% (49/99), 47,5% (48/101), 50% (41/82) y 60,3% (41/68) y en Fisioterapia, 50,5% (50/99), 52,5% (53/101), 50% (41/82) y 39,7% (27/68), en ambas titulaciones para primero, segundo, tercero y cuarto curso, respectivamente.

El 70,8% (250/353) de los participantes fueron mujeres y el 29,2% (103/353) hombres, con un promedio de edad de 20,8 ± 3,5 años (mínimo 17 y máximo 56). En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes.

Consumo de tabaco

La prevalencia global de tabaquismo entre los estudiantes encuestados fue del 19,5% (69/353; IC95%: 15,6-24,2). El 9% (6/67) comenzó a fumar durante la formación universitaria, suponiendo una incidencia de inicio del 2% (6/353-61x100). El 67,7% (239/353; IC95%: 62,6-72,6) de los estudiantes de ambas titulaciones respondieron que nunca habían fumado y el 12,7% (45/353; IC95%: 9,5-16,8) se definieron como ex-fumadores.

La prevalencia de tabaquismo clasificada por curso académico fue del 15,2% (15/99), 20,8% (21/101), 20,7% (17/82) y 23,5% (16/68) en primero, segundo, tercero y cuarto curso, respectivamente. Existieron diferencias estadísticamente significativas por titulación de modo que los estudiantes de Enfermería presentaron porcentajes de consumo superiores a los de Fisioterapia (23,6% vs 15,2%) (p<0,001). No existieron diferencias estadísticamente significativas por sexo y curso académico, pero sí se observaron diferencias entre la edad de los estudiantes fumadores (22,4 ± 5,6 años) y la edad de no fumadores (20,4 ± 2,7 años) (p<0,001). En la tabla 2 se presentan las características de consumo de los participantes organizadas por grado.

Características de los fumadores

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la procedencia de estudios. El 38,1% (32/84) de los estudiantes que procedían de formación profesional (FP) fumaban más en relación al 14% (37/266) de los estudiantes con otras procedencias (p=0,001) (bachiller, universidad y prueba de acceso para mayores de veinticinco años)

Los estudiantes se iniciaron en el consumo de tabaco a los 15,3 ± 1,8 años, siendo la edad de inicio de consumo regular 17,4 ± 2,1 años, con una duración media de años fumando de 5,3 ± 3,5.

El 55,5% (35/63) de los participantes señalaron que el motivo principal para iniciarse en el consumo fue que fumaban casi todos sus amigos. El 56,7% (38/67) de los encuestados convivían en su domicilio con personas también fumadoras y el 70,1% (47/67) consideró a su grupo de amigos como fumadores.

El 75,4% de los estudiantes (49/69) afirmaron consumir entre 1-10 cigarrillos al día, el 21,6% (14/69) entre 11-20 cigarrillos/día y el 3,1% (2/69) entre 21-30 cigarrillos/día.

El test de Fagerström mostró baja dependencia a la nicotina (2,9 ± 2,3) y el test de Richmond una motivación media para dejar de fumar (5 ± 2,9) (tabla 2).

Conocimientos

En la tabla 3 se presentan las opiniones de los estudiantes acerca de una serie de enfermedades y su relación con el consumo de tabaco. El 48,6% (171/353) afirmaron que no existía o desconocían la relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de cáncer de vejiga, existiendo diferencias estadísticas por curso académico con un porcentaje del 64,3% (63/98) en primer curso a un 30,9% (21/68) en cuarto curso (p<0,001). Asimismo, el 19,6% (68/353) de los estudiantes manifestaron desconocer la relación entre el tabaco y el desarrollo de enfermedad coronaria, encontrándose diferencias estadísticas por curso (p<0,001), donde el porcentaje de desconocimiento se redujo del 43,3% (42/97) en primer curso al 4,4% (3/68) en cuarto.

En la tabla 4 se detallan las opiniones de los estudiantes sobre los efectos del tabaquismo pasivo sobre la salud. El 25,3% (89/353) opinaron desconocer o no existir relación entre la exposición al humo ambiental de tabaco y el desarrollo de bajo peso en recién nacidos, siendo este porcentaje del 59,2% (58/98) en primer curso y del 7,3% (5/68) en cuarto curso (p<0,001).

Limitaciones del estudio

La utilización de cuestionarios implica la utilización de preguntas cerradas lo cual determina que los participantes deben responder eligiendo entre varias opciones prefijadas.

DISCUSIÓN

El porcentaje de participantes (82,2%) fue similar al obtenido en estudios previos de las mismas características llevados a cabo en la misma Universidad (11)(12), donde la tasa de respuesta fue del 88,3% y 94,9%, respectivamente.

El porcentaje total de fumadores fue del 19,5%, tasa ligeramente superior a la registrada para la población general entre 15 y 24 años (18,5%)(5). Los estudios realizados en los últimos años entre estudiantes de ciencias de la salud han registrado variedad en las tasas de prevalencia: 41,9% en Alemania, 33,1% en Grecia (13) y 12,3% en Turquía (14). En España, la prevalencia de consumo de tabaco fue de 21% y 19,6%, correspondiente a los años 2014 y 2015, respectivamente (15)(16). Según los datos anteriores, los estudiantes encuestados presentaron una prevalencia de tabaquismo acorde con la tendencia de consumo geográfica e inferior a la registrada en estudios previos llevados a cabo en la misma Facultad (11).

Este descenso puede deberse, en gran medida, a la instauración de políticas europeas restrictivas de consumo de tabaco así como a la implantación de políticas restrictivas estatales (17) que han supuesto una fuerte limitación en la libertad para el consumo de tabaco al incidir tanto en el consumo, la venta, los espacios sin humo, la disponibilidad y accesibilidad a los productos del tabaco, como en la publicidad y la promoción de los productos del tabaco, ya sea de forma directa o indirecta, al igual que en la intervención educativa, preventiva y asistencial, que afecta en particular a los consumidores más jóvenes (18).
El incremento de los precios e impuestos que han encarecido la venta de tabaco podría considerarse uno de los efectos más directos sobre la reducción de la prevalencia de consumo de tabaco. Esta circunstancia podría haber limitado, en parte, el acceso a la compra y consumo de tabaco de la población general y en concreto, de la población estudiada que, como colectivo estudiante, podría estar relacionada, a su vez, con la capacidad adquisitiva de la persona susceptible de consumo. La segunda circunstancia podría deberse a la prohibición total mediante sanción de fumar en centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como en centros docentes y formativos.

