Manual práctico de enfermería comunitaria

Manual práctico de enfermería comunitaria

José Ramón Martínez Riera
Rafael del Pino Casado

ELSEVIER
Ámsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto



© 2014 Elsevier España, S.L.
Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)
Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación y almacenaje de información.

ISBN edición impresa: 978-84-9022-433-5
ISBN edición electrónica: 978-84-9022-698-8

Depósito legal edición impresa: B. 26031-2013
Depósito legal edición electrónica: B. 26030-2013
Servicios editoriales: ***Gea*** **Consultoría Editorial, s.l.**

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar las dosis recomendadas, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar las dosis y el tratamiento más indicados para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El editor

A todas y todos quienes han contribuido con su trabajo, su implicación, su experiencia y su conocimiento a que la enfermería comunitaria sea un referente de la salud pública para personas, familias y comunidades. Y muy especialmente a la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Dr. José Ramón Martínez Riera

A mis padres, por indicarme el camino.
A Isabel y Daniel, por darme fuerzas para recorrerlo.

Dr. Rafael del Pino Casado

Colaboradores

D.ª María del Carmen Aliaga Sánchez
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D. Inocente Baudet Montilla
Enfermero.
Director de la Unidad de Gestión Clínica de Porcuna.
Porcuna. Jaén

Dra. María José Cabañero Martínez
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D.ª María Dolores Cadaval García
Enfermera.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Jaén.

D.ª Eva María Carranza Miranda
Psicóloga.
Técnico de Promoción de la Salud.
Distrito Sanitario Jaén Norte.
Jaén.

Dra. Isabel Casabona Martínez
Enfermera.
Responsable del Área de Urgencias y UCI.
Clínica Vistahermosa. Alicante.
Profesora Asociada. Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D.ª Amparo Casado Lollano
Enfermera.
Centro de Salud Párroco Julio Morate.
Madrid.

Dra. Francisca Casas Martínez
Enfermera.
Profesora Titular del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alcalá.
Alcalá de Henares. Madrid.

D. Francisco Cerón Inglés
Enfermero.
Técnico Plan de choque.
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.
Valencia.

Dr. Luis Cibanal Juan
Enfermero y Psicólogo.
Catedrático del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Dr. Juan Mario Domínguez Santamaría
Enfermero.
Profesor del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D. Gonzalo Duarte Climents
Enfermero.
Jefe de Estudios de las subunidades docentes
de Enfermería Familiar y Comunitaria,
Tenerife I y II.
Tenerife.

D. Serafín Fernández Salazar
Enfermero.
Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura.
Jaén.

Dra. Cristina Francisco del Rey
Enfermera.
Profesora Titular del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alcalá.
Alcalá de Henares. Madrid.

Dr. Antonio Frías Osuna
Enfermero y antropólogo.
Profesor del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

D.ª Marina Fuster Pérez
Enfermera.
Medicina Preventiva del Hospital General Universitario.
Alicante.

Dra. Eva María Gabaldón Bravo
Enfermera.
Centro de Salud Santa Faz.
Alicante.

D. Óscar García Aboín
Enfermero.
Técnico de Planificación Sanitaria y Políticas
de Salud

Dr. Francisco Pedro García Fernández
Enfermero.
Coordinador de la Unidad de Estrategia de Cuidados.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Profesor Asociado.
Universidad de Jaén.
Miembro del Comité Director del GNEAUPP.
Jaén.

D.ª Concepción García González
Enfermera.
Medicina Preventiva del Hospital General Universitario.
Alicante.

Dra. María Luisa Grande Gascón
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

D.ª Juana María Granero Moya
Enfermera y Licenciada en Filosofía.
Hospital de Úbeda.
Úbeda. Jaén

D. José Gutiérrez Gascón
Enfermero y antropólogo.
Profesor del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

Dra. Cristina Heierle Valero
Enfermera.
Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves.
Profesora de Enfermería Comunitaria.
Universidad de Granada.
Granada.

D.ª Cristina Huertas Linero
Enfermera.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital General Universitario de Elche.
Elche. Alicante.

Dr. José Antonio Hurtado Sánchez
Enfermero.
Profesor del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Dr. Manuel Lillo Crespo
Enfermero.
Adjunto Enfermería del Hospital Vistahermosa. Alicante.
Profesor Asociado. Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D. Pablo López Casanova
Enfermero.
Coordinador de la Unidad Integral de Heridas Crónicas.
Departamento de Salud Elche-Hospital General. Generalitat Valenciana.
Miembro del Comité Director del GNEAUPP y EPUAP.
Elche. Alicante.

Dra. Luz López Samaniego
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Dr. José Ramón Martínez Riera
Doctor por la Universidad de Alicante
Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
Profesor de Enfermería Comunitaria del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad de Alicante.
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).
Alicante.

D. Luis Antonio de Mendiolagoitia Cortina
Enfermero.
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
Asturias.

D. Martín David Millán Cobo
Enfermero.
Enfermero Gestor de Casos.
Centro de Salud de Bailén.
Bailén. Jaén.

D.ª María del Sol Millán Cobo
Enfermera.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Jaén.

D.ª Sara Moreno Cámara
Enfermera.
Doctoranda, Universidad de Jaén.
Jaén.

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Dra. Ana Lucía Noreña Peña
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D. Enrique Oltra Rodríguez
Enfermero.
Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería del SESPA.
Asturias.

Dr. Pedro Ángel Palomino Moral
Enfermero y psicopedagogo.
Profesor del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

Dr. Pedro L. Pancorbo-Hidalgo
Enfermero y biólogo.
Profesor y director del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

D. Jesús de la Paz Jiménez
Enfermero.
Distrito Sanitario de Jaén.
Jaén.

D. Antonio Peña Rodríguez
Enfermero.
Adjunto de Docencia.
Hospital General Universitario de Elche.
Elche. Alicante.

D.ª María Jesús Pérez Mora
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería Comunitaria.
Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D.ª Inmaculada Pérez Pont
Enfermera.
Centro de Salud de Petrer.
Petrer. Alicante.

Dra. Juana Perpiñá Galvañ
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D. Benito del Pino Casado
Enfermero.
Centro de Salud Los Ángeles.
Madrid.

Dr. Rafael del Pino Casado
Doctor por la Universidad de Jaén.
Profesor de Enfermería Comunitaria del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Vocal de Investigación de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).
Jaén.

D.ª Adoración Pulido-Soto
Matrona.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Jaén.

D. Antonio Jesús Ramos Morcillo
Enfermero y antropólogo.
Profesor del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

Dr. Juan Diego Ramos-Pichardo
Enfermero.
Ayudante LOU. Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D. José Ramón Roces Camino
Enfermero.
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
Asturias.

D.ª María del Carmen Rodríguez Torres
Enfermera.
Enfermera Gestora de Casos.
Complejo Hospitalario de Jaén.
Jaén.

D. Valentín Ruiz Nieto
Enfermero y sexólogo.
Centro de salud de La Carolina.
La Carolina. Jaén

D.ª María Dolores Saavedra Llobregat
Enfermera.
Enfermera Comunitaria Gestora de Casos.
Departamento de Salud.
Hospital General Conselleria Sanitat.
Alicante.

D.ª Inmaculada Sánchez-García
Enfermera y antropóloga.
Becaria predoctoral del Departamento
de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Jaén.

D.ª Begoña Sánchez Gómez
Enfermera.
Profesora en la EUE Nuestra Señora
de la Candelaria.
Tutora de Investigación EIR en la Unidad
Docente de Enfermería Familiar y Comunitaria,
Tenerife I y II.
Santa Cruz de Tenerife. Tenerife.

Dra. Ángela Sanjuán Quiles
Enfermera y socióloga.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Dra. María del Carmen Solano Ruiz
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Dr. Javier Soldevilla Ágreda
Enfermero.
Profesor de Enfermería Geriátrica.
Universidad de la Rioja. Director
del GNEAUPP.
Logroño.

D. Juan José Tirado Darder
Enfermero.
Profesor de Geriatría y Gerontología.
Universidad Cardenal Herrera, CEU.
Valencia.

D. Antonio Vicente Valero Marco
Enfermero.
Unidad de Neumología. Hospital
General Universitario de Elche
Elche. Alicante.

D.ª María Luisa Velasco-Alvárez
Enfermera.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Alicante.
Alicante.

D.ª Casilda Velasco-Juez
Matrona.
Profesora del Departamento de Enfermería.
Universidad de Jaén.
Alicante.

Dr. José Verdú Soriano
Enfermero.
Profesor del Departamento
de Enfermería Comunitaria.
Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia
de la Ciencia.
Universidad de Alicante.
Alicante.

Prólogo de Carmen Ferrer Arnedo

Es un honor tan grande que alguien a quien admiras por su valía profesional y por sus cualidades personales te llame por teléfono y te proponga escribir un prólogo para su libro que, solo con este hecho, me cuesta ya enfrentarme a un folio en blanco y pensar: ¿Estaré a la altura? ¿Presentaré de forma adecuada este proyecto? ¿Seré capaz de transmitir interés al lector? O simplemente, lo que yo escriba aquí, ¿serán esas páginas que se saltan y te llevan al primer renglón de la obra? Esto último, la verdad, me alivia un poco de la responsabilidad que siento porque, si nadie lee este prólogo, los lectores llegarán antes a los conceptos esenciales de la obra, como si el prólogo fuese un simple puente. Pero este alivio, confieso que me dura poco… Me doy cuenta de que un amigo me da la oportunidad de acompañarle en una aventura y eso, desde luego, no tiene precio. Aunque algunos engañan en este espacio creyéndose autores, yo no: seré sincera, y quiero que este prólogo proporcione al lector buenos argumentos para consultar esta obra y, al menos, disponga de una pincelada de lo que se encontrará en ella.

¿Y qué les puedo decir? Que se trata de una obra de consulta rápida, eficaz y actual acerca de los temas más importantes relacionados con atención primaria y con la enfermería comunitaria, que permite obtener información directa y relevante en un ámbito de actuación profesional en el que las enfermeras comunitarias y de atención primaria desempeñan un papel fundamental en la atención a las personas, las familias y la comunidad. Que tiene una ordenación alfabética que permite identificar rápidamente los conceptos sobre los que se quiere obtener información, y que supone una interesantísima obra de consulta para los estudiantes y docentes de enfermería. Y, por supuesto, que esta obra está desarrollada por enfermeras/os de reconocido prestigio de muy diversas procedencias profesionales (docentes, investigadores, asistenciales, gestores) y geográficas.

Podría decir todo esto y no mentiría, sería fiel a la verdad. Pero quien me conoce sabe que en este espacio quiero hablarles además de los porqués y de la importancia de una obra de estas características. ¿Por qué es tan importante el esfuerzo de José Ramón y del resto de los autores por dejar un legado tangible y ponerlo a la disposición de los enfermeros y las enfermeras comunitarias y de aquellos que se sienten atraídos por un medio comunitario, diferente del desarrollo de la profesión enfermera en el medio institucional? Se trata en un caso de ser corredores de maratón, mientras que en las instituciones, como los hospitales, se trata de ser *sprinters*. Por tanto, para desarrollar el arte y la ciencia del cuidado profesional hay que ser capaz de conocer tanto el medio comunitario como el institucional. Esta obra nos aproxima al medio en el que se necesitan corredores de maratón y no *sprinters*.

Sin duda alguna ya hemos superado el «a mí me parece» y hemos aprendido que es preciso utilizar los argumentos que la ciencia pone a nuestra disposición para ser una profesión con credibilidad y, sobre todo, para llegar a argumentar de manera adecuada la especificidad de la profesión enfermera en las organizaciones y en los equipos de trabajo, una especificidad basada en poseer el conocimiento profundo del cuidado profesional que sustituye al cuidado de uno mismo, conocer las estrategias que rigen el autocuidado y la gestión de los cuidados como acciones para mantener la vida. Pero hablar de cuidado, de sus diferentes formas como se hace en esta obra parece siempre un riesgo. ¿A quién le importará? Y digo que se trata de un riesgo porque es difícil encontrar obras que transpiren generosidad; sin embargo, esta obra así lo hace, transpira grandes dosis de generosidad que se entrega a todo aquel que se aproxima a ella, y el lector encuentra desde la gestión de los cuidados hasta la organización del tiempo pasando por la multiculturalidad o por el cuidado de una ostomía. Es decir, con esta obra será capaz de atravesar el mundo cotidiano de los cuidados profesionales en el medio comunitario.

Me impresiona mucho la idea de José Ramón de construir un proyecto para ayudar a las enfermeras comunitarias, y todavía me impresiona más cuando pienso dónde estábamos hace treinta años. Éramos como los muebles en la consulta del médico o simplemente aplicábamos tratamientos prescritos mediante órdenes médicas

para ser ejecutados en un domicilio, sin pensar nada o sin cuestionar casi nada, sobre todo en público. Si existe una profesión que ha sido capaz de cambiar en estos años, esa ha sido la profesión enfermera. Ha sido capaz de cambiar sin perder sus raíces disciplinares, equivocándose, claro, pero sin renegar de su pasado, incorporando de cada etapa aquello que nos permitía desarrollarnos y cumplir mejor nuestra función social como profesionales.

Si hay algo que todavía me parece más interesante de esta obra es la cantidad de lecciones aprendidas que destila, aquellas en las que los autores se fundamentan para dar pasos hacia delante. Los errores que cometimos en el pasado están presentes para cimentar el futuro e impedir así que volvamos a cometerlos. Solo José Ramón y sus colaboradores podrían hacerlo con la maestría que se refleja en la obra y es algo de suma importancia.

He hablado de los cimientos, en los que desarrollaremos la mayor parte de nuestra actividad profesional en el futuro, pero es también preciso hablar del futuro, ese futuro para el que queda abierto este proyecto y para el que la obra nos servirá como un elemento de soporte de conocimiento que permitirá a sus lectores adquirir mayor solidez en sus decisiones específicas como miembros del equipo de empoderamiento.