La prevalencia de consumo por curso académico fue aumentando a medida que avanzaba la formación académica de los estudiantes. De la misma forma se observó un incremento del consumo por curso académico en estudios previos similares (11)(19). Este incremento del consumo se podría justificar por un déficit de formación específica en tabaquismo durante la formación pregrado.

Coincidiendo con estudios previos (12) la mayoría de los estudiantes se iniciaron en el hábito antes de comenzar los estudios universitarios con una edad de inicio de 15,3 años, inferior a la registrada por la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (20).

Las intervenciones sobre los estudiantes de Ciencias de la Salud deberían centrarse más en programas de cesación que preventivos debido a que la mayoría de los estudiantes comienzan a fumar antes del inicio de los estudios universitarios.

El 9% de los participantes fumadores comenzaron a fumar durante sus estudios universitarios por lo que, coincidiendo con estudios previos (21), los planes de estudios universitarios deberían de incorporar información adicional en hábitos saludables para poder evitar el inicio del consumo en estudiantes no fumadores.

El motivo principal de inicio de consumo para más de la mitad de los estudiantes que se definieron como fumadores fue que "fumaban casi todos sus amigos". La decisión para comenzar a fumar estuvo influenciada principalmente por los compañeros fumadores (16).

Los estudiantes fumadores mostraron una baja dependencia nicotínica según el test de Fagerström (2,9±2,3) con valores similares a los obtenidos en estudios previos (12) y según el test de Richmond, manifestaron una motivación media para dejar de fumar (4,7±3) por lo que la población de estudio constituye un grupo vulnerable de intervención para la formación y capacitación específica en técnicas preventivas y de cesación.

Conocimientos

En cuanto a los conocimientos de los estudiantes se hallaron diferencias estadísticas por curso sobre los efectos directos e indirectos del consumo de tabaco sobre la salud. El 48,6% de los participantes desconocieron la relación del desarrollo de cáncer de vejiga y el consumo de tabaco, coincidiendo con un estudio previo llevado a cabo en el año 2003 en la misma Facultad de Ciencias de la Salud (11). Así el 25,5%, 22,7%, 19,6% y el 14,3% de los estudiantes desconoció la asociación con el desarrollo de enfermedad vascular periférica, leucoplasia de la cavidad bucal, enfermedad coronaria y enfisema pulmonar, respectivamente. No existe una conciencia clara del riesgo y de las consecuencias derivadas del consumo de tabaco (22). Se considera conveniente introducir cursos regulares con programas de información y formación específica en tabaquismo (23).

CONCLUSIONES

El consumo de tabaco entre estudiantes de Ciencias de la Salud se puede considerar como un problema prevalente a lo largo del tiempo a pesar de las intervenciones legislativas.

La baja dependencia a la nicotina y la motivación moderada para el abandono del hábito sitúa a los estudiantes de Ciencias de la Salud como un grupo susceptible de intervención mediante técnicas de cesación tabáquica.

La formación específica de los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud en el campo de tabaquismo es esencial para el rol que desempeñarán como modelos sociales y como futuros promotores de estilos de vida saludables

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes organizadas por grado

		Enfermería		Fisioterapia		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombres	38	20,9	65	38	103	29,2
	Mujeres	144	79,1	106	62	250	70,8
Curso	Primero	49	27,4	50	29,2	99	28,3
	Segundo	48	26,8	53	31	101	28,9
	Tercero	41	22,9	41	24	82	23,4
	Cuarto	41	22,9	27	15,8	68	19,4
Estudios previos	Bachiller	127	70,9	135	78,9	262	74,9
	FP	51	28,5	33	19,3	84	24
	Prueba>25 años	1	1,4	2	1,2	3	0,9
	Diplomado	0	0	1	0,6	1	0,3
Edad	Media ± DT (años)	21,1 ± 3,3		20,4 ± 3,7		20,8 ± 3,5	
Total		182	51,6	171	48,4	353	88,2

Tabla 2. Características de consumo de los participantes organizadas por grado

		Enfermería		Fisioterapia		Total	
		N	%	n	%	n	%
Consumo [a]	Fumadores	43	23,6	26	15,2	69	19,5
Sexo	Hombres	11	28,9	13	20	24	23,3
	Mujeres	32	22,2	13	12,3	45	18
Curso	Primero	12	24,5	3	6	15	15,2
	Segundo	12	25	9	17	21	20,8
	Tercero	9	22	8	19,5	17	20,7
	Cuarto	10	24,4	6	22,2	16	23,5
Estudios previos [a]	FP	23	45,1	9	27,3	32	38,1
	Otros	20	15,6	17	12,4	37	14
Cigarrillos al día	1-10	27	74,4	20	76,9	49	75,4
	11-20	9	23,1	5	19,2	14	21,5
	21-30	1	2,6	1	3,8	2	3,1
Fagerström	Media	3,1 ± 2,3		2,6 ± 2,1		2,9 ± 2,3	
Richmond	Media	4,7 ± 3		5,4 ± 2,7		5 ± 2,9	
Edad de inicio de consumo	Media	15,3 ± 1,7		15,2 ± 1,9		15,3 ± 1,8	
Edad de inicio de consumo regular	Media	17,3 ± 1,8		17,5 ± 2,6		17,4 ± 2,1	

[a] Diferencias estadísticamente significativas según estudios previos (p<0,001)

Tabla 3. Opinión de los estudiantes acerca del tabaco como causa principal de varias enfermedades

	Causa principal		Una causa más		No existe		Desconoce relación	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Cáncer de pulmón	310	88,1	40	12,4	-	-	2	0,6
Bronquitis crónica	158	44,9	184	52,3	1	0,3	9	2,6
Enfisema pulmonar [a]	121	34,7	178	51	7	2	43	12,3
Cáncer de garganta	215	61,1	128	36,4	2	0,6	7	2
Enfermedad vascular	29	8,3	231	66,2	14	4	75	21,5
Cáncer de vejiga [c]	28	8	153	53,5	57	16,2	114	32,4
Enfermedad coronaria [d]	44	12,7	235	67,7	13	3,7	55	15,9
Cáncer de laringe	182	51,7	153	43,5	3	0,9	14	4
Leucoplasia cavidad bucal [e]	135	38,9	133	38,3	5	1,4	74	21,3

[a] Diferencias por curso. Primer curso vs cuarto curso (25,8% vs 4,4%) (No existe/Desconoce relación) (p<0,001)

[b] Diferencias por curso. Primer curso vs cuarto curso (44,8% vs 4,8%) (No existe/Desconoce relación) (p<0,001)

[c] Diferencias por curso. Primer curso vs cuarto curso (64,3% vs 30,9%) (No existe/Desconoce relación) (p<0,001)

[d] Diferencias por curso. Primer curso vs cuarto curso (43,3% vs 4,4%) (No existe/Desconoce relación) (p<0,001)

[e] Diferencias por curso. Primer curso vs cuarto curso (32,3% vs 10,4%) (No existe/Desconoce relación) (p<0,001)

Tabla 4. Opinión de los estudiantes acerca de la aparición de problemas de salud por exposición al humo ambiental de tabaco

	Causa principal		Una causa más		No existe		Desconoce	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cáncer de pulmón	177	50,3	170	48,3	2	0,6	2	0,9
Enfermedades respiratorias	136	38,6	210	59,7	5	1,4	1	0,3
Enfermedades	37	10,5	253	72,1	17	4,8	44	12,5
Asma infantil	94	26,8	203	57,8	25	7,1	29	8,3
Otros problemas respiratorios	79	22,5	226	64,4	20	5,7	26	7,4
Bajo peso en recién nacidos [a]	109	31	154	43,8	19	5,4	70	19,9

[a] Diferencias por curso. Primer curso vs cuarto curso (30,6% vs 10,4%) (No existe/Desconoce relación) (p<0,001)

BIBLIOGRAFÍA

1. The OWH. WORLD HEALTH STATISTICS 2016 Monitoring Health for the SDGs (Sustainable Development Goals) [Internet]. 2016. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/whs2016_AnnexA_NTDs.pdf?ua=1%5Cn

http://www.who.int/media/homepage/uhc-infographic.jpg?ua=1%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf?ua=1

2. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. Luxembourg; 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf

3. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. N Engl J Med [Internet]. 2015 Feb 12 [cited 2017 Feb 8];372(7):631–40. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25671255

4. U.S. Department of Health and Human Services, 2014 [Internet]. [cited 2017 Apr 9]. Available from: https://www.hhs.gov/

5. Encuesta europea de salud en España [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 9]. Available from: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm

6. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012 [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 9]. Available from: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm

7. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [cited 2017 Apr 9]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/

8. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. Public Health [Internet]. 2012 Feb [cited 2017 Feb 8];126(2):159–64. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177582

9. Sarna L, Bialous SA, Nandy K, Antonio ALM, Yang Q. Changes in Smoking Prevalences Among Health Care Professionals From 2003 to 2010-2011. JAMA [Internet]. 2014 Jan 8 [cited 2017 Feb 8];311(2):197. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284871

10. Baron-Epel O, Josephsohn K, Ehrenfeld M. Nursing students' perceptions of smoking prevention. Nurse Educ Today [Internet]. 2004;24(2):145–51. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/B6WNX-4B5JN8S-2/2/11e3b255ad946b9d93b93ef2ec907fb7

11. Fernández García D, Liebana Presa C, Vazquez Casares A, Fernadez Martinez M, De Luis Gonzaez J, Martin Sanchez V. Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: a cross sectional questionnaire study survey. Int J Nurs Stud. 2007;44(4):780–5.

12. Fernandez D, Martin V, Molina A, De Luis J. Smoking habits of students of nursing: a questionnaire survey (2004-2006). Nurse Educ Today . 2010;30(5):480–4.

13. Patelarou E, Vardavas CI, Ntzilepi P, Warren CW, Barbouni A, Kremastinou J, et al. Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: a cross- sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece. Tob Induc Dis [Internet]. 2011 May 6 [cited 2017 Apr 10];9(1):4. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21548956

14. Yiğitalp G. Factors Affecting Smoking Status of Nursing Students and Their Addiction Levels. Turkish Thorac J [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 10];16(3):121–7. Available from: http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=13027808&AN=108375761&h=X9fBIQU2ZC8hkpgrN%2FEzNABxD6%2B5UpBnmTf4hhoTUMV3RtiUVlUpPTZIYhLpwebZd4RjiV0d60%2BQvJxrts80Qw%3D%3D&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLoc

15. Barrientos-Trigo S, Gil-García E, Porcel-Gálvez AM. Gender Differences in Risk Behaviors of Nursing Students at the University of Seville. J Addict Nurs [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 10];25(3):148–56. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25202812

16. Fernández D, Ordás B, Álvarez MJ, Ordóñez C. Knowledge, attitudes and tobacco use among nursing and physiotherapy students. Int Nurs Rev [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Apr 10];62(3):303–11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645450

17. Jiménez Ruiz C, Ruiz Manzano J. La sociedad española de neumología y cirugía torácica, SEPAR ante la nueva ley reguladora del consumo del tabaco en España. Arch Bronconeumol. 2010;46(8):402–4.