Otro elemento de valor que aporta esta obra es su contribución para hacer que se desvanezca la invisibilidad de las acciones enfermeras. Todavía es una realidad que no existimos como entidad con conocimiento propio y explícito, que nos desarrollamos como sombra de otros profesionales. Como ejemplo de esto, solo hay que leer el desafortunado comentario en *The economist* cuando habla del paradigma de la cronicidad, diciendo que los médicos no pueden abordar este problema, que no están preparados para ello y que sería carísimo, pero no se les ocurre decir que las enfermeras sí estamos preparadas, que llevamos treinta años trabajando con los pacientes crónicos y que comprendemos muy bien sus necesidades. O leer a la señora Barbara Stanfield cuando dice que la cronicidad es una trampa porque es volver a la enfermedad, sin acordarse de que, al menos en nuestro entorno, somos los enfermeros y las enfermeras comunitarias quienes tratamos a las personas, y no a sus enfermedades, y los únicos que contamos con la experiencia de enfermar de los pacientes y que utilizamos sus relatos para descubrir sus valores y deseos y establecer la cercanía terapéutica, una de las cualidades de la práctica de los cuidados profesionales de los enfermeros en el ámbito comunitario.

Ante nosotros se abre un abanico de oportunidades, no por la crisis, sino por nuestra especificidad. Hace poco, un gran amigo, documentalista, me preguntaba: «Pero, Carmen, ¿qué es eso que da identidad a las enfermeras y que no hace ningún otro profesional?» Yo respondí: «Cuidar. Nosotros somos la profesión generalista del cuidado profesional». Los únicos que suplimos a la persona cuando no tiene el conocimiento, la fuerza o la voluntad. Y, además, trabajamos desde el cuidado cotidiano, desde el cuidado rutinario y proporcionamos a las personas herramientas para que sean capaces de ejercer el control de la incertidumbre. «Desde lo básico, lo cotidiano, lo de las personas», como decía Colliére.

La oportunidad aparece porque ahora toca hablar del sistema, hablar de lo que les pasa a las personas, del envejecimiento, de la cronicidad, de las enfermedades raras, de la pobreza o de lo sociosanitario. Toca trabajar de manera integral. Toca ser permeables, toca ver a la población en fragmentos, en función de lo que cada uno puede necesitar. Toca abordar los determinantes en salud…

El autocuidado constituye una herramienta de la que los enfermeros somos expertos, y no es posible que con la población trabajen enfermeros y, sin embargo, los proyectos sean liderados por otro tipo de profesionales. Por supuesto, ahora toca ejercer el liderazgo dentro de los equipos de trabajo y, a partir de la cronicidad, desde la especificidad y el conocimiento propio.

Las claves del futuro pasan por servicios eficientes, lo que significa servicios liderados por quien sabe y lo hace a un coste aceptable, servicios coordinados; es decir, servicios que impliquen a más sectores, y con una misma misión: las necesidades y deseos de los pacientes y sus cuidadores, que en esta obra también están presentes.

La atención domiciliaria, unos de los ejes de la cronicidad junto con el liderazgo de las enfermeras en el control y supervisión de las personas que viven en instituciones, es uno de nuestros retos. También la seguridad como elemento estratégico en la gestión de las terapias, de los casos y de la polimedicación que, junto con la conciliación,

desempeña un papel esencial en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Como ven, estamos ante una obra que puede ayudarnos a gestionar todas las situaciones que aparezcan ante nosotros a través de la adecuada utilización de la evidencia científica. Una obra que refuerza la idea de que sin confianza, sin conocimiento y sin competencia no se puede cuidar de manera excelente. Esta obra cumple con estos valores y, a lo largo de sus capítulos, verán cómo se destilan y les conducen hacia la excelencia.

Agradezco a José Ramón, maestro y desde luego amigo, su confianza en mí para que les introduzca en esta obra que, como les decía al principio, está plagada de generosidad, la generosidad de unos autores capaces de compartir con nosotros las lecciones aprendidas y todo su conocimiento tácito y explícito. Muchas gracias por invitarme a participar en esta aventura y felicito a sus lectores por elegirla.

Carmen Ferrer Arnedo
Enfermera Comunitaria
Gerente del Hospital Guadarrama
de Madrid

Prólogo de Maria Arminda Mendes Costa

La enfermería escribe su historia en la historia de la humanidad. Nace con la voluntad de promover la vida, de recuperarla, de prolongarla, de vivir mejor. El hombre encuentra en los cuidados (y en quien los presta) el sentido a su existencia: nacemos y morimos, deseando y solicitando cuidados.

La experiencia de vida de las enfermeras en el continuo de la convivencia con las personas, y en particular en la comunidad, pone de relieve su papel activo para facilitar y/o proporcionar los medios y recursos para el cuidado a través de la investigación que permitan pasar de una idea simple a otra más compleja de llevar a la práctica «la comunidad y la persona como centro de los cuidados». El cuidado de enfermería comunitario desemboca en un sistema de interacciones, que se presenta como algo positivo, influenciadas por representaciones profesionales, impulsadas por la estructuración de experiencias y conocimientos profesionales que toman forma en los contextos de cuidados.

El *Manual práctico de enfermería comunitaria* que se presenta ahora, por su caracter pedagógico y genuino, permite sistematizar la construcción de cuidados comunitarios de enfermería en dos principios fundamentales en los que se centra la acción de las enfermeras:

1. **El principio explicativo de los cuidados.** Organizado en torno a los cuidados de las personas y que se objetiva en los cuidados visibles. Sobre todo a través de las funciones profesionales, que a lo largo de los tiempos han sido identificadas como el paradigma en el cuidado del mantenimiento de la vida y su rehabilitación (precauciones estándar, sueño, alteraciones, intervención enfermera, nutrición y alimentación: evidencia en las recomendaciones y nuevas aportaciones metodológicas; drenajes, cuidados). Se identifican las funciones que permiten la reorganización de las personas en contextos terapéuticos de salud y bienestar (cuidador familiar; cuidados alternativos; entrevista —empatía, asertividad, *feedback*—, interrelación, intervención comunitaria).
2. **El bien intrínseco de los cuidados.** Identificado con la enfermera, con su personalidad y relacionado con su forma de ser, genera nuevas formas de cuidado a partir de su profesionalidad y su implicación construyendo cuidados mediante un proceso de formación auto- y heteroestructurante; es decir, con efectos para uno mismo y para los demás, y al mismo tiempo revitalizando la construcción compartida del contexto (agentes de salud, declaración de Alma-Ata, cuidado personal, autoestima; competencias en atención primaria). La relación entre lo que uno es y lo que uno hace se exterioriza en el cuidado de enfermería y en su compromiso social: con los pacientes —respetando sus creencias y valores y fomentando su participación en los cuidados—; con la profesión —comprometiéndose en la actualización de conocimientos y en la formación permanente para poder cuidar teniendo en cuenta la evolución de la sociedad.

Manual práctico de enfermería comunitaria, el libro que tengo el honor de prologar, se presenta como una herramienta de consulta útil para docentes, investigadores, estudiantes y profesionales de la salud, ya que encuadra la enfermería comunitaria en una amplia gama de temas tan diversos como: *a)* las necesidades de atención domiciliaria, relacionadas con la familia, la red social y comunitaria; *b)* las competencias enfermeras y la gran autonomía en atención a la comunidad, y *c)* la investigación cuantitativa y cualitativa que se perfilan como el núcleo de todos los debates, todos los procesos y el centro de todas las decisiones: para la persona, para la comunidad y para la organización del trabajo de enfermería.

Los ejes estructurales de la atención comunitaria constituyen un marco de competencias específicas (competencias en atención primaria), tales como la naturaleza de los procesos que engloba, las interrelaciones que se establecen en los diferentes contextos o la forma en que las enfermeras se implican y convergen en torno a los cuidados de enfermería y de las personas a las que se prestan, como actores con y para los

cuales la acción profesional tiene sentido (en: Costa, MAM-2007 El cuidado de los ancianos Formasau).

Cuidar a las personas en la comunidad (consejo de salud; consulta de enfermería; investigación en enfermería; organización y gestión del tiempo; continuidad de cuidados: nuevas figuras de gestión; cuidador familiar; cuidados alternativos) estén o no en situación de enfermedad crónica, y/o en situación de dependencia, sean hombres o mujeres, tiene la característica de ser un saber práctico, sencillo, auténtico (porque también es entendido por el usuario), centrado en el otro y construido en la acción, desarrollándose una particular forma de relación entre las personas (la ayuda) que mutuamente participan.

En torno al concepto de enfermería comunitaria gravitan innumerables creencias periféricas que, desafiando la causalidad científica tradicional, corroboran la vía de la participación personal de las enfermeras en la construcción de su propia identidad, de la de los demás y de la profesión.

La práctica profesional de los cuidados comunitarios se presenta como una acción integradora en la que intervienen: *a)* el contexto del sujeto profesional-enfermero, con su trayectoria biográfica, sus procesos de socialización y los procesos de formación profesional; *b)* el contexto del usuario, con su trayectoria biográfica y familiar, sus experiencias y problemas de salud, sus creencias en salud y enfermedad y su disposición ante los cuidados profesionales; *c)* el contexto de la profesión y su organización, las diversas influencias que regionalmente intervienen en los cuidados a través de leyes normativas, etc., así como los modelos profesionales de cuidados que influyen en el ejercicio profesional en general y de enfermería en particular, y *d)* el contexto de acción-comunidad en torno al modelo de la organización, las normas propias y las que le son impuestas, y las estrategias de acción locales y los procesos de negociación estratégica.

El papel de las enfermeras comunitarias es parte de un marco concreto, cuya especificación ha tenido más que ver con el lugar donde se prestan los cuidados que con las necesidades de las personas. ¿Se puede revertir esta tendencia? La salud debe tener avances inequívocos en todas las áreas, pero especialmente en las ciencias de la enfermería, pasando de una simple capacidad de actuar puntual a una capacidad intergral donde la salud sea el centro del proyecto (centrado en las personas, familias y comunidades) para permitir identificar otras políticas de salud y bienestar.

El manual que ahora se presenta es una obra de consulta rápida, eficaz y actual de los temas más importantes relacionados con la atención primaria y la enfermería comunitaria, pues permite obtener información directa y relevante en un ámbito de actuación profesional en el que las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la atención a las personas, las familias y la comunidad. La ordenación alfabética permite identificar rápidamente los conceptos sobre los que se quiere obtener información. Asimismo, supone una interesantísima obra de consulta para los estudiantes y docentes de enfermería que facilita la obtención de información valiosa en el proceso de enseñanza/aprendizaje de una manera práctica, didáctica y fácil de asimilar e incorporar por parte de los estudiantes; es, a su vez, una herramienta útil para los docentes puesto que facilita un abordaje integral de los principales temas de la enfermería comunitaria y la atención primaria que complementa el desarrollo docente de diferentes materias.

Como nota final, me gustaría añadir que *Manual práctico de enfermería comunitaria* se presenta como un referente para: *a)* el aprendizaje en enfermería y en salud, pues es una importante contribución a la sistematización del conocimiento que ayudará a obtener una visión fundamental sobre enfermería comunitaria y las aportaciones básicas para poder entender y comprender los problemas más relevantes de la sociedad actual; *b)* el aprendizaje de las enfermeras comunitarias como prestadoras de cuidados, ya que en un momento en el que cada vez más se discute sobre la profesionalización de los cuidadores, su acceso a este tipo de material permitirá su concienciación sobre los límites de su actuación y sobre la importancia de recurrir a profesionales competentes que puedan aportar cuidados integrados e integrales a la comunidad (demencias, impacto en la sociedad del siglo xxi: enfermedad de Alzheimer; embarazo en adolescentes, prevención, hipertensión arterial, participación comunitaria, salud-enfermedad, etc.).

A los autores, unas palabras de agradecimiento y felicitación por la contribución que con esta obra ofrecen a la profesión enfermera, al crecimiento personal de cada enfermera y al desarrollo de los cuidados en un contexto comunitario,

seguramente el pilar más firme para el desarrollo social sostenible en un mundo en rápido proceso de envejecimiento, inmerso en una problemática socioeconómica potenciadora de nuevas formas de cronicidad y de nuevas enfermedades cuyos fundamentos la ciencia insiste en cuantificar para explicarlos.

No puedo resistirme, para terminar esta breve presentación (el valor de la obra habla por sí misma) que interpreto como una contribución para el desarrollo de la enfermería comunitaria, a incluir un texto que escribí en 1999 cuando regresaba de una larga noche investigando sobre cuidados de enfermería: «Me fui. Eran las 9:00 de la mañana. Tenía la sensación de una enorme pesadez en las piernas, fruto del cansancio al que no estoy habituada; pero aumentó mi admiración por estos hombres y mujeres —enfermeras— que, día a día, acompañan la lenta evolución de un sol, cuya lentitud al nacer trae la serenidad de la inquebrantable creencia de que el camino se hace caminando y que la vida se cuida cuidando…».

Maria Arminda Mendes Costa
Enfermera. RN, MsC, PhD
Presidente de FINE
(European Federation of Nurse Educators)
Investigadora de UNIFAI-ICBAS-UP

Prólogo de Marcia Van Riper

Me honra tener el privilegio de prologar este manual práctico para quienes prestan cuidados en el ámbito comunitario. Desde mi puesto como Presidenta de la International Family Nursing Association (IFNA), he tenido el placer de conversar con enfermeras de distintos países. En estas comunicaciones, suelo escuchar los retos y oportunidades asociados al cambio constante entre la atención intensiva en centros hospitalarios y la atención primaria de la salud basada en la atención familiar y comunitaria. Al ser algo más que un simple cambio del escenario de dicha atención, este cambio en la manera de ofrecer la atención al paciente es cada vez más identificable puesto que incluye, además, un giro en la mentalidad y el comportamiento. Por ello, existe una necesidad cada vez mayor de manuales o libros de referencia que ayuden a las enfermeras a adquirir rápidamente el conocimiento y las habilidades necesarias para poder proporcionar una atención familiar y comunitaria de calidad, que se centre en el bienestar, en la prevención de la enfermedad, en la promoción de la salud y en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

No me cabe la menor duda de que el presente libro, *Manual práctico de enfermería comunitaria,* será un recurso imprescindible tanto para enfermeras asistenciales como para estudiantes de enfermería. Se trata de un libro exhaustivo que trata un gran abanico de importantes temas. Los capítulos son relativamente cortos y están ordenados alfabéticamente. Dichas características hacen que sea un libro especialmente atractivo para aquellas enfermeras que tienen poco tiempo para leer y realizar búsquedas. A su vez, se trata de una herramienta muy útil para los estudiantes y sus profesores, ya que permite a los estudiantes obtener rápidamente una visión global de los conceptos clave y los problemas principales en la enfermería comunitaria. Además, en caso de que los estudiantes necesiten información adicional, pueden consultar las lecturas que se recomiendan al final de cada capítulo.