18. Boletín Oficial del Estado. Ley 42/2010 de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. 318 2010.

19. Suzuki K, Ohida T, Yokoyama E, Kaneita Y, Takemura S. Smoking among Japanese nursing students: nationwide survey. J Adv Nurs [Internet]. 2005;49(3):268–75. Available from: http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=15660551

20. Ministerio de Sanidad SS e I. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general en España (EDADES 2013). 2013.

21. Staib S, Fusner S, Consolo K. How healthy are your nursing students? Teach Learn Nurs [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 10];1(2):55–60. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1557308706000539

22. Ordás B, Fernández D, Ordóñez C, Marqués-Sánchez P, Álvarez MJ, Martínez S, et al. Changes in use, knowledge, beliefs and attitudes relating to tobacco among nursing and physiotherapy students: A 10-year analysis. J Adv Nurs. 2015;71(10).

23. Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S, Siliquini R, Liguori G, Manzoli L, et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. Eur J Public Health [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2017 Feb 8];21(1):29–34. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckq017

PLAN DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN DEL CICLO DEMING

IMPROVEMENT PLAN OF NURSING CARE OF DIABETIC FOOT IN PRIMARY CARE: APPLYING THE DEMING CICLE

AUTORES:
Ana Ovalle Álvarez (1); Lydia Soto González (2).
(1) Enfermera. Complejo Asistencial Universitario de León. Sanidad Castilla y León. (2) Enfermera. Centro de Salud José Aguado (Área de Salud de León).
DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:
Ana Ovalle Álvarez. Complejo Asistencial Universitario de León. C/ Altos de nava, s/n. 24001, León. E-mail: ana.ovallealvarez@gmail.com
REFERENCIA:
Ovalle Álvarez A, Soto González L. Proyecto de un plan de mejora de los cuidados de enfermería del pie diabético en Atención Primaria. Tiempos de Enfermería y Salud. 2017; 2(1): 58-64

RESUMEN

Introducción: Nos encontramos en una época, en la que los pacientes son más expertos y responsables de su salud, demandan servicios y esperan que los profesionales sanitarios les atiendan de manera eficaz, integral y humana con el fin de solucionar sus problemas de salud. Esto y otros factores científicos y sociales contribuyen a desarrollar y potenciar la calidad asistencial. Las personas que padecen diabetes mellitus precisan de una asistencia sanitaria multidisciplinar de calidad puesto que el riesgo de complicaciones es muy elevado. La Atención Primaria, por sus características de accesibilidad es, probablemente, el lugar idóneo para una atención continuada a estos pacientes. El objetivo del estudio fue analizar y optimizar la calidad de los cuidados enfermeros en la prevención del pie diabético que se ofrece en las consultas de enfermería de AP.

Desarrollo: A partir del análisis de la situación, se desarrolló un plan de mejora de los cuidados de enfermería en la prevención del pie diabético siguiendo las 4 etapas del PDCA. El ámbito de estudio fueron dos centros de salud urbanos de León y los sujetos estudiados fueron los pacientes con diabetes mellitus (1 y 2).

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran que la exploración del pie diabético no se realiza de forma sistemática a las personas que padecen diabetes mellitus de los cupos estudiados, obteniendo cifras inferiores respecto a otros estudios realizados a nivel nacional. Esto, hace necesario un plan de mejora de los cuidados de enfermería basados en la prevención e inspección-exploración periódica del pie, siendo la metodología del Ciclo de Deming válida para la implantación de dicho plan.

Palabras claves: pie diabético, Ciclo de Deming, cuidados de enfermería, atención primaria, calidad asistencial

ABSTRACT

Introduction: *We are in a time when patients are more knowledgeable and responsible for their health, they demand services and expect health professionals to take care of them in an effective, comprehensive and humane way in order to solve their health problems. This and other scientific and social factors contribute to develop and enhance the quality of care. People with diabetes mellitus require quality multidisciplinary healthcare since the risk of complications is very high. Primary Care, due to its accessibility characteristics, is probably the ideal place for continuous care to these patients. The aim of the study was analyze and optimize the quality of nursing care in the prevention of diabetic foot that is offered in PA nursing consultations.*

Development: *Based on the analysis of the situation, a plan was developed to improve nursing care in the prevention of diabetic foot following the 4 stages of PDCA. The study area was two urban health centers in León and the subjects studied were patients with diabetes mellitus (1 and 2).*

Conclusions: *The results of the study show that the exploration of the diabetic foot is not done in a systematic way to the people with diabetes mellitus of the studied quotas, obtaining inferior numbers with respect to other studies realized at national level. This necessitates a plan for the improvement of nursing care based on the prevention and periodic inspection and exploration of the foot, the methodology of the Deming Cycle being valid for the implementation of said plan.*

Key words: *diabetic foot, Deming cycle, nursing care, primary care, quality of care.*

INTRODUCCIÓN

El término diabetes mellitus (DM) hace referencia a un conjunto de alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por la aparición de hiperglucemia y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas, debido todo ello a defectos en la secreción de insulina, en la acción de ésta o en ambos. Afecta a 382 millones de personas en todo el mundo. De seguir los patrones demográficos actuales, se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años. En nuestro país, la padecen el 13,8% de las personas mayores de 18 años, aunque el 6% de estas personas lo desconoce (1)

.

Los pacientes con diabetes mellitus desarrollan complicaciones a largo plazo que se dividen en: macroangiopatías (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica); microangiopatías (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y pie diabético. Destaca como entidad propia el llamado Síndrome del Pie diabético, definido como alteración clínica inducida por una situación de hiperglucemia mantenida, a la que puede añadirse un proceso isquémico que, con desencadenante traumático, puede producir lesión, ulceración, infección y gangrena del miembro inferior. El proceso etiopatogénico responsable de este síndrome comprende tres factores: Neuropatía diabética (85-90% de los casos); enfermedad vascular periférica e infección (2).