Este libro será también de gran utilidad para las enfermeras con un interés especial en el trabajo con las familias puesto que contiene una serie de capítulos dedicados a términos clave en la enfermería familiar como, por ejemplo, los capítulos sobre el ciclo de vida familiar, la estructura familiar, el funcionamiento de la familia y los cuidadores. El libro contiene incluso un capítulo sobre el genograma.

Los autores de esta obra son enfermeros respetados, con experiencia en enfermería familiar y comunitaria, y de orígenes geográficos y profesionales distintos. Muchos de ellos son miembros activos de la sociedad científica de enfermeros comunitarios más grande de España, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), de la que uno de ellos es su presidente.

El presente libro es una valiosa contribución a la enfermería y les animo a recomendarlo a colegas y estudiantes.

Cordialmente,

Marcia Van Riper, RN, PhD, FAAN
Profesora y Presidenta del Departamento
de Salud Familiar
University of North Carolina en Chapel Hill
Presidenta de la International Family
Nursing Association

Prefacio

En un momento en el que las tecnologías de la información se han convertido en el principal canal de comunicación, conocimiento y relación, decidirse a escribir un libro parece cuando menos una aventura. Pero, sin duda, se trata de una interesante, emotiva, ilusionante y enriquecedora experiencia, que más allá del interés por compartir conocimiento y facilitar su acceso, nos ha permitido, como autores, llevar a cabo un intenso pero gratificante trabajo de cooperación con la totalidad de los profesionales que han intervenido en una obra tan extensa como sintética al mismo tiempo.

Nuestro mayor interés se ha centrado en poder ofrecer a las enfermeras, estudiantes, docentes, investigadores, etc., una obra ágil, dinámica, de fácil consulta pero sin desdeñar detalles, amplia en cuanto a contenidos pero centrada en lo importante, ordenada, sencilla y completa al mismo tiempo. No podemos decir que se trate de una obra de bolsillo —el volumen de contenidos no lo ha permitido— pero sí al menos una obra de sobremesa; es decir, que se tenga permanentemente a mano y no induzca a su almacenamiento permanente en librerías, bibliotecas o estanterías. Sabemos que solo el tiempo lo dirá, pero cuando menos, hemos trabajado activamente con este propósito.

La obra se presenta coincidiendo con el máximo desarrollo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria y con la plena integración de los planes de estudio de grado. Por ello, hemos intentado ofrecer a profesionales en formación, estudiantes de grado, docentes e investigadores y profesionales en activo una obra que suponga una nueva manera de acceder a lo trascendental en prácticamente todos los ámbitos de actuación, que permita resolver dudas puntuales y que pueda ser referente inicial de una posterior búsqueda más amplia. En definitiva, una obra que sea un elemento de soporte a la atención directa, una herramienta pedagógica, una ayuda docente y un referente de estudio, análisis y reflexión.

En toda obra, y más en una tan compleja (por su elaboración y vertebración) como la que se presenta, se hace necesario trasladar, por parte de quienes hemos sido responsables de la misma, los correspondientes agradecimientos a quienes han hecho posible que sea una realidad.

Sin ánimo de establecer ningún orden de importancia o preferencia es imprescindible identificar, como ya se ha dicho, a quienes directa o indirectamente han participado con su experiencia, conocimiento y competencia en dar forma a los diferentes contenidos en que se estructura la obra. Sin su valiosa contribución, nada de lo presentado sería posible. Asimismo, agradecer muy sinceramente la confianza que en todo momento manifestó el equipo de Elsevier y muy especialmente el constante apoyo trasladado por parte de la editora Ana Martín a través de sus valiosas aportaciones, acertados comentarios y enriquecedoras sugerencias que facilitaron que este libro sea hoy una realidad.

También queremos destacar el soporte científico que, a través de su aval, ha concedido a la obra la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), que como Sociedad Científica decana de la Enfermería Comunitaria en España supone una garantía de calidad.

Y por último, y no por ello menos importante, a nuestras familias por el tiempo robado a su atención, por toda la paciencia derrochada y por su resignada contribución a que la obra pueda ser una realidad. Sus cuidados en este sentido han sido fundamentales para poder hablar de cuidados.

Tan solo nos queda esperar a que nuestras expectativas se correspondan con las de quienes se acerquen a este libro con ánimo de consulta, análisis o estudio y que el mismo permita dar respuesta puntual a lo que de él se espera.

Los autores

A

1. **Accesibilidad 3**
2. **Accidentes en pediatría 6**
3. **Accidentes en personas mayores: las caídas y su prevención 11**
4. **Aerosolterapia-nebulizadores 19**
5. **Agentes de salud 23**
6. **Declaración de Alma-Ata 26**
7. **Enfermedad de Alzheimer 30**
8. **Anciano frágil 37**
9. **Atención domiciliaria 41**
10. **Atención integral 48**
11. **Atención primaria de salud: perspectivas de futuro 52**

C A P Í T U L O 1

Accesibilidad

María Jesús Pérez Mora

CONCEPTOS

La Real Academia de la Lengua Española define *accesibilidad* como la condición de accesible. La accesibilidad es, pues, una condición inherente a algo que faltaría definir y que en nuestro caso iría dirigido en dos sentidos: por un lado, nos referimos al Sistema Nacional de Salud (SNS) y, por otro, más concreto, a la Atención Primaria de Salud (APS).

Si definimos el SNS como la organización y estructura responsable de garantizar el derecho de todos los ciudadanos del país al mantenimiento y mejora de su salud, la condición de accesible devendrá en un derecho irrenunciable, en una necesidad social que deberá ser satisfecha, sea esta sentida o no, manifestada o no.

Asimismo, si aceptamos que la APS debe ser «la puerta de entrada al sistema sanitario» su accesibilidad sería la condición primera de esta estructura de salud, puesto que con ella estaríamos respaldando y asegurando el acceso al SNS, que por definición pretende la universalización de la atención a la salud. De esta forma, no podemos separar los conceptos de universalidad y equidad de la condición de accesible: accesibilidad.

Por otra parte, el documento APS que la Organización Mundial de la Salud publicó en la serie *Salud para todos* recoge como *accesibilidad* «el suministro continuo y organizado de la asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional». Estos cuatro criterios de accesibilidad son los que recogemos para describir cuatro tipos de accesibilidad o bien cuatro problemas que pueden impedir el acceso al SNS y, por tanto, que se pierda, para la persona o grupos de personas que padecen el problema, la condición de accesible.

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

En primer lugar es necesario garantizar la accesibilidad geográfica, es decir, que las estructuras del SNS estén en puntos de la geografía que permitan al ciudadano llegar hasta ellas en un tiempo prudente y en su medio de transporte habitual.

Vivir en el medio urbano o en un medio rural no puede ser una condición de desigualdad ante el SNS, por ello el desarrollo de la APS tiene como objetivo el acercar el sistema de salud a la comunidad, a los ciudadanos, allí donde vivan.

En este sentido el Real Decreto 137/1984, del 11 de enero, que define las estructuras básicas de salud, permitió el inicio de la reforma sanitaria en nuestro país. Este documento publicado dos años antes que la Ley General de Sanidad, en su artículo primero define la zona de salud y la establece como marco territorial de la APS de una determinada población cuya característica primera es la de ser **accesible desde cualquier punto.**

Este mismo real decreto establece que el centro de salud, puerta de entrada al sistema sanitario, se ubicará en un determinado municipio cabecera al que se debe acceder en un tiempo no superior a 30 min en los medios habituales de locomoción. De esta forma se garantizaría la accesibilidad geográfica al sistema de salud, a través de su estructura básica: el centro de salud.

De esta forma, el decreto se adelanta a lo que más tarde la Ley General de Sanidad recogerá en el tercer apartado de su preámbulo: «Las áreas de salud se distribuyen, en forma desconcentrada, en demarcaciones territoriales determinadas, teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa».

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

ACCESIBILIDAD FINANCIERA

Accesibilidad financiera significa, según el mismo documento de la Organización Mundial de la Salud, que no importa cuáles sean las formas de pago, los servicios deben estar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.

Nuestro SNS se define como universal, no obstante no debemos olvidar que sigue siendo un sistema mixto, es decir, que no toda la financiación recae sobre los presupuestos generales del Estado, sino que sigue siendo financiado por las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por servicios, herencia de las organizaciones anteriores.

Todo ello ha supuesto que, en este entramado de referentes, el objetivo más ambicioso de los diferentes reformadores del sistema que nunca consiguieron la unificación de todas las entidades implicadas no haya podido ser otro que intentar la coordinación de las distintas estructuras que prestan servicios, generando una serie de problemas de gestión, entre otros, que le están llevando a la insostenibilidad.

Resolver estos problemas parece que sea una cuestión de formas de gestión y el sistema ha sufrido y está sufriendo experiencias diversas amparadas por la legislación que en cada momento necesitaron los responsables políticos, generando una situación que se aleja poco a poco de los principios de un servicio público, como corresponde al SNS.

Ninguna forma para resolver el problema de sostenibilidad financiera del SNS puede recaer sobre la economía del ciudadano. Fórmulas de copago, que pretenden disuadirlo de acceder a la atención sanitaria, no generan otra cosa que diferencias entre las personas en función de su capacidad económica y crean una mayor brecha en las desigualdades de salud ya existentes.

Próximos al fin del siglo xx, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud en la región europea, representados por sus ministerios de sanidad o sus delegados, se reunían en Liubliana y firmaban una declaración en cuyos principios fundamentales, punto 5.5, manifiestan que los sistemas de salud de esta región necesitan estar basados en una financiación suficiente que permita proporcionar a todos los ciudadanos cada cuidado de manera sostenible; esto significa «cobertura universal y acceso equitativo para todas las personas a la asistencia sanitaria», reforzando de esta forma que la accesibilidad no puede ser mermada por motivos de financiación. No es admisible que la falta de sostenibilidad del sistema recaiga sobre la economía de los ciudadanos mediante medidas disuasorias de utilización del sistema, puesto que ello supone ahondar en las diferencias y desigualdades en la protección de la salud.

Para reforzar lo hasta aquí expuesto sobre accesibilidad financiera, el comunicado de prensa sobre el «Informe sobre la salud en el mundo 1999» emitido por la Organización Mundial de la Salud, del que la Dra. Brundtland fue responsable, decía que la intervención pública es necesaria para lograr el acceso universal a los sistemas de salud, y que: «En todos los países son los pobres quienes soportan la mayor parte de la carga de morbilidad y los más expuestos a los casos de morbilidad y mortalidad evitable…; en la mayor parte de los países la distribución de los servicios sigue beneficiando a los más ricos» y continua diciendo que: «La forma menos organizada y menos equitativa es la que consiste en pedirle a la gente que pague de su bolsillo cada vez que utiliza los servicios de salud» y termina el párrafo con la afirmación de que: «Los sistemas de salud más equitativos[...] son los sistemas de asunción común de riesgos financiados con cargo a los ingresos tributarios del Estado».

El informe propone el establecimiento de sistemas de salud que garanticen el acceso universal a los servicios de «forma gratuita[...] lo cual presupone la financiación por medios públicos o un sistema de seguridad social o ambas cosas a la vez».

ACCESIBILIDAD CULTURAL

Se entiende por accesibilidad cultural que los métodos técnicos y administrativos que se utilicen sean aceptados y estén de acuerdo con las formas culturales de cada grupo de población a la que van dirigidos.

En una sociedad multicultural y globalizada como la que está desarrollándose en este siglo, la sensibilidad de los sistemas de salud debe extremarse para garantizar que ninguna persona, o grupo de personas, pueda ver restringido el acceso a los servicios de salud a causa de problemas de índole cultural, creencias o valores. Dentro de los cauces normales de la asistencia, deben

los gestores establecer protocolos de actuación cuando sea necesario.

El SNS debe velar por que todos los ciudadanos sean respetados en su derecho al mantenimiento de su salud, trabajando por el acercamiento a la mejor forma de promoción de salud posible, integrando todas las herramientas necesarias para ello, no importa cuál sean las creencias, los valores, la cultura o la raza de cada ciudadano.

ACCESIBILIDAD FUNCIONAL

La *accesibilidad funcional* es definida por la Organización Mundial de la Salud como «la prestación permanente adecuada a quienes la necesiten, y en cualquier momento en que la necesiten, por medio del grupo sanitario apropiado para este fin». Ello supone que el sistema de salud debe organizar las estructuras sanitarias que permitan garantizar el acceso de los usuarios.

La organización de la prestación de servicios y de la demanda lleva en muchas ocasiones acarreada la limitación del acceso al sistema de salud. Cuando crece la población y este crecimiento no va acompañado de los recursos humanos y materiales correspondientes del sistema de salud, difícilmente se puede mantener la accesibilidad ordenada de la población, creando demoras en el acceso y potenciando la derivación de los casos a los diferentes sistemas de urgencias establecidos en la estructura sanitaria.

Asimismo, cuando los recursos humanos son insuficientes, la primera actividad que se resiente es la promoción de la salud, sin valorar que el abandono de esta función esencial de la protección de la salud conduce a una mayor demanda de servicios curativos que contribuirá al colapso de la asistencia y, por tanto, a la dificultad de acceso de los usuarios.

Cuando se crea un servicio nuevo, este puede llegar a generar una demanda que en ocasiones desborda las expectativas de los gestores, debiendo estos establecer listas de espera. Aun siendo las listas de espera el sistema más democrático de la gestión de paciente y servicios, los criterios de inclusión en estas listas pueden ocasionar dificultades de accesibilidad a determinados sectores de usuarios. De aquí que la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre los recursos sanitarios debiera ser, y no lo es, uno de los pilares de la legitimación del sistema de salud.

LECTURAS RECOMENDADAS

Declaración de Liubliana sobre la Reforma de los Servicios de Salud. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Traducción de Concha Colomer Revuelta. En: Revisiones en salud pública. 1997;5:217-22.