En España, se estima que alrededor del 15% de las personas que padecen diabetes presentarán a lo largo de su vida algún tipo de alteración en el pie, de las que, entre el 7 y el 20%, requerirán la amputación de la extremidad (1). El pie diabético es el responsable del 70% de las amputaciones no traumáticas en el ámbito mundial (3). Los datos publicados en España, muestran que la tasa de amputaciones en personas con diabetes casi dobla la de los países de nuestro entorno y que esta tendencia lejos de reducirse va en aumento (4). En Castilla y León, se registraron en el 2012, 1,13 amputaciones por cada 1000 diabéticos (Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) (5).

Además, a estos datos hay que añadirle el gran deterioro en la calidad de vida de las personas que sufren una amputación, como señalan diversos estudios a gran escala, los cuales demuestran como la pérdida de una extremidad tiene un impacto negativo mayor sobre la calidad de vida autopercibida que cualquier otra complicación de la diabetes, incluyendo la enfermedad renal en etapa terminal o la ceguera. En términos de mortalidad, la importancia del pie diabético se hace dramáticamente evidente: a los 5 años, los pacientes diabéticos con diagnóstico reciente de úlceras en el pie tienen un riesgo de fallecimiento de casi el 50%, con un pronóstico peor que el cáncer de mama, el cáncer de próstata o el linfoma de Hodgkin (6).

Ante estas evidencias, se hace imprescindible un cambio de paradigma en la manera en que actualmente se afronta la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones del pie diabético. Diversos estudios realizados por la ADA (American Diabetes Association) y el Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético han demostrado que una prevención, así como un correcto tratamiento, pueden reducir esta tasa de amputación entre un 50 y un 85% (7,8). Por ello, es imprescindible y primordial que los profesionales sanitarios, en especial, el personal de enfermería, tengan una óptima formación y los conocimientos necesarios para llevar a cabo estrategias preventivas y cuidados específicos del pie diabético y así abordar el problema de manera integral, tratando de evitar su aparición, o una vez ya presente, proporcionar una atención óptima que limite en lo posible su progresión y sus secuelas, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida del paciente. Esta prevención debe centrarse principalmente en dos elementos claves llevados a cabo por el equipo de Atención Primaria: una minuciosa inspección-exploración periódica del pie y en una educación sanitaria de los pacientes y su familia.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar y optimizar la calidad de los cuidados enfermeros en la prevención del pie diabético que se ofrece en las consultas de enfermería de AP.

CICLO DEMING

La metodología del trabajo se basó en la aplicación del ciclo de Deming o PDCA, también conocido como espiral de mejora continua o ciclo de Shewhart. Este modelo, se desarrolla de manera sistemática siguiendo cuatro pasos esenciales:

1. Planificar *(plan)*: recoger y analizar los datos disponibles sobre la situación a mejorar o solucionar. Formular objetivos de mejora y actividades (planes) encaminadas a su logro en un periodo de tiempo predeterminado. Definir el sistema de registro preciso para la evaluación del plan.
2. Hacer *(do)*: poner en práctica las actividades planificadas en un entorno reducido, de modo que se pueda corregir los problemas que vayan surgiendo para poder evitarlos cuando se implante el cambio en la totalidad del proceso o en toda la organización.
3. Comprobar-Verificar (check): pasado el periodo de tiempo previsto, volver a recopilar datos de control y analizarlos, comparándolos con los objetivos planteados, y así determinar si se ha conseguido la mejora esperada o se han detectado errores.
4. Actuar (act): en función de los resultados anteriores, si se han detectado anomalías realizar un nuevo PDCA analizando las causas de los mismos y realizando los ajustes necesarios. Si, por el contrario, no hay errores relevantes aplicar a gran escala las acciones planificadas, hacerlas permanentes y documentarlas (9,10).

DESARROLLO

Teniendo en cuenta las fases del PDCA, el proyecto se desarrolló de la siguiente manera:

1. Planificar

1.1. Identificación de la oportunidad de mejora

El problema fundamental que empuja al desarrollo de mejoras en la exploración de los pies de las personas que sufren diabetes, es la elevada tasa de amputaciones de miembros inferiores que sufren estas personas (70%). Esto hace, que se considere prioritario establecer medidas de control y de mejora en la prevención del pie diabético.

1.2. Obtención y evaluación de datos sobre la situación

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado mediante la revisión de una muestra por conveniencia y representativa de historias clínicas de los pacientes con diabetes mellitus DM 1 y 2 atendidos en dos centros de salud urbanos de León (Centro de Salud de la Condesa y Centro de Salud de José Aguado II), previo consentimiento de la Gerencia de Área.

Se fija como criterio de inclusión todos los pacientes diagnosticados de DM (tipo 1 y 2) y que hayan acudido a la consulta de enfermería de Atención Primaria (AP), al menos, en los últimos 12 meses. Fue criterio de exclusión la amputación mayor de ambos miembros inferiores.

Para la obtención de los datos se confeccionó un cuaderno de recogida de datos(CRD) donde se registraron las siguientes variables: nº historia; datos demográficos (edad y sexo), fecha de la última visita a la consulta de enfermería (FUVE); antecedentes de amputación(si/no); inspección de los pies (si/no), exploración de pulsos distales (si/no), ITB (índice tobillo brazo) (si/no); exploración de la sensibilidad con monofilamento (si/no), y resultado de las pruebas (positiva/negativa). La revisión de las historias clínicas, registradas en el programa informático Medora utilizado por el Sacyl, se realizó en enero y febrero del 2016. Los datos fueron volcados en el programa Excel 2016.

Se recopilaron datos de las historias clínicas de 284 pacientes, de los cuales el 55,3% eran hombres y el 44.7% mujeres. La edad media fue 74,4 años con una desviación típica de ± 7,57. Respecto a la frecuencia con la que acuden a la consulta de enfermería, el 54,2% de los pacientes acudió anualmente, el 27,1% asistió trimestralmente, el 14,4% mensualmente y un 4,2% de los usuarios cada seis meses.

Únicamente se registró un diagnóstico de antecedente de amputación (primer dedo pie) en la historia clínica. En cuanto a la exploración de los pies, la inspección y palpación de pulsos distales se efectuó en el 25,7%, la exploración con monofilamento se llevó a cabo en el 17,6% y sólo a un 12,7% de los pacientes se le realizó el ITB.

Siguiendo los criterios de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (10), que considera ejecutada la exploración de los pies, si consta: inspección, exploración de pulsos periféricos y prueba con monofilamento, sólo el 21,6 % de los pacientes del estudio lo tiene realizado (indicador de proceso). Siendo la exploración positiva en el 7,39% de los casos (indicador de resultado).

1.3. Análisis causal del problema

Tras el análisis en profundidad de la situación y utilizando la lluvia de ideas y el diagrama de Causa-Efecto (de Ishikawa o espina de pez), se seleccionaron aquellas causas más significativas que influyen en que no se realice la exploración de los pies en los pacientes estudiados.

Causas que dependen de la metodología de trabajo:

- Ausencia de un protocolo de prevención del pie diabético actualizado y consensuado, difundido entre los profesionales.
- Variabilidad en la cumplimentación de los apartados de la exploración presentes en la historia clínica electrónica.

Causas que dependen de los recursos y estructura:

- Gestión inadecuada de material: los equipos doppler, monofilamento y diapasón provienen de aportaciones individuales de los propios profesionales.
- Ausencia de un apartado específico en la historia clínica para poder volcar la información completa de la exploración.

Causas que dependen de los profesionales:

- Déficit de conocimientos y formación continuada insuficiente.
- Baja motivación debido a las circunstancias laborales actuales y la ausencia de reconocimiento por parte de la administración pública.

Causas que dependen de la administración pública:

- Existe formación continuada en pie diabético, pero se basan un taller anual de dos horas de duración con acceso limitado y en horario de tarde. Además, no existe un grupo estable de profesionales encargados de la formación y el asesoramiento.

Sobrecarga y presión asistencial.

Falta de comunicación y de una adecuada política de incentivos

1.4. Formulación de objetivos de mejora

En función de los datos anteriores, fijamos como objetivo primordial (estándar de calidad) que el 50% de los pacientes diabéticos tengan realizada la exploración de los pies en un año desde la realización del estudio. Esto supone, teniendo en cuenta los datos anteriores, que los profesionales de enfermería de estos cuatro cupos deben de realizar al menos 5 exploraciones/mes para poder alcanzar el estándar de calidad.

Para establecer este criterio se descartaron aquellos pacientes que rechazaron someterse a la exploración; no acudieron nunca a la consulta de enfermería; han fallecido durante el periodo de tiempo establecido o están desplazados.

1.5. Definir las medidas de mejora

Debido a que es inviable poner en marcha todas las soluciones, se prioriza, en base a los criterios de efectividad, eficacia, factibilidad y aceptación, las siguientes propuestas de mejora:

Aumentar la formación de los profesionales de enfermería en el ámbito de la prevención y cuidados del pie diabético.

Creación de un apartado específico de registro en la historia clínica electrónica destinado al volcado de la información, de la inspección y exploración.

2. Hacer

Para ampliar y unificar conocimientos sobre el pie diabético, se impartirá al personal de enfermería de cada centro de salud dos sesiones clínicas y un taller formativo durante tres días consecutivos, con una hora y media de duración cada uno. El horario de los mismos, se pactará con las enfermeras.

También se explicará a los profesionales de enfermería de los cupos estudiados que deben realizar todas las exploraciones del pie posibles o al menos 5 exploraciones/mes para poder alcanzar el estándar de calidad, aplicando para ello los conocimientos adquiridos en las actividades formativas y registrándolo posteriormente. Para dicho registro, y con el objetivo de facilitar, agilizar y evitar la variabilidad en la cumplimentación, se creará una hoja de registro destinada al volcado de la información de la inspección y exploración de los pies

3. VERIFICAR

Pasado el año, los resultados deben compararse con las metas planteadas en la fase de planificación y comprobar el grado de consecución de los objetivos. Para ello, se recopilarán todas las hojas de registro de la exploración y se analizarán, comprobando si se ha logrado el objetivo establecido, es decir, si el 50% de los pacientes diabéticos de cada cupo tienen realizado la exploración.

4. ACTUAR

Se realizará una sesión informativa en los dos centros de salud para informar de los resultados obtenidos y de los pasos a seguir en el plan de mejora. Según los resultados obtenidos en la fase de verificación:

Si se ha conseguido la meta deseada se volverá aplicar el plan de mejora, pero esta vez para lograr un estándar de calidad del 85%, para el año siguiente.

Si el objetivo propuesto se ve ampliamente superado, 80-100%, se podrá aplicar este plan de mejora en el resto de los cupos de pacientes diabéticos de los distintos profesionales de enfermería de los dos centros de salud, es decir, estandarizar el plan de mejora.

Si por el contrario no se alcanza el nivel deseado, habrá que analizar las causas, efectuar los ajustes necesarios y realizar un nuevo PDCA.

Todo este proceso, se resume en el siguiente flujograma y cronograma:

ETAPAS PDCA	ACTIVIDADES	2016									2017									
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
PLANIFICAR	**Revisión** HC*																			
	Evaluación de datos																			
	Determinación estándar de calidad																			
HACER	**Información** de las actividades docentes																			
	1ª Sesión clínica **2ª Sesión** clínica 3ª **Taller formativo**																			
	Puesta en marcha del plan																			
VERIFICAR	**Revisión** HC																			
	Cumplimiento estándar de calidad																			
ACTUAR	**Sesión informativa**																			
	Plan a seguir																			

Figura 2. Cronograma. Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio han mostrado que la exploración del pie diabético no se realiza de forma sistemática a las personas que padecen diabetes mellitus de los cupos estudiados, ya que sólo el 21,6 % de los pacientes lo tiene realizado, cifra que está por debajo de los datos alcanzados en otros estudios como el realizado por Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN, que siguiendo los mismos criterios que el presente estudio, obtuvieron una cifra de 37% exploraciones realizadas (11). En este sentido, el grupo de estudio de la diabetes en AP redGDPS, en trabajos que evalúan diversos indicadores de calidad y su evolución en el tiempo, ofrece cifras de exploración del pie que oscilan entre 47,3 y 64,2% (16,17). Carral San Laureano et al., en un estudio que evaluó la calidad de la atención prestada a población con diabetes, tanto en AP como en consultas de Endocrinología, encontraron que el examen del pie se había realizado en el 44% de los pacientes (12).