Durán Escribano M. La financiación del Sistema Nacional de Salud y el debate sobre el copago en España. E-ras. Revista on-line de opinión y actualidad sanitaria. 1 de noviembre de 2008.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 29 de mayo.

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril.

Ley sobre la habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Ley 15/1997 de 25 de abril.

OMS: Atención primaria de salud. Alma-Ata 1978. Salud para todos, n.° 1. Ginebra, 1978.

Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE. n.° 27, de 1 de febrero de 1984.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2

Accidentes en pediatría

Ana Lucía Noreña Peña

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por accidentes representan hoy un problema de salud pública con graves consecuencias, importante impacto y magnitud. Su abordaje es complejo, debido a que el origen de los accidentes en la infancia es multicausal; la mayoría de las lesiones están relacionadas con factores ligados a la disposición urbanística de las ciudades, a las características de las viviendas y con los estilos de vida de las familias, siendo más prevalentes en aquellos núcleos familiares monoparentales, con problemas y/o conflictos, con escasos recursos económicos y bajo nivel socioeducativo (Aguilar y Sepúlveda, 2006).

Un accidente es, por definición, un hecho fortuito no prevenible de forma fácil, la idea se relaciona con un fenómeno no controlable. La mayoría de lo que habitualmente llamamos accidentes son *lesiones* que desde el punto de vista epidemiológico pueden ser descritas, controladas y prevenidas con la adopción de medidas de promoción de la salud y de manejo de riesgos (OMS, 2005; Zayas, Cabrera y Simón, 2001).

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Una cantidad no despreciable de niños en sus primeros 5 años de vida sufren algún accidente tanto en el hogar como fuera de él. Estas lesiones, en su mayoría, son de carácter leve y sin consecuencias importantes para el adecuado crecimiento y desarrollo de los menores. En Europa los accidentes son la principal causa de muerte en la infancia entre los 1-14 años de vida. La mortalidad en estos casos ocurre en un ratio dos veces superior a la muerte por cáncer, u ocho veces a las producidas por enfermedades respiratorias (Sheti, Towner, Vincenten, Segui-Gómez, 2008). Para un número importante de los países de la Unión Europea, los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte por lesiones en la infancia.

En España, los accidentes son la principal causa de muerte en niños y adolescentes de 0-19 años. Por ejemplo, en el año 2005, 841 niños y adolescentes en este grupo de edad murieron como resultado de una lesión. Si la tasa de mortalidad por lesiones en España podría reducirse al nivel de los Países Bajos, se estima que 268 niños o el 32% de estas vidas podrían haberse salvado (European Child Safety Alliance, 2009).

La situación de la mortalidad y morbilidad por accidentes en la infancia tiene graves consecuencias en el sistema sanitario, tanto por los costes que representa su atención, como por las secuelas que acarrean cierto tipo de accidentes, en los menores. Hay lesiones que pueden ocasionar traumatismos importantes (abdominales, craneoencefálicos), y la recuperación de estos puede ser lenta o traer consigo problemas de salud con características de cronicidad y dependencia.

CAUSAS DE ACCIDENTALIDAD EN LA INFANCIA

Los menores tienen un control psicomotor diferente según la edad, por tanto, las conductas de aprendizaje para la prevención de riesgos son distintas. El lactante, por ejemplo, aprende tempranamente la capacidad de darse la vuelta y ensaya el sostén de su cabeza; además, empieza a gatear sobre los 9 meses; seguidamente, no tarda en ponerse de pie, y cuando logra caminar, aún no poseen el control de sus movimientos. Es claro que por la inmadurez motora, en esta etapa, el cuidado y el manejo por parte de los adultos juega un papel fundamental. Los riesgos están dados principalmente por la experimentación que hacen los niños del ambiente, ya que, ante todo, se exponen de manera involuntaria a sufrir lesiones y traumatismos por caídas, además de

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

la posibilidad de atragantamiento al llevarse los objetos a la boca.

En la etapa preescolar los niños tienen mayor independencia y sus conductas no responden, en ocasiones, a las prohibiciones hechas por los adultos.

En la etapa escolar, los niños adquieren movimientos más sofisticados y una mayor coordinación, por lo que comienzan a experimentar con juegos de mayor riesgo y con elementos como la bicicleta.

En la adolescencia, la lucha por la independencia, los conflictos a nivel emocional y la gran actividad física hacen que el riesgo de sufrir un accidente incidental o intencional aumente considerablemente (Morales, 2000).

A continuación, en el cuadro 2-1 se muestra la causa de los accidentes según las distintas edades del niño.

CUADRO 2-1. Accidentes según edades

Accidentes prevalentes en niños de 0 a 1 año
- Quemaduras (por ingestión de líquidos calientes)
- Sofocación mecánica (asfixia)
- Accidentes de tráfico (el niño en el coche)
- Quemaduras (por inmersión)
- Accidentes por electricidad
- Atragantamiento (cuerpos extraños)
- Intoxicaciones
- Asfixia (por estrangulación)
- Caídas (distinto nivel)

Accidentes prevalentes en niños de 4 a 9 años
- Accidentes de tráfico (atropello)
- Accidentes de tráfico (niño en bicicleta)
- Mordeduras y picaduras de animales (medio rural)
- Mordeduras de animales domésticos
- Caídas (al mismo nivel)
- Ahogamiento (asfixia por inmersión)
- Quemaduras (en general)
- Accidentes eléctricos (cables de alta tensión)
- Caídas (al exterior)

Accidentes prevalentes en niños de más de 9 años
- Accidentes de tráfico (ciclomotores y motocicletas)
- Accidentes de tráfico (niño peatón)
- Accidentes por arma de fuego
- Quemaduras
- Caídas (distinto nivel)
- Asfixia (por inhalación)

CLASIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES EN LA INFANCIA

Los mecanismos principales de mortalidad debida a lesiones no intencionales en la población infantil son: los accidentes de tráfico, los ahogamientos, los envenenamientos, las quemaduras y las caídas. Los accidentes se siguen produciendo en distintos ambientes: el hogar, la calle, la escuela y durante la conducción de automóviles. Dentro de estos contextos hay que considerar el número creciente de mascotas en los hogares, que originan accidentes por mordedura y/o infecciones, además de tener en cuenta la creciente práctica deportiva infantojuvenil (Torres, Fonseca, Díaz, Ariel del Campo, Roché, 2010). Un escenario donde con mayor frecuencia se producen accidentes, especialmente en los niños menores (0-3 años), es el hogar. En el ambiente doméstico, la mayoría de las lesiones suelen producirse por situaciones propiciadas por el mobiliario, la vigilancia del menor, la estructura arquitectónica de la vivienda, etc.

Los accidentes que se producen a nivel doméstico están clasificados según el mecanismo de producción:

Asfixia

Se produce por dos mecanismos: una obstrucción extrínseca (sábana, almohada, bolsa, etc.) o intrínseca (aspiración del vómito, cuerpos extraños en la vía aérea, etc.). La causa más común de muerte en los niños es la asfixia por aspiración o atragantamiento.

- **Atragantamiento:** la asfixia por aspiración o atragantamiento es una de las principales causas de lesiones mortales en los niños menores de 1 año. Los cuerpos extraños que ocasionan la obstrucción de la vía aérea pueden ser: orgánicos, moco o sangre; vegetales, maíz, trigo, etc.; animales, fragmentos de hueso, de carne, etc., y minerales: alfileres, clavos, trozos de vidrio, aluminio, etc. El que sucedan este tipo de lesiones está relacionado con el comportamiento del niño, el cual quiere explorar el ambiente que le rodea y tiene la conducta de llevarse los objetos a la boca. Las características de la vía aérea del niño son un factor adicional, ya que su árbol bronquial está en

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

desarrollo y su capacidad pulmonar también es menor.

- **Quemaduras:** existen diferentes mecanismos que pueden producir las quemaduras:
  - **Agentes físicos:** los incendios que suceden en los hogares afectan en mayor medida a niños y ancianos. Se pueden dar por la manipulación del niño de mecheros, cerillas o de velas encendidas. Las víctimas más frecuentes son niños menores de 5 años. En los lactantes es común que las quemaduras las produzcan algunos agentes físicos que pueden producir escaldaduras; estas suceden, casi siempre, cuando se sumerge al niño durante el baño en agua a temperatura no controlada y/o testada por el adulto o también, si al niño se le aplican compresas o paños húmedos y calientes. Otra causa sería si por accidente se derrama algún líquido caliente y el niño está presente o está siendo atendido en ese momento por su cuidador. Habría que considerar, además, aquellas quemaduras que se presentan en el hogar, por una explosión debida a ollas a presión, estallido de cafeteras, etc. Otro riesgo para que sufra quemaduras el niño es la exposición excesiva y sin la protección adecuada al sol.
  - **Agentes eléctricos:** se presentan con mayor frecuencia en los niños menores de 5 años. Los sitios del cuerpo donde son más comunes las lesiones son, principalmente, las manos y la cara. Las causas que ocasionan el que pueda sufrir una quemadura es la manipulación del menor de enchufes, cables y aparatos eléctricos.

Caídas y traumatismos

En la infancia son los accidentes que se presentan con mayor frecuencia y a su vez, son los más difíciles de prevenir, debido a que en el desarrollo psicomotor el niño quiere demostrar su autonomía y posibilidad de desplazamiento. Casi siempre este tipo de lesiones tienen un carácter menos grave, las caídas se producen desde cualquier superficie elevada (balcones, sillas, mesas, cunas, etc.) y los traumatismos, en su gran mayoría, se producen de manera fortuita, el niño tropieza con algún objeto dejado en el suelo, choca contra una pared, se golpea los dedos y la mano al querer abrir una puerta, etc.

Intoxicaciones

En el ambiente doméstico se mantienen muchos agentes químicos (detergentes, productos de la limpieza, medicamentos, etc.) que pueden representar un riesgo de intoxicación para los menores. El niño puede intoxicarse accidentalmente o voluntariamente; esta última es más frecuente en los jóvenes durante la adolescencia, predominan en el sexo femenino y está asociada a intentos de suicidio y/o estados depresivos graves.

Los accidentes que con mayor frecuencia se producen fuera del hogar son:

Accidentes de tráfico

Las lesiones relacionadas con los accidentes son una de las principales causas de mortalidad en la etapa infantojuvenil, especialmente entre los 5-19 años. Ocasionan con mayor prevalencia traumatismos craneoencefálicos y lesiones en las extremidades. Los accidentes de tráfico se pueden clasificar en los de los pasajeros y los peatones:

- **Pasajeros:** para la protección de los niños en el coche hay que tener en cuenta que estos deben ir adecuadamente sentados, con la silla especial, activados los dispositivos de seguridad, con el cinturón de seguridad. Un niño no sujeto puede ser la única víctima mortal de un simple frenazo brusco evitando una colisión con otro automóvil. Es altamente peligroso que un adulto dentro de un coche cargue a un niño en brazos, pues en riesgo de accidente, ante una desaceleración no podrá sujetarlo adecuadamente.
- **Peatones:** entre los 4 y los 9 años de edad se presenta la mayor incidencia de lesiones mortales y no mortales de niños peatones. Las causas están relacionadas con atropellos en ocasiones provocados por el cruce indebido e inadvertido por parte del niño, al ir tras sus familiares, mascota y/o objeto (balón, juguete, etc.). Además, el uso de las bicicletas en los niños ocasiona un número importante de lesiones simples, como una caída hasta traumatismos que pueden revestirse de gravedad para la vida del menor.

Ahogamientos

Se considera la muerte por ahogamiento el proceso de asfixia al estar sumergido o al haber trascurrido hasta 24 h después de la sumersión. En el caso de los niños pequeños, suele producirse

de manera accidental, al caerse el menor a una piscina o al estar cerca de un río, etc. En cambio, si se presenta en niños escolares o en jóvenes adolescentes, suele estar asociado con la sumersión en determinados sitios: bañarse donde hay corrientes de agua o en zonas profundas, alejarse de la orilla, etc.

Consejos preventivos de los accidentes infantiles según el grupo de edad

En el cuadro 2-2 se enumeran algunas de las medidas que deben adoptarse por parte de los adultos para la disminución de riesgos de lesiones en los menores.

CUADRO 2-2. Medidas que deben adoptarse por parte de los adultos para la disminución de riesgos de lesiones en los menores

De 0 a 2 años
- Seguridad en el automóvil
- Vigilancia de la temperatura del agua del baño
- Prevención de incendios en el hogar (cocina)
- Reducción de la presencia de elementos peligrosos en el hogar
- Prevención de la aspiración de cuerpo extraño
- Vigilancia y supervisión del niño en inmersiones en piscinas
- Almacenamiento de drogas y sustancias tóxicas y cáusticas (a partir de los 9 meses)

De 2 a 6 años
- Seguridad en el automóvil y educación vial
- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas
- Reducción de la presencia de elementos peligrosos en el hogar
- Prevención de incendios en el hogar
- Seguridad en las piscinas
- Prevención de la aspiración de cuerpo extraño
- Seguridad en bicicleta

De 6 a 14 años
- Seguridad en el automóvil y educación vial
- Seguridad en bicicleta, ciclomotor y monopatín
- Consejo sobre consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en adolescentes
- Prevención de incendios en el hogar
- Seguridad en las piscinas
- Prevención de intoxicaciones
- Prevención de la conducta violenta en adolescentes

BASES PARA LA PREVENCIÓN

El primer objetivo de las actuaciones sanitarias es adoptar medidas preventivas para prevenir y disminuir aquellas conductas que exponen a los menores a lesionarse. Es de anotar que la morbilidad y mortalidad por accidentes siempre es prevenible. Las actuaciones que se elijan exigen diferenciar algunos *factores predisponentes* en la aparición de los accidentes. Se deben considerar aquellos menores que presentan algún tipo de minusvalía física, sea de carácter permanente u ocasional (sensorial, motora o mental, enfermedad, convalecencia, etc.), además de los niños que pueden presentar un mayor riesgo de accidentalidad, por su inestabilidad física o psicológica (déficit de atención, hiperactividad, problemas psicoafectivos, etc.). En estos grupos de menores, se debe realizar, con mayor énfasis, la educación sanitaria con el fin de mejorar sus reflejos, mantener actitudes físicas de protección y promover en la familia una cultura preventiva frente a los posibles riesgos de que el niño sufra un accidente (Sancho, 2001).