La inspección y palpación de los pulsos distales son las exploraciones más frecuentes, posiblemente porque no se requiere ningún instrumento para su realización y son las que menos tiempo precisan para su ejecución. Sin embargo, sólo en un 12,7% se realizó el ITB. La ADA recomienda medir el ITB en sujetos con diabetes mayores de 50 años, y considerarlo en menores si presentan varios factores de riesgo cardiovascular, y si es normal, repetir cada 5 años (8). En nuestro medio, algunos autores justifican la conveniencia de realizar el ITB a todos los pacientes con diabetes seguidos en AP por la elevada prevalencia de amputaciones en esta población (13), mientras que otras guías no aconsejan esta exploración de forma rutinaria debido a la dificultad para su realización en el ámbito de la AP y la posibilidad de resultados falsamente elevados por la frecuencia de calcificaciones arteriales en estos sujetos (14).

El presente trabajo tiene las limitaciones propias de un estudio observacional en el que no se pueden descartar sesgos de información y selección. La elección de la muestra por conveniencia, y no por aleatorización, representa un sesgo de selección. Como sesgos de información pueden considerarse las variaciones producidas en la exploración, al ser realizada por varios profesionales, y la variabilidad en los registros.

Con las limitaciones reseñadas, la principal aplicación práctica del estudio es constatar la deficiencia en la exploración de los pies de las personas que padecen diabetes y la necesidad de un plan de mejora de los cuidados de enfermería basados en la prevención e inspección-exploración periódica del pie, ya que las estrategias preventivas y cuidados específicos del pie diabético son intervenciones muy rentables para el sistema asistencial y para las personas con diabetes, como se corroboró en los centros de Atención Primaria adscritos al GedapS, donde gracias a un programa de prevención entre los años 1996 y 2007 se consiguió reducir un 65,7% la incidencia de úlceras y el 61,1% de las amputaciones (15).

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran que la exploración del pie diabético no se realiza de forma sistemática a las personas que padecen diabetes mellitus de los cupos estudiados, obteniendo cifras inferiores respecto a otros estudios realizados a nivel nacional. Esto, hace necesario un plan de mejora de los cuidados de enfermería basados en la prevención e inspección-exploración periódica del pie, siendo la metodología del Ciclo de Deming válida para la implantación de dicho plan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012; 55:88-93.
2. Viadé J. Pie diabético: guía práctica para la prevención, evaluación y tratamiento. Madrid: Medica Panamericana. 2006.
3. Boulton A, Vilekyte L, Ragnanson-Tennvall G, ApelqvistJ. The global burden of diabetic foot disease. Lancet. 2005; 366:1719-24.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance. OECD Indicators [Libro Electrónico] 2009 [consultado 15 Ene 2016]. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf.
5. Junta de Castilla y León. IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectiva 2020. Valladolid: Junta de Castilla y León. 2016.
6. Happich M, John J, Stamenitis S, Clouth J, Polnau D. The quality of life and economic burden of neuropathy in diabetic patients in Germany in 2002 results from the Diabetic Microvascular Complications (DIMICO) study. Diabetes Res. Clin. Pract.. 2008; 81 (2) :223-30.
7. American Diabetes Association (ADA). Clinical practice recommendations. Diabetes Care. 2013;36 Suppl 1:4-10.
8. Guía práctica y específica para el tratamiento y la prevención del pie Diabético.
   El Consenso Internacional sobre el Pie Diabético. Elaborada por el Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético. 2011[consultado 23/01/2016]. Disponible en: http://www.sediabetes.org/gestor/upload/files/tratamientoylaprevencion.pdf
9. Alarcón Gascueña P, Alcázar Casanova F, Almazán González S, Álvarez González Y, Biurrun Larralde A, Bleda García JM et al. Manual de calidad asistencial. Toledo: SESCAM, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009.
10. Rodríguez Reinado C, Blasco Hernández, T. Recomendaciones para la buena práctica en la implementación del ciclo de mejora en calidad asistencial. Madrid: Centro Nacional de Medicina Tropical – Instituto de Salud Carlos III; 2013.
11. Alonso Fernández M, Mediavilla-Bravo JJ, López-Simarroc F, Comas-Samperd JM, Carramiñana Barrerae F, Mancera-Romero J. Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN. Evaluación de la realización del cribado del pie diabético en Atención Primaria. Endocrinol Nutr. 2014;61(6):311-317.
12. Franch Nadal J, Artola Menéndez S, Diez Espino J, Mata Cases M, en representación de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en Atención Primaria (1996-2007). Med Clin (Barc). 2010; 135:600-7.
13. Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, Birulés-Pons M, Mundet-Tuduri X, Franch-Nadal J, et al., on behalf ofthe Diabetes Study Group in Primary Health Care (GEDAP: Groupd'Esudi de la Diabetis a l'Atenció Primaria de Salut, Catalonian Society of Family and Community Medicine). Fifteen yearsof continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. Int J Clin Pract. 2012; 66:289-98.
14. Carral San Laureano F, Ballesta García MJ, Aguilar Diosdado M, Ortego Rojo J, Torres Barea I, García Valero A, et al. Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo 2 del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando. Av Diabetol. 2005; 21:52-7.
15. Mancera Romero J, Paniagua Gómez F, Martos Cerezuela I, BacaOsorio A, Ruiz Vera S, González Santos P, et al. Enfermedad arterial periférica oculta en población diabética seguida en atención primaria. Clin Invest Arterioscl. 2010; 22:154-61.

EL PROYECTO "NO HACER"

AUTORES:
Antonio Sánchez Vallejo. Enfermero de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial Universitario de León.

La Asociación Española de Enfermería y Salud (AEES) tiene entre sus objetivos la promoción y difusión de aquellas actividades científicas cuyo objetivo sea la mejora en la calidad de los servicios de salud prestados a la población. En esta línea nos asomamos hoy a esta tribuna para presentar el Proyecto "No hacer". Su curioso nombre parece opuesto a aquello que el sentido común dicta para la práctica sanitaria, pero paradójicamente está cargado de eso: de sentido común.

Es indudable que los avances en medicina y el desarrollo de los sistemas sanitarios están contribuyendo positivamente a mejorar el estado de salud de los ciudadanos. Pero ¿todo lo que hacemos los profesionales repercute positivamente en los pacientes?, o ¿estamos llevando a cabo prácticas en las que no existe evidencia demostrada de su utilidad, y que podrían causar algún daño al paciente? La bibliografía indica que junto a las prácticas clínicas de efectividad contrastada encontramos otras de escaso valor.

La OMS estima que un 30% de las actividades diagnósticas y terapéuticas que los sanitarios realizamos a diario no disponen de una evidencia sólida que avale su efectividad, y Berwick estimó que en Estados Unidos estas actividades innecesarias suponen un 6-8% del gasto total sanitario.

Las intervenciones a las que hacemos referencia pueden tener consecuencias negativas a corto plazo como reacciones adversas a medicamentos, o repercutir negativamente sobre la población general como es el caso de la resistencia bacteriana a los antibióticos. Algunos de los riesgos de estas intervenciones innecesarias no son inmediatos. La exposición innecesaria a una TAC abdomino-pélvica equivale a exponer al paciente a 500 radiografías de tórax o a 7 años de exposición a la radiación natural. Esto es especialmente importante en el caso de la población infantil en la que una exposición repetida se ha asociado con la aparición de algunos procesos oncológicos.

Estos datos explican por qué numerosas organizaciones a nivel internacional defienden la necesidad de trabajar en la reducción de las actuaciones innecesarias, inseguras e ineficientes. Lejos de tener una repercusión negativa en los resultados de salud, esto puede suponer una mejora en la seguridad del paciente; además de la posibilidad de dedicar el tiempo de los profesionales, y los recursos sanitarios, a actividades que aporten valor en la atención al paciente.

El Proyecto "No hacer", que en nuestra Comunidad Autónoma, Sacyl ha comenzado recientemente a implementar en su primera fase se une a numerosas iniciativas a nivel internacional que han promovido estrategias para disminuir estas prácticas. El Reino Unido fue pionero en 2007, cuando el NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) empieza a elaborar un listado de prácticas habituales en los servicios sanitarios que carecen de suficiente evidencia científica, y en las que su recomendación es no continuar practicándolas. Serían las denominadas recomendaciones "Do not Do". Desde entonces el NICE ha formulado cerca de 2.000 recomendaciones en este ámbito. Le siguieron Estados Unidos en 2012 con el proyecto Choosing Wisely ("Elegir Sabiamente"), Canada con el Choosing Wisley Canada, y hasta 15 países más entre los que se encuentran Japón, Australia, Brasil, Alemania, Italia,…

En nuestro país la iniciativa parte desde Cataluña en 2013, con el *proyecto Essencial.* A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad impulsó en ese mismo año el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España". Pretende, en coordinación con 30 sociedades científicas nacionales, minimizar las intervenciones sanitarias innecesarias, evitar la iatrogenia, difundir un compromiso con la calidad y la eficiencia en los cuidados, además de promover entre la población la utilización adecuada de los recursos sanitarios. Han sido publicadas por el momento 135 recomendaciones de no hacer relacionadas con el empleo de fármacos y antibióticos, pruebas de laboratorio e imagen, y procedimientos quirúrgicos.

Debemos, desde aquí, animar a la enfermería a participar del proyecto y fundamentar su práctica diaria en evidencias sólidas que amparen cada actuación; promoviendo un beneficio para el paciente, un uso racional de los recursos y un incremento en la calidad de la asistencia prestada al usuario.

Para más información se recomienda consultar:

NICE. Recommendations "Do Not do". Disponible en https://www.nice.org.uk/
Choosing Wisely EEUU. Disponible en http://www.choosingwisely.org/ Choosing Wisely Canada. Disponible en: http://www.choosingwiselycanada.org/
Slow Medicine Italia. Disponible en http://www.slowmedicine.it/ Choosing Wisely Australia. Disponible en: http://www.choosingwisely.org.au
Prudent healthcare Gales. Disponible en: http://www.prudenthealthcare.org.uk/principles
Proyecto Essencial. Disponible en: http://essencialsalut.gencat.cat/ca/
Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm
Doc. 33. Recomendaciones de no hacer. Grupo de trabajo de la SEMFyC. 2014. Disponible en:
https://www.semfyc.es/biblioteca/doc-33-recomendaciones-no-hacer/

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD
CIF G24459760
Nº DE REGISTRO DE ASOCIACIONES 584931
C/ Del Estanco nº 11, bajo. 24346 Grulleros–León
Tlf. 665935695
e-mail: aees25@hotmail.com

Asociación Española de Enfermería y Salud

Si deseas integrarte en una Sociedad Enfermera científica generalista y de relevancia Nacional, **La Asociación Española de Enfermería y Salud** te lo pone fácil:

Visita nuestra PAGINA WEB:

www.enfermeriaysalud.es

Únete a Nosotros

En la pestaña ***Inscripciones*** encontrarás el formulario.

Rellénalo y da a enviar.

"Desde ese momento tu decides lo que quieres hacer, nosotros te acompañaremos. "

La Cuota Anual son 25€.

Para los estudiantes de Grado de Enfermería, la inscripción es **gratuita**

Es tiempo de Enfermería.