Las bases de una correcta prevención de los accidentes en la infancia están fundamentadas en el conocimiento exhaustivo y en la investigación de los factores que intervienen en su aparición. En este sentido, la aplicación de avances tecnológicos, ambientales, de control y vigilancia permiten introducir elementos de seguridad tanto en los objetos que manipula el niño, como en los distintos ambientes en los que se desenvuelve (el parque, el hogar, la movilización del niño en vehículos). La utilización de los recursos de ingeniería conduce a proponer y reconocer los ambientes peligrosos, procurando la protección de niños que por su edad o condición no sean capaces de saber cuáles son las situaciones que pueden envolver un riesgo para su salud e integridad. Hay que reflexionar que convivimos en un ambiente creado para los adultos, y no para los menores (Marcos, 2003).

Actualmente, existen leyes que obligan a la industria a homologar sus productos infantiles y mostrar la seguridad que tienen para evitar la accidentalidad de los niños. En algunos países, se llevan a cabo con un reconocido éxito en la sociedad y en la atención sanitaria programas educativos y campañas preventivas que enseñan a los individuos a controlar los riesgos. A través de su difusión, se obtienen cambios de conductas

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en las familias y/o cuidadores de los menores, y se busca que tomen conciencia acerca de la necesidad de anticipar e identificar las acciones que se revisten de peligrosidad y conducen al menor a lesionarse. Todas las medidas adoptadas a nivel preventivo son de vital importancia, debido a que a través de ellas se consigue una importante disminución de la mortalidad y del índice de accidentalidad en la etapa infantojuvenil (Romero, 2007).

Los profesionales sanitarios dedicados a la atención primaria pueden influir para conseguir que existan durante la etapa infantil y en la adolescencia comportamientos protectores, según las características de cada núcleo familiar. Está demostrada la eficacia de educación sanitaria, especialmente, en lo que respecta a la protección de accidentes domésticos. El consejo sanitario puede brindarse en la entrevista clínica y debe, en lo posible, ser individualizado, valorando con la familia aquellas acciones que repercutan directamente en la protección frente a las amenazas y/o riesgos más comunes, según la edad y el nivel de desarrollo del niño. Se deben suplir las carencias que puedan presentar las familias en el momento de la atención, sobre la base del conocimiento técnico y de la aplicación de prácticas domésticas y/o del manejo del niño. Asimismo, se deben priorizar las modificaciones de conductas, según la gravedad del riesgo al que esté expuesto el menor, la eficacia de las medidas que la familia adopta y la factibilidad de que otro tipo de intervenciones se puedan efectuar o llevar a cabo.

A modo de resumen, se podría decir que los profesionales de la salud, así como las sociedades que los agrupan, tienen un papel protagónico en la tarea preventiva. La prevención, por tanto, se basa en una doble estrategia, de protección y de promoción:

1. **Vía de la protección** o de modificación del medio. Se consigue según la eliminación, la desaparición y el control de elementos capaces de lesionar («securización»). Para tales fines se crean medidas de carácter legislativo como, por ejemplo, son las aplicadas para el trasporte y la movilización de los niños en vehículos.
2. **Vía de la promoción educativa** o de modificación de las conductas de los individuos a través de la educación, de la información, las campañas preventivas que permiten habilitar espacios de difusión para el manejo de los riesgos, la identificación de situaciones peligrosas y la toma de conciencia social sobre la dimensión de la problemática que desencadenan las lesiones por accidentes, prevenibles en la infancia.

LECTURAS RECOMENDADAS

Marcos E. Prevención de accidentes en la infancia. En: Chaure I, Inageros M. Enfermería pediátrica. Barcelona: Masson; 2003. p. 201-7.

Mateu Sancho J. Accidentes e intoxicaciones infantiles (medidas preventivas). Pediatr Integral. 2001;6(1):55-72.

Morales IM. Prevención de accidentes en la infancia y adolescencia. En: Ruiz González MD. Enfermería del niño y adolescente. Madrid: DAE; 2001. p. 203-29.

Prioridades para la seguridad infantil en la Unión Europea. Ámsterdam: European Child Safety Alliance; 2004.

Romero P. Accidentes en la infancia: su prevención, tarea prioritaria en este milenio. Rev Chil Pediatr. 2007;78(Supl 1): 57-73.

Sepúlveda Villalba MA, Aguilar MJ. Accidentes e intoxicaciones en la infancia. Tratado de enfermería infantil. Madrid: Elseiver Science; 2003. p. 1011-29.

Sheti E, Towner E, Vincenten M, Segui-Gómez F. European report on child injury prevention. Geneva: OMS; 2008.

Torres M, Fonseca CL, Díaz MD, Ariel del Campo O, Roché R. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN. 2010;14(3):368.

C A P Í T U L O 3

Accidentes en personas mayores: las caídas y su prevención

Jesús de la Paz Jiménez, Pedro Ángel Palomino Moral, Antonio Frías Osuna y Rafael del Pino Casado

INTRODUCCIÓN

España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento poblacional, no solo europeo sino del mundo. Actualmente, está situado en un 17% de personas de 65 años y más, destacando un aumento importante de personas mayores de 80 años que constituyen un 4,1% del total de la población, con una previsión en aumento en los próximos años. Esta situación demográfica representa por ello un potencial importante de pérdida de la autonomía personal en este grupo de ciudadanos, como consecuencia directa de un aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos inherentes al envejecimiento. Naciones Unidas sitúa a España, con perspectiva del año 2050, en segundo lugar del ranking de estados con personas de 65 años y más (un total del 35% de la población), esto significa más de 13 millones de personas; solo tendremos por delante a Japón con un 36,5%, según datos del Instituto Nacional de Estadística correspondientes al año 2009.

En este contexto sociodemográfico, el estudio de las principales causas generadoras de morbilidad, mortalidad y discapacidad parece una prioridad ineludible. Sabemos que, si bien la edad por sí sola no es un factor causal de discapacidad o dependencia, sí que es una variable contributiva, puesto que está bien establecido un aumento del riesgo de presentar morbilidad, discapacidad y dependencia en relación a la edad, según el estudio de Casado-Marín del año 2009.

Desde un punto de vista de la distribución del riesgo en la población de personas mayores y las posibilidades de intervención, nos parece interesante distinguir los diferentes subtipos de personas mayores. De esta manera consideramos, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología:

1. Persona mayor sana: no presentan enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna.
2. Persona mayor con enfermedad crónica: padece una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.
3. Persona mayor en riesgo y frágil: conserva su independencia de manera inestable y se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcional. Se trata de personas mayores que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro (entre los que se encuentra el fenómeno de las caídas): edad avanzada, hospitalización reciente, caídas de repetición, polifarmacia, patologías crónicas que tienden a la discapacidad (artrosis, artritis, fracturas por caídas, depresión y enfermedades psiquiátricas, déficit visual o auditivo, incontinencia, eventos cardiovasculares); presencia de deterioro cognitivo, debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y equilibrio, realización de poco ejercicio, deficiente soporte o condicionantes sociales adversas (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad). También son predictores los factores demográficos (mujer, mayor de 80 años).
4. Persona mayor dependiente de carácter transitorio o de carácter permanente: es aquella que se encuentra en situación de dependencia de forma transitoria (tras una estancia hospitalaria, fracturas y procesos agudos) o bien de carácter permanente independientemente de su intensidad.
5. Persona mayor en situación de final de la vida: es aquella que padece una enfermedad en fase terminal con una expectativa de vida generalmente menor de 6 meses.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Las caídas son sucesos muy importantes en geriatría por varias razones: su frecuencia, sus consecuencias, la complejidad de su estudio y por la posibilidad de un abordaje preventivo para disminuir su frecuencia y complicaciones. Por tanto, se puede hablar de caídas como factor de dependencia importante en las personas mayores de 65 años.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS

Las caídas en ancianos son un problema de primera magnitud; los estudios epidemiológicos estiman que alrededor de una de cada tres personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año, con un incremento progresivo de caídas al ir aumentando la edad de la población. Se considera adicionalmente que las caídas en los ancianos representan un problema infradiagnosticado, ya que suelen considerarse como una consecuencia más de la edad, y si la caída no tiene consecuencias físicas inmediatas, el paciente no suele contactar con el sistema sanitario. A pesar de ello, las caídas constituyen el primer motivo por el que los mayores acuden a las consultas de urgencias hospitalarias de traumatología, y la tercera causa de consulta de urgencias en un hospital general en este grupo de edad; se trata de un problema que afecta tanto a personas mayores que viven en la comunidad como a personas que viven en instituciones.

La incidencia anual de caídas en personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se estima entre el 25 y el 33%. Si se consideran a los mayores de 80 años, el porcentaje se sitúa en torno al 50%. Al menos la mitad de las personas mayores que se caen lo hacen en múltiples ocasiones a lo largo del año. En personas de menos de 75 años, las caídas son más frecuentes en mujeres, por encima de esta edad la frecuencia se iguala en ambos sexos. Al menos el 50% de las personas mayores institucionalizadas en residencias asistidas sufrirán una o varias caídas a lo largo del año, acontecimientos constatados en los estudios de Tinetti. Los accidentes son la sexta causa de muerte en los mayores de 65 años, y se estima que hasta dos tercios de estos accidentes mortales son caídas. Esta proporción se hace mayor a medida que aumenta la edad, de forma, que es 10 veces superior en los mayores de 85 años, que entre los que tienen entre 65 y 75 años. La muerte como consecuencia directa de una caída se produce en el 2% de los mayores de 65 años. Casi la mitad de estas muertes son consecuencia de complicaciones tras una fractura de cadera motivada por la caída. Las personas mayores que se caen tienen el doble de probabilidades de fallecer, que los que no se caen en los 2 años próximos. Un 5% de las caídas traerán como consecuencia una fractura, siendo un 1% de cadera. La fractura de cadera es la lesión relacionada con caídas que genera mayor número de hospitalizaciones, además de una considerable mortalidad por complicaciones cardiopulmonares, que será del 4 al 20% durante el ingreso y hasta del 25 y el 35% en los primeros 2 años. Entre un tercio y la mitad tendrán dependencia severa y requerirán cuidados continuados. El riesgo de ingreso en residencias es 10 veces mayor en ancianos con caída con consecuencia en forma de fracturas o lesiones que requieren ingreso hospitalario.

Las caídas pueden producir deterioro funcional por las lesiones que acarrean y por el miedo a futuras caídas. Se ha visto que tras el episodio, hasta un 40% de las personas mayores restringen su nivel de actividad, al menos temporalmente, y un 20% siguen sin recuperar el nivel de actividad previo 8 meses después.

En torno a la mitad de las personas mayores manifiestan una gran preocupación por las caídas. Solo el 44,7% consideran que la mayor parte de las caídas son evitables. El miedo a caerse es un aspecto relevante en el abordaje integral de las caídas en los mayores, estudiado por Párraga Martínez; hasta hace poco no se le había prestado suficiente atención y sorprende la preocupación que las personas mayores demuestran.

Las caídas en las personas mayores producen un aumento importante del gasto en el sistema de salud, derivado tanto de las consecuencias económicas (ingresos hospitalarios) como sociales (necesidades de cuidadoras informales y formales); todo ello provoca sobrecarga del sistema, cuyo abordaje preventivo seguramente reduciría costes a más de la mitad como así demostró en su estudio Pérula de Torres.

Las caídas son, por todo ello, un factor clave generador de morbimortalidad y dependencia en las personas mayores que justifica medidas de intervención para minimizar los riesgos mediante estrategias adecuadas. El Sistema Sanitario Público de Andalucía desarrolla un cribado de las personas mayores mediante la realización del

examen de salud, que pretende clasificar a los mayores según su nivel de autonomía para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en: anciano autónomo, anciano en riesgo y anciano dependiente, realizándose así una valoración funcional del anciano que incluye el riesgo de caídas.

Factores de riesgo en las personas mayores en relación con las caídas

Existen dos tipos de factores de riesgo en las personas mayores en relación con las caídas, como puede verse en la tabla 3-1: los factores de riesgo internos, que son inherentes a la propia persona, y los factores de riesgo externos, que son los relacionados con el hogar y el medio que rodea al anciano. Los factores de riesgo internos detectados en las personas mayores sobre las que hay que actuar para prevenir las caídas son: el uso de fármacos (neurolépticos y benzodiacepinas), la polimedicación, patologías tales como la diabetes mellitus, la incontinencia urinaria, secuelas físicas de accidente cerebrovascular, hipotensión ortostática, enfermedad neuropsiquiátrica, problemas de visión, pluripatología, deterioro cognitivo, disminución de la función física relacionada con pérdida de equilibrio y el uso de ayudas técnicas para la marcha. Ser mujer es otro factor de riesgo, al igual que haber tenido otra caída anteriormente.

Como factores de riesgos externos o ambientales se han determinado la mala iluminación, pisos resbaladizos, alfombras, falta de barras de sujeción en pasillos y en baños.

Valoración del riesgo de caídas

El riesgo de caídas forma parte de la valoración geriátrica integral (VGI), este es el instrumento fundamental que va a utilizar el equipo multidisciplinar para poder determinar cuáles son las necesidades que determinan las intervenciones útiles en la persona mayor frágil o de riesgo. Se define VGI como el proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano. La VGI ha demostrado ser útil para la mejora del estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva, disminuye el número de medicamentos prescritos, perfecciona el diagnóstico y las decisiones sobre la mejor ubicación del paciente, disminuye la necesidad de hospitalización por procesos agudos y de institucionalización de los ancianos, aumentando el uso de atención domiciliaria, aminora los costes asistenciales y mejora la calidad de vida. La valoración debe abarcar el entorno familiar, la vivienda y, por supuesto, al cuidador informal.

Existen diversas escalas de valoración para la previsión del riesgo de caídas, de las cuales vamos a destacar las cuatro siguientes: escala de Tinetti, Test *timed up and go,* prueba de alcance funcional y escala de riesgo de caídas de J. H. Dowton. Existen estudios, como el de Aceituno Gómez, en los que se

TABLA 3-1. Factores de riesgo de caídas en personas mayores

Factores de riesgo internos	Factores de riesgo externos
• Fármacos neurolépticos • Benzodiacepinas • Polimedicación • Diabetes mellitus • Incontinencia urinaria • Secuelas físicas de accidente cerebrovascular • Hipotensión ortostática • Enfermedad neuropsiquiátrica • Problemas de visión • Pluripatología • Deterioro cognitivo • Disminución de la función física relacionada con pérdidas de equilibrio • Uso de ayudas técnicas para la marcha • Ser mujer • Haber sufrido otra caída anteriormente	• Mala iluminación • Pisos resbaladizos • Alfombras • Falta de barreras de sujeción en pasillos y en baños

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

demuestran que el uso combinado de estas cuatro escalas da una mayor fiabilidad sobre la previsión de la valoración del riesgo de caída en las personas mayores que si se utilizan de forma aislada.

Vamos a exponer una descripción breve de cada una de estas pruebas:

Escala de Tinetti: permite evaluar diferentes aspectos del equilibrio que son claves en la movilidad. Consta de 16 ítems; en los 9 primeros se valora el equilibrio estático (máximo 16 puntos) y en los 7 s se evalúa la marcha (máximo 12 puntos). Esto permite clasificar en tres gradientes: normal, cuando es mayor de 24 puntos; adaptado, cuando está entre 19 y 24 puntos, y anormal, cuando es inferior a 19 puntos. Se concluye, por tanto, el alto riesgo de caídas en el caso de menor puntuación, riesgo de caída en el tramo medio y sin riesgo en el primer caso.

Test *time up and go:* consiste en observar al individuo mientras se levanta de una silla, camina 3 m y vuelve a ella. Puntúa de 1 a 5 según la percepción del examinador sobre el riesgo de caídas del paciente, se considera 1 como normal y 5 como alterado, pero esta escala es imprecisa ya que depende de la subjetividad de quien lo realiza.

Prueba de alcance funcional: es una medida de equilibrio, que se define como la diferencia en centímetros entre la longitud del brazo y el alcance delantero máximo, usando una base fija de apoyo. No hay unanimidad entre distintos autores: algunos propugnan que con distancias inferiores de 25,4 cm se predice una caída, como es el caso de Alvear, mientras que otros hablan de que el riesgo se encuentra en menos de 10 cm.

Escala de riesgo de caídas de J.H. Dowton: tiene en cuenta una serie de ítems, como que haya habido caídas previas, la medicación que toma el usuario, si hay algún tipo de déficit sensorial, el estado mental y la marcha. A partir de tres ítems positivos se supone un alto riesgo de caídas.

PERSONA MAYOR CON CAÍDA. PLAN DE ACTUACIÓN

La caída constituye en sí misma una oportunidad para valorar las causas y consecuencias de la misma, así como la posibilidad de nuevos sucesos, hecho constatado por varios autores como Lázaro del Moral. Vamos a desarrollar una breve exposición de las principales acciones que se deben llevar a cabo frente a las caídas:

Exploración física general

Es imprescindible realizar una exploración física completa que ponga especial énfasis en la exploración cardiovascular, neurológica y del aparato locomotor.

Evaluación de la fuerza muscular en miembros inferiores

Se utilizan las siguientes pruebas:

- Prueba de los flexores plantares. El paciente se mantiene de pie sobre una pierna y se pone de puntillas entre 5 y 10 veces. Se repite con la pierna contraria.
- Prueba de los extensores de la cadera. El paciente se coloca en decúbito prono sobre una camilla y levanta una pierna hacia el techo entre 3 y 5 veces. Se repite con la pierna contraria.
- Prueba de los abductores de la cadera. El paciente permanece de pie detrás del respaldo de una silla y, mientras utiliza sus dedos para apoyarse levemente sobre el respaldo, lentamente levanta una pierna durante 5 s. Se repite con la pierna contraria. La caída de la pelvis hacia el lado que no carga el peso indica debilidad muscular.

Existen otras pruebas clínicas para la patología ósea, articular y muscular que se deben realizar en función de los síntomas que presente el paciente que ha tenido una caída, descritas por Buckup.

Exploración de los órganos de los sentidos

- Exploración del sistema visual. Se valoran la agudeza visual, la visión cercana y el campo visual. Se medirá la agudeza visual en cada ojo por separado y, si el paciente utiliza gafas, se hará con ellas puestas. Para valorarla se necesita un optotipo sencillo en forma de cartel con letras.
- La campimetría por confrontación permite detectar alteraciones groseras en el campo visual: cuadrantanopsias, hemianopsias y la disminución concéntrica del campo visual (glaucoma crónico). El examen del fondo de ojo permitirá detectar la presencia de retinopatía diabética o hipertensiva. Es importante realizar preguntas de cribado con el fin de descartar patología oftalmológica. Se interrogará

sobre las siguientes cuestiones: antecedentes patológicos sistémicos (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad vascular neurológica que repercuta en la visión); antecedentes patológicos oftalmológicos (traumatismo o cirugía ocular previa), además de la historia farmacológica (es preciso estar alerta sobre los posibles efectos secundarios de algunos fármacos).

- Exploración del sistema auditivo. Permite explorar la percepción a través de la vía aérea y de la vía ósea y comparar ambas. Percepción de la vía aérea: mide la transmisión del sonido en el conducto auditivo externo. Se puede valorar midiendo la percepción de la voz humana (la voz cuchicheada debe oírse en condiciones normales a 2 m y la voz alta a 5 m).
- Percepción ósea. Se utiliza un diapasón de 128 Hz que se coloca en la línea media del cráneo. Cuando la audición es normal se oye igual por los dos lados. Si hay una sordera unilateral de transmisión (por afectación de la vía aérea), el paciente oirá mejor en el lado sordo. Si hay una sordera de percepción (por afectación neurosensorial), oirá mejor por el oído sano.
- Comparación de la percepción aérea y ósea. Se coloca el diapasón delante del pabellón auricular y, cuando deja de oírse, se coloca en la línea media del cráneo. En condiciones normales, la percepción aérea es mejor que la ósea: es lo que se denomina Rinne positivo. Cuando se trata de una sordera de transmisión, el paciente oye mejor por la vía ósea que por la vía aérea: Rinne negativo. Si el paciente tiene una sordera de percepción, se afecta tanto la vía ósea como la aérea, y si la relación entre ambas se mantiene normal es el denominado Rinne positivo patológico.

Exploración del equilibrio y la marcha

Las pruebas básicas de utilidad en esta exploración son las siguientes: evaluación del nistagmo, detección de asimetrías, valoración de la marcha, evaluación neurológica y exploración de las limitaciones osteomusculares. Existen seis pruebas sencillas y rápidas que en un primer tiempo permiten examinar el estado del equilibrio del paciente de edad avanzada:

- Test de Romberg. El paciente se coloca en ortostatismo y bipedestación, con los ojos cerrados. La duración máxima de la prueba es de 30 s y se valora la caída rápida o lenta hacia un lado, hacia ambos de manera variable o hacia atrás.
- Evaluación cronometrada de la estación unipodal. Se mide la duración máxima del equilibrio manteniéndose sobre un solo pie, sin ningún apoyo y sin separar los brazos. Se permiten hasta cinco ensayos, y la duración máxima de la prueba es de 30 s. A partir de los 60 años, el paciente debe permanecer como mínimo 5 s con los ojos cerrados. En el estudio de Vellas et al., se relacionó la incapacidad para mantener el equilibrio más de 5 s con las caídas que dan lugar a lesiones, pero no con todas las caídas globalmente. En el estudio de Hurvitz et al., se consideró que una estancia sobre un solo pie menor de 3 s se asociaba a una historia de caídas (sensibilidad del 91% y especificidad del 75%).
- Escala de Tinetti: técnica descrita anteriormente.
- Test *get up and go:* técnica descrita anteriormente.
- Test *timed get up and go* (TUG): es una modificación del test anterior. Se cronometra el tiempo que tarda el anciano en levantarse de una silla con apoyabrazos, caminar 3 m, dar la vuelta y volver a sentarse en la silla. El TUG posee una correlación muy alta con respecto a la velocidad de la marcha (r = 0,55) y la puntuación en la escala de Tinetti (r = 0,55). El resultado del TUG en una población de sujetos sanos, autónomos y no hospitalizados es de 8 s (desviación estándar [DE]: 2), 9 s (DE: 3) y 10-11 s (DE: 3) en grupos de edad de 60-69, 70-79 y 80-89 años, respectivamente. Al comparar una población control con otra de sujetos que se habían caído en una o más ocasiones, el valor del TUG es significativamente diferente, y el punto de corte que diferencia ambas poblaciones es de 20 s. Para los pacientes que se habían caído en varias ocasiones el valor fue de 29 s. Los factores que influyen en los resultados son: empleo de ayudas técnicas, tipo de calzado, tipo de silla desde la que se inicia el movimiento y postura que adopta el tronco del sujeto. En relación con esto último, la capacidad funcional del sujeto es mucho peor en los que tienen una cifosis torácica exagerada con un TUG claramente patológico.
- Prueba de alcance funcional: técnica descrita anteriormente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Exploración de las causas y consecuencias de la caída

En este apartado se puede indagar sobre:

- Número de caídas que ha presentado el paciente en los últimos 3 y 6 meses. Este dato no siempre es fácil de obtener, ya que con frecuencia el anciano olvida las caídas previas o no comunica que las ha presentado si no han tenido alguna consecuencia seria.
- Lugar de la última caída. La mayoría de las caídas ocurren en el domicilio habitual del paciente.
- Otra información interesante acerca de la iluminación del lugar de la caída, las condiciones del suelo y si estaba presente algún objeto o animal capaz de favorecer la caída.
- Actividad que estaba realizando en el momento de tener la caída.
- Igualmente se debe preguntar sobre la mecánica de la caída y los síntomas que la han acompañado: disnea, sensación de inestabilidad, debilidad, dolor torácico, pérdida de conocimiento, déficit neurológico, movimientos involuntarios, relajación de esfínteres, etc.
- Un apartado importante son las consecuencias de las caídas previas, tanto de tipo físico como psíquico, donde es posible que aparezca el miedo a volver a caer y déficits físicos.
- Un dato importante es el tiempo de permanencia en el suelo, ya que es un marcador de mal pronóstico.
- La valoración de los factores de riesgo individuales (biomédicos, funcionales, mentales, sociales). Aquí se incluye la evaluación biomédica y se recogen las patologías agudas y crónicas, especialmente las que afectan al sistema cardiovascular, neurológico y osteomuscular. Se debe anotar el tipo de fármacos y se comprobará si se están consumiendo en las dosis adecuadas y que el paciente no se esté automedicando. Asimismo, se debe interrogar al paciente sobre el consumo de alcohol y tabaco. El estado nutricional es también fundamental en los pacientes con este síndrome geriátrico, que incluye datos sobre la masa y la fuerza muscular. La evaluación funcional recoge la situación física del paciente; diversos estudios han puesto de manifiesto la asociación que existe entre la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y un mayor riesgo de caídas. La evaluación mental y psicoafectiva es otro elemento sustancial, el deterioro cognitivo de cualquier origen y los estados depresivos son situaciones que se asocian a caídas; se pueden utilizar escalas de valoración, como la escala de depresión geriátrica (GDS), que ha demostrado su utilidad para discriminar a los ancianos deprimidos. La evaluación social incluye datos sobre el cuidador principal, las características de la vivienda y los recursos sociales que dispone el paciente. Finalmente, es importante conocer la presencia de otros síndromes geriátricos y su asociación con caídas de repetición.
- Evaluación del entorno: se deben revisar las características de los suelos, el mobiliario y la iluminación. El profesional establecerá las modificaciones ambientales orientadas a disminuir el riesgo de caídas.
- Realización de exploraciones complementarias: hay que adecuarlas a cada caso concreto. La evaluación clínica orientará sobre el tipo de exploraciones complementarias necesarias: hemograma, glucemia, iones, hormonas tiroideas, vitamina B_{12}, electrocardiograma, etc. En algunos pacientes son necesarias pruebas de laboratorio en el estudio de los trastornos del equilibrio y la marcha (audiometría, electronistagmografía, posturografía).

Tras la realización de una valoración completa, las anomalías detectadas en el paciente se deben recoger o modificar al máximo: alteraciones visuales, propioceptivas, vestibulares, osteomusculares, consumo de fármacos. Actuar sobre los factores de riesgo de una manera personalizada constituye la base para cualquier programa de intervención y prevención. Es fundamental el seguimiento de los pacientes que se caen para saber si nuestra intervención ha sido eficaz. Se deben registrar las nuevas caídas y detectar si el paciente presenta consecuencias a largo plazo (síndrome poscaída) durante el seguimiento. Tras la valoración completa del anciano que presenta caídas de repetición, hay que ser capaces de saber ubicar al paciente en el nivel asistencial más adecuado: consultas externas, hospital de día, unidad de media estancia, unidad de agudos. La ubicación dependerá de la clínica y situación social del paciente.

Valoración del riesgo de lesiones severas y daños de la caída

En todo anciano que se cae es fundamental valorar si presenta o no osteoporosis y tratar

adecuadamente esta patología para prevenir fracturas. Numerosos factores se asocian a riesgo elevado de fractura osteoporótica. Podemos clasificarlos en óseos (relacionados con la resistencia ósea) y extraóseos (relacionados con riesgo de caídas o traumatismo). La prevención de las fracturas incluye reducir el número de caídas, minimizar el traumatismo asociado a estas y aumentar la resistencia ósea en todas las edades, factores descritos por Wehren.

INTERVENCIONES PREVENTIVAS

Las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción para la Salud (PAPPS) para la prevención de caídas en el ámbito de atención primaria y descritas por la Sociedad Española de Medicina Comunitaria son: 1) practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular; 2) aconsejar a los cuidadores y las personas mayores sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas que incluya: la práctica de ejercicio físico, la reducción de los peligros ambientales y la monitorización de la medicación; 3) en personas mayores con alto riesgo de caída se aconseja realizar una intervención multifactorial intensiva, individualizada, y domiciliaria si hubiera recursos disponibles que incluya ejercicio físico, revisión del estado de salud, de la medicación psicótropa y del entorno, y 4) en los que han sufrido una caída en los últimos 3 meses o con caídas de repetición: preguntar sobre la caída previa y valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída además de un programa individualizado de intervención multifactorial y medidas de rehabilitación.

La revisión sistemática realizada por Laguna-Parras sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos hospitalizados concluye que las medidas preventivas que han demostrado eficacia han sido el uso correcto de medidas de protección, el establecimiento de unos parámetros para la identificación de los posibles factores de riesgo que puedan ocasionar una caída y evaluar la frecuencia de estas, establecer una escala de atención de la dependencia y compararla con el modelo de factores de riesgo, analizar los factores de riesgo extrínsecos que las favorecen, realizar una puntuación para identificar a los pacientes con alto riesgo, establecer un programa de intervención de caídas y desarrollar estrategias para la prevención de estas. En cambio, las medidas preventivas que no han demostrado eficacia son las que están relacionadas con la elaboración de un plan de cuidados en grupo, una intervención multifactorial, la vigilancia del paciente por vídeo y/o monitores, la intervención sobre cuidadoras, la intervención de fisioterapeutas, los sistemas de detección y la identificación de las restricciones de las actividades por miedo a caer.

En la práctica clínica enfermera, el diagnóstico, el enfermero y el riesgo de caída se corresponden con una serie de intervenciones aconsejadas en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), destinadas a intervenir sobre aquellos factores de riesgo relacionados con este diagnóstico enfermero.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aceituno Gómez J. Efectividad del uso combinado de varias escalas para medir el riesgo de caídas en ancianos. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 2008;11:60-7.

Allum JH, Shepard NT. An overview of the clinical use of dynamic posturography in the differential diagnosis of balance disorders. J Vestib Res. 1999;9:223-52.

Alvear PA, Carmona CD. Descripción de la independencia funcional, equilibrio y depresión de los pacientes con enfermedad de Parkinson pertenecientes a la liga chilena contra el mal de Parkinson (tesis doctoral). Chile: Universidad de Chile; 2005.

Amin SH, Kuhle CL, Fitzpatrick LA. Comprehensive evaluation of the older women. Mayo Clin Proc. 2003;78:1157-85.

Armstrong GK, Morgan K. Stability and change in levels of habitual physical activity in later life. Age Ageing. 1998;27:17-23.

Buckup K. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson Ediciones; 1997.

Bueno A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. Med Clin (Barc). 1999;112:10-5.

Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC. 5.ª edición. Madrid; Mosby: 2009.

Burker EJ, Wong H, Sloane PD, Mattingly D, Preisser J, Mitchell CM. Predictors of fear of falling in dizzy and nondizzy elderly. Psychol Aging. 1995;10:104-10.

Campell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson SL, Briwb JS. Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. Age Ageing. 1990;136-41.

Casado-Marín D. La atención a la dependencia en España. Gaceta Sanitaria. 2006;20:135.

Cumming RG, Thomas M, Szonyi G. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomised trial of falls prevention. J Am Geriatr Soc. 1999;47:1397-402.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

García JF, Antón C. Factores de riesgo y consecuencias de las caídas en los residentes de un centro geriátrico asistido. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1994;29:25-30.
Gómez Pavón J. Prevenir la dependencia en las personas mayores, objetivo común de todos los profesionales y gestores de la salud. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:1-3.
Guerra RO, Villaverde C, Coelho G, Tirdo B, Ruiz CA, Ruiz R, et al. Geriatrika. 2003;32:86-91.
Hirose D, Ishida K, Nagano Y, Takahashi T, Yamamoto H. Posture of the trunk in the sagital plane is associated with gait in community-dwelling elderly population. Clin Biomech. 2004;19:57-63.
Hurvitz EA, Richardson JK, Werner RA, Ruhl AM, Dixon MR. Unipedal stance testing as an indicator of fall risk among older outpatients. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81:587-91.
Instituto Nacional de Estadística. Avance del padrón municipal a 1 de enero de 2009. Consulta en octubre de 2009. 2020-2050: Proyecciones de la población calculadas a partir del censo de población de 2001.
Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra López F, Carrascosa-García MI, Luque Martínez M, Alejo Esteban JA, García-Fernández FP. Intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. Gerokomos. 21:97-107.
Lázaro del Nogal M, et al. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolo de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40:54-63.
Lázaro M, González-Ramírez A, Palomo-Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40:54-63.
Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. Age Ageing. 2006;35:55-9.
Martín Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria; recomendación. Aten Primaria. 2005;36(5):273-7.
Méndez JL, Zunzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. Med Cli (Barc). 1997;108:128-32.
Moreno-Martínez NR, Ruiz Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vásquez-Mata G. Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40:11-7.
Myers AM, Powel LE, Maki BE, Holliday PJ, Brawley LR, Sherk W. Physiological indicators of balance confidence: relationship to actual and perceived abilities. J Gerontol. 1996;51:72-84.
Neira M, Rodríguez-Mañas L. Caídas repetidas en el medio residencial. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41(4):201-6.
Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: Systematic review and meta-analyses. BMJ. 2007;334:82.
Párraga Martínez I, Navarro Bravo B. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Gaceta Sanitaria. 2010;24(6):453-9.
Pérula de Torres CJ, Pérula de Torres LA. Valoración de una revisión sistemática sobre la incidencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas de los ancianos en España. Evidentia. 2009;6:26-31.
Podsiadlo D, Richardson S. "The Timed Up and Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39:142-8.
Salgado R, Lord S, Packer J, Ehnbich F. Factors associated with falling in elderly hospital patients. Gerontology. 1994;40:325-51.
Salvá A, Bolibar I, Pera G, Arias C. Incidence and consequences of falls among elderly people living in the comunity. Med Clin (Barc). 2004;12:172-6.
Séculi E, Brugulat P, March J, Medina A, Martínez V, Tresserras R. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Aten Primaria. 2004;34:178-83.
Servicio Andaluz de Salud. Examen de salud para mayores de 65 años. Sitio en internet. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp. (Consultado el 1 de junio de 2011).
Shaw FE. Falls in cognitive impairment and dementia. Clin Geriatr Med. 2002;18:159-73.
Steffon TM, Hacker TA, Mallinger L. Age-and genders related test performance in community dwelling elderly people. Phys Ther. 2002;82:128-37.
Tideiksaar R. Prevención de las caídas: identificar los factores de riesgo reduce las complicaciones. Modern Geriatrics. 1996;8:205-10.
Vellas B, Faisant C, Lauque S, Sedeulh M, Baumgartner R, Andrieux JM, et al. Etude ICARE: investigation sur la chute accidentals recherché épidemiologique. L'Année Gerontologique. 1995;9:423-36.
Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LR, Baumgartner NR, Rubenstein LZ, Garry PJ. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 1997;45:735-8.
Wehren LE. The epidemiology of osteoporosis and fractures in geriatric medicine. Clin Geriatr Med. 2003;19:245-58.
Yessavage JA, Bring TL, Rose TL, Adey M. Development and validation of a geriatric depression rating scale. A preliminary record. J Psych Res. 1983;17:37-49.

C A P Í T U L O 4

Aerosolterapia-nebulizadores

Antonio Vicente Valero Marco

GENERALIDADES

Los nebulizadores son aparatos que rompen la tensión superficial de los líquidos generando partículas de aerosol de diferentes tamaños, creando una fina niebla, que penetra en la vía aérea con la inspiración, mediante una mascarilla facial o una boquilla.

Entre el 10-20% del fármaco se deposita en el árbol bronquial.

Importancia de la vía inhalatoria

- El fármaco va directo al órgano a tratar, el pulmón.
- Se utilizan dosis pequeñas de fármaco.
- La acción, en el caso de los broncodilatadores, es prácticamente inmediata.
- Prácticamente no tiene efectos secundarios.
- Mejor distribución del fármaco en la vía aérea
- Mayor comodidad para el paciente.
- Mejor relación coste-beneficio.

Factores que influyen en el depósito de fármacos en la vía aérea

Los factores que influyen en el depósito del fármaco en la vía aérea son:

- El generador de aerosol: las partículas emitidas por el generador con un diámetro de masa media aerodinámica (DMMA) superior a 5 micras chocan contra la superficie de la vía aérea y se depositan mediante el mecanismo de impactación; la cantidad de fármaco depositada es directamente proporcional al tamaño de las partículas y a su velocidad. Las partículas con este tamaño y este mecanicismo, se depositan, principalmente, en las vías aéreas superiores, bronquios principales y sus bifurcaciones. Las partículas, de 1 a 5 micras de DMMA se depositan en los bronquios más distales y de pequeño diámetro, mediante el mecanismo de sedimentación (por efecto de la gravedad). Este mecanismo es directamente proporcional al tamaño de la partícula e inversamente proporcional a su velocidad. Las partículas menores de 1 micra de DMMA, se inhalan y exhalan con la respiración.
- Las características de los pacientes:
  - Flujo inspiratorio:
    - Flujos inspiratorios > 100 l/min, favorecen el depósito por impactación.
    - Flujos inspiratorios < 30 l/min, favorecen el depósito por sedimentación.
  - Volumen inspirado:
    - Un volumen bajo impide la correcta penetración del fármaco.
    - Un volumen elevado permite la entrada, en la vía respiratoria, de gran cantidad de fármaco.
  - Anatomía del aparato respiratorio:
    - Las malformaciones bronquiales, congénitas o adquiridas dificultan la penetración y distribución del aerosol.
  - Apnea postinhalatoria:
    - Una apnea postinhalatoria mayor de 10 s favorece el depósito del aerosol por el mecanismo de sedimentación.

Factores que afectan al rendimiento de un nebulizador

- Diseño de la cámara de nebulización.
- Las características del compresor y el flujo del gas conductor.
- Volumen de llenado del medicamento al comienzo de la nebulización.
- Viscosidad y concentración de la solución del fármaco.
- Volumen residual de la solución.
- Tiempo de administración.

Tiempo

El tiempo de nebulización depende del nebulizador, del compresor, del volumen y de la viscosidad de la solución.

El tiempo oscila dependiendo de los fármacos a nebulizar. Los broncodilatadores oscilan entre

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

10 y 15 min y, con antibióticos o corticosteroides, entre 15 y 25 min.

Cuando aparece un «aleteo» característico durante la nebulización (esta alcanza el volumen residual [VR]), se debe continuar aplicando durante 1 min más y después retirar.

Disolvente

La inhalación de soluciones hiper- o hipotónicas puede producir una broncoconstricción en los enfermos con hiperreactividad bronquial, por tanto, la solución debe ser isotónica y los solventes a usar son el agua bidestilada estéril o suero fisiológico estéril.

Volumen

El volumen mínimo inicial de llenado (formado por el volumen del disolvente más el volumen del fármaco, que se pone inicialmente en la cámara nebulizadora) dependerá del VR de la cámara del nebulizador, y que varía dependiendo del fabricante. A mayor VR mayor volumen de llenado inicial.

Para nebulizadores con un VR mayor de 1 ml, se aconsejan volúmenes iniciales de 4 ml.

Volúmenes menores aumentarían la viscosidad de la solución, lo que dificulta la nebulización. Volúmenes mayores prolongan el tiempo de nebulización sin mejorar significativamente el rendimiento y favorecen un menor cumplimiento terapéutico por el paciente.

Durante la nebulización se produce un aumento progresivo de la concentración del medicamento al mismo tiempo que se produce la evaporación del disolvente.

INDICACIONES

- Necesidad de administrar por vía inhalatoria altas dosis de un medicamento.
- Pacientes no controlados con inhaladores.
- Fármacos que solo están disponibles en forma líquida.
- Enfermos que no son capaces de usar correctamente los diversos dispositivos de inhaladores y no han podido ser aleccionados mediante educación sanitaria.

VENTAJAS

- Útil en enfermos graves.
- Se precisa menor colaboración del paciente.
- Posibilidad de administrar fármacos: no disponibles en inhaladores, en dosis más elevadas.
- Se pueden administrar conjuntamente varios medicamentos.
- Compatible con distintas formas de oxigenoterapia y ventilación asistida.
- Humidificación de las vías aéreas.
- No utilizan propelentes.

INCONVENIENTES

- Escaso control de la dosis del fármaco inhalado.
- Riesgo de hiperreactividad bronquial (broncoconstricción paradójica) por soluciones hipotónicas o frías.
- Requiere más tiempo para su administración.
- Difícil transporte.
- Requiere de una fuente externa de energía para su administración.
- Riesgo de contaminación.
- Coste elevado.
- Algunos modelos son ruidosos.
- Precisan de un mantenimiento correcto.

COMBINACIÓN DE FÁRMACOS

Hay que asegurarse de que la mezcla es compatible y estable, comprobando que la disolución no altera su aspecto físico ni origina una modificación de los componentes.

Los broncodilatadores y los corticoides se pueden administrar juntos. La N-acetilcisteína puede oxidarse con facilidad y, por tanto, no se debe utilizar en nebulizadores con partes metálicas y, se aconseja no guardar las ampollas una vez abiertas ni usar mezclas ricas en oxígeno para su nebulización; la N-acetilcisteína puede producir broncoespasmo, por lo que se aconseja administrarla junto con un agonista β_2-adrenérgico

ERRORES FRECUENTES EN EL MANEJO DE LOS NEBULIZADORES

- Emplear diluciones y dosis de medicación incorrectas.
- Dejar que la nebulización consuma de la solución, sin dejar el VR.
- Mantener un tiempo de nebulización exagerado.

TIPOS DE NEBULIZADORES

Según el mecanismo de generar el aerosol, se dividen en dos tipos:

- Nebulizadores neumáticos, de pequeño o de gran volumen.
- Nebulizadores ultrasónicos.

Nebulizadores neumáticos de pequeño volumen o micronebulizadores

En el nebulizador neumático el aire, al entrar a gran presión, provoca una fragmentación del líquido, produciendo unas pequeñas gotas que son conducidas hacia el exterior del nebulizador por el flujo de aire.

El diseño del nebulizador, sus tubuladuras, el uso de mascarilla o boquilla y las características de la respiración del paciente influyen en la cantidad de fármaco inhalado.

En los pacientes con crisis severa de asma se aconseja utilizar el oxígeno como fuente de gas para nebulizar, si presentan hipoxemia. En enfermos con EPOC debe usarse aire comprimido, pues el oxígeno podría facilitar la retención de dióxido de carbono (fig. 4-1).

Procedimiento

1. Lavado de manos.
2. Preparación del fármaco.
3. Informar al paciente acerca de la técnica a realizar.
4. Colocar al paciente sentado o semisentado.
5. Administrar oxígeno al paciente, en cánula nasal, si es portador de oxigenoterapia y se utiliza otra fuente generadora del aerosol diferente (aire comprimido).
6. Evitar puntos de presión y erosiones en el caso de utilización de mascarilla.
7. Conectar la cazoleta nebulizadora (en posición vertical) a la fuente generadora, a la presión indicada por el fabricante.
8. Presencia física si se considera oportuno.
9. Control de las constantes vitales (sobre todo, la frecuencia cardíaca y la respiración).
10. Detectar tolerancia al fármaco y/o la aparición de efectos secundarios (cefalea, nerviosismo, taquicardia, arritmias, etc.).
11. Retirar la mascarilla nebulizadora o boquilla, al minuto de haber comenzado el aleteo característico, dejando el VR en la cazoleta.



FIGURA 4-1. Micronebulizador.

12. Al finalizar la aerosolterapia, si el paciente lleva oxígeno, colocárselo a los litros prescritos por el facultativo.
13. Higiene de piel facial y bucal (o colutorios) buscando eliminar restos de medicación.
14. Colocar al paciente cómodamente, siempre que su enfermedad lo permita.
15. Desechar el volumen residual que queda en la cazoleta tras su uso, posteriormente desmontarla y lavarla junto con la mascarilla o boquilla con agua caliente y jabón; aclarar con agua y secar minuciosamente, posteriormente dejar en un lugar seco y limpio.
16. Cambiar diariamente la cazoleta, si el material es desechable.

Nebulizadores neumáticos de gran volumen

El funcionamiento es similar al micronebulizador.

Está indicado como humidificador y en pacientes en fase de destete, aunque también se utiliza para administrar fármacos y para terapias a largo plazo; puede suministrar tanto vapor caliente como frío.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Precisa de flujos elevados para su funcionamiento, entre 10 y 12 l/min, salvo cuando se utiliza para humedecer el oxígeno, donde el flujo dependerá de la concentración de oxígeno (fig. 4-2).

Procedimiento

1. Lavado de manos.
2. Preparación de la solución del fármaco a administrar.
3. Informar al paciente.
4. El paciente debe estar en posición sentada o semisentada, si es posible.
5. Desenroscar el reservorio y llenarlo de agua bidestilada estéril hasta el nivel indicado.
6. Acoplar el tubo de conexión (longitud mínima entre el nebulizador y la mascarilla).
7. Conectar el tubo corrugado a la mascarilla tipo Venturi.
8. Abrir el manómetro de aire a 1-2 atm.
9. Cambiar diariamente el reservorio, si es desechable.

Nebulizadores ultrasónicos

En el nebulizador ultrasónico, las partículas son producidas por un transductor de cristal piezoeléctrico que crea unas vibraciones a alta frecuencia, que rompen la superficie del líquido produciendo una nube de partículas. Dependiendo de la frecuencia de las vibraciones dependerá el tamaño de las partículas.

Los nebulizadores ultrasónicos son más caros y pueden favorecer la aparición de broncoespasmo. Utiliza como fuente la electricidad y es el más utilizado en atención primaria.



FIGURA 4-2. Nebulizador de gran volumen.

Procedimiento

1. Lavado de manos.
2. Preparación de la solución a administrar
3. Informar al paciente.
4. Paciente en posición sentada o semiincorporada.
5. Comprobar el diafragma del recipiente nebulizador.
6. Colocar cánula nasal (2 l/min) si el paciente precisa oxigenoterapia.
7. Colocar la mascarilla o boquilla en el extremo distal según las necesidades de cada paciente.
8. Control de constantes vitales y de aparición de efectos secundarios.
9. Presencia física durante el procedimiento, si procede.
10. Desechar las tubuladuras después de cada utilización.
11. Higiene bucal del paciente y de piel facial.
12. Desechar el volumen residual que queda en la cazoleta tras su uso, posteriormente lavado junto con la mascarilla o boquilla con agua caliente y jabón; aclarar con agua y secar minuciosamente, posteriormente dejar en un lugar seco y limpio.
13. Si el equipo es desechable, cambio en cada paciente en atención primaria.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cerezo A, Margarit MV, Rodríguez IC. Aerosoles. Madrid: International Marketing Communication; 1993.

Giner J, Basualdo LV, Casan P, Hernández C, Macián V, Martínez I, et al. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. Arch Bronconeumol. 2000;36:34-43.

Marín F. Utilización de los nebulizadores en la práctica médica. Neumosur. 2004; 16,4:275-9.

C A P Í T U L O 5

Agentes de salud

María Jesús Pérez Mora

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Según el *Diccionario de la lengua española, agente* significa persona o cosa que produce un efecto; persona que obra con poder de otro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento de Atención Primaria de Salud de 1978, defiende que la población es el recurso más importante de un país, y por supuesto esto se debe entender como indiscutible en el caso de la salud de la población que conforma una comunidad; unido al argumento recogido en este mismo documento de que la salud no es algo que pueda darse «desde fuera» sino que nace en el seno de la comunidad, es en los recursos de que dispone esa sociedad en donde debemos centrar el eje de la acción.

No obstante muy pocas veces lo vemos reflejado en los programas de salud de las estructuras sanitarias, ni en el cuidado cotidiano que los profesionales prestan, o en las actuaciones de promoción de salud que llevan a cabo. Parece que trabajar **para** la comunidad sea el objetivo principal y en el que mayor satisfacción encuentran los profesionales de la salud, cuando la evidencia científica demuestra que la falta de adhesión a los tratamientos viene avalada por la falta de participación del paciente en la toma de decisiones sobre su problema de salud.

Trabajar **con** el paciente o **con** grupos de población, en lugar de **para** ellos, es lo que convierte a los ciudadanos de un país en «**agentes de su propia salud**» y en miembros del equipo de salud. En el documento de la OMS, «Salud para todos», se vincula el derecho a la salud de las personas con su derecho a participar de las decisiones que afectan a su vida y a su bienestar.

La población demuestra continuamente su capacidad para tomar sus propias decisiones en materia de salud, ello hace a las personas responsables de su propio cuidado, aumenta la confianza en su capacidad para resolverlo y son conscientes de su papel en una sociedad donde cada vez más se hace necesaria la reivindicación de la satisfacción de sus necesidades.

Toda persona debe ser considerada como **agente de su propia salud** y como potencial **agente social de salud** cuando forma parte de un grupo: familiar, profesional, social o institucional, es decir, en función del rol que en cada momento adquiera e interprete, garantizando de esta forma el buen funcionamiento de la Atención Primaria de Salud.

Una persona a lo largo de su vida toma decisiones que mejoran o perjudican su proceso de salud, para ello hace uso de sus recursos intelectuales, culturales, económicos y sociales, es decir, es capaz de producir un efecto en su salud mediante sus conductas. En todo momento está actuando como «**agente**» de su propia salud. Cuando, por falta de recursos propios debe recurrir al sistema de salud, los profesionales no podemos olvidar que aporta este bagaje de experiencias y debemos tenerlas en cuenta para trabajar **con** la persona.

En función de un rol determinado, las personas pueden ser un **agente social** de salud. Una madre o el padre, como referentes del grupo familiar, serán el agente de salud que transmitirá valores, conductas, reglas y normas de funcionamiento en temas de salud al grupo, actuando con poder de este.

Un maestro o una maestra son el primer **agente de salud** en la comunidad educativa. Nadie como los maestros conoce a los niños con los que trabajan; sus hábitos, sus recursos, sus capacidades. Cualquier intervención de los profesionales de salud en un entorno escolar debe partir de las necesidades detectadas y manifestadas por el grupo de maestros. Intervenir intentando promover la salud de los niños sin contar con los agentes de salud que son los maestros, probablemente

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

nos lleve al fracaso o, en el mejor de los casos, a intervenciones esporádicas sin continuidad.

La sociedad es consciente de que mediante la unión de personas que perciben una misma necesidad no satisfecha es más fácil conseguir resultados que luchando en solitario. La asociaciones ciudadanas, de pacientes, de familiares de enfermos de ciertas patologías y los sindicatos son recursos que la sociedad se ha otorgado para poder organizar la participación en la solución de sus problemas, sean de la índole que sean.

El compromiso demostrado por estos grupos organizados es un recurso inestimable para apoyar los progresos en salud que los profesionales debemos identificar para que la sociedad no desaproveche las virtudes de cada uno de estos agentes

En cada uno de estos grupos, siempre hay un líder, que puede asumir el rol de **agente de salud.** Es con este agente de salud con el que los profesionales deben trabajar en sus intervenciones comunitarias de promoción de salud, de prevención de las enfermedades, de rehabilitación y reinserción en la sociedad. No es difícil identificar a los agentes de salud en cualquier grupo social, si somos capaces de interiorizar el papel protagonista de los ciudadanos en materia de salud.

Algunos ejemplos de la participación de los agentes de salud en la solución de problemas sociales y de salud los tenemos en «El informe sobre la salud en el mundo» de la OMS donde se recoge el papel de los agentes de salud en la pandemia de VIH/SIDA, en EE. UU. Fue a través de la intervención de estos grupos como se consiguió movilizar las conciencias, los recursos económicos y la coordinación de las investigaciones científicas, y más tarde las personas afectadas trabajaron como agentes de salud para que el tratamiento retroviral pudiera extenderse al mayor número de personas. También muchas mujeres profesionales del sexo han asumido un papel de agentes de salud entre sus colegas, sin su implicación y participación probablemente los resultados no habrían sido los mismos.

En nuestro país tenemos algunos trabajos publicados sobre la labor de los agentes de salud y sus resultados, temas como la cobertura vacunal en población infantil gitana, el papel de los agentes de salud en población inmigrante y la adhesión al tratamiento de la tuberculosis pulmonar, las mujeres mastectomizadas y su papel de ayuda a otras mujeres afectadas, entre otros.

FUNCIONES DE LOS AGENTES DE SALUD

¿Qué cometido deben tener los agentes de salud? En primer lugar, un agente de salud debe ser capaz de identificar los riesgos para la salud de conductas no saludables, detectar cambios en el proceso de salud, además debe poder observar y vigilar si las intervenciones se llevan a cabo y si progresan los resultados en la medida esperada para terminar ayudando a valorar si ha habido un impacto en la salud debida a la intervención.

Para ello deben ser formados en aspectos que permitan su participación, y es aquí donde el profesional de la salud debe intervenir a través de los recursos profesionales, de la educación para la salud y de la educación sanitaria.

El agente de salud, una vez preparado, será capaz de transmitir formas de vivir la salud y conductas saludables acordes con su cultura, sus valores y principios. Será capaz de observar las posibles desviaciones, de ayudar en momentos de crisis a otras personas y de ser referente de salud para su comunidad y para el sistema de salud.

De esta forma de trabajo en equipo, se benefician, por un lado, la comunidad que verá reforzada su capacidad de participación, su desarrollo social y la mejora de su calidad de vida, y de otro, los profesionales del sistema de salud porque verán legitimadas sus actuaciones en la respuesta de compromiso con la salud de los ciudadanos.

PERFIL DE LOS AGENTES DE SALUD

Las características que debiera reunir un agente de salud son muy amplias, pero podemos recoger algunas que consideramos básicas. Debe tener capacidad de comunicación con otros sectores de la comunidad, capacidad de escucha, habilidades de comunicación, capacidad de compromiso, tener iniciativa y madurez emocional, capacidad para adquirir los conocimientos específicos en materia de salud, mantener una actitud vigilante sobre el desarrollo de la salud del grupo, además debe ser una persona que cuente con el reconocimiento del grupo con el que debe trabajar y al que debe representar.

PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de su papel de defensa del principio de participación comunitaria, característica prioritaria de la Atención Primaria de Salud, no podemos hacer dejación de esta responsabilidad. Debemos movilizar las conciencias para establecer los cauces de participación donde no los haya, utilizar los ya existentes en las comunidades con experiencia de participación social, desarrollar nuevas formas de implicación de los ciudadanos con su salud y potenciar el empoderamiento de las personas, porque nadie mejor que ellas conocen qué, cómo, cuándo y dónde se desarrolla su proceso de salud.

En cuanto a su papel de educadores de agentes de salud, debe partir de la identificación de las necesidades formativas del grupo, y elaborar objetivos y actividades encaminadas a formar a los agentes en la identificación de problemas, de factores de riesgo, en actuaciones de promoción de salud y reinserción social a un nivel básico y capacitarlos para distinguir situaciones de alerta que deban recibir atención de los profesionales del sistema de salud.

Los contenidos de esta actividad deberán partir de las necesidades emanadas del grupo mediante diferentes formas de identificación en las que se profundiza en varios capítulos de esta publicación: participación comunitaria, diagnóstico de salud, educación para la salud. Todos los contenidos deberán poderse relacionar con cada uno de los objetivos que se desee alcanzar en este trabajo conjunto de profesionales y agentes de salud.

Toda actividad encaminada a la transmisión de conocimientos en materia de salud a un grupo de agentes de salud determinado, debe llevarse a cabo en el seno de esa comunidad, es necesario acercarse a la población con la que debemos trabajar y ello implica que el movimiento lo deben hacer los profesionales de la salud, no conviene sacar a los agentes de su entorno habitual, utilizando para ello las estructuras físicas y los organismos más cercanos, como un centro cívico, una escuela, un establecimiento colaborador en los que no haya que movilizar recursos económicos. En ello descansa la fuerza de «lo público».

LECTURAS RECOMENDADAS

Documento técnico para el trabajo con los agentes de salud comunitario. [Consultado el 16 de octubre de 2012.] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgps/documentos/Doc_tec_ACS.pdf.

Ibáñez Molina M, et al. Estudio de la cobertura vacunal e intervención con agentes de salud comunitarios en población infantil marginal gitana de Alicante. Rev Atención Primaria. 2003;31(4):234-8.

Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en atención primaria de salud. Informe del grupo de estudios de la OMS. Ginebra, diciembre de 1987.

Potenciación del papel de la comunidad y salud pública: forjar el futuro. OMS. Programas y proyectos. Informe sobre salud en el mundo 2004. Capítulo 3.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 6

Declaración de Alma-Ata

María Jesús Pérez Mora y José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

Toda acción de una entidad, institución u organismo social responde a un contexto estructural o coyuntural que obliga a la toma de decisiones en la materia que les ocupa.

En 1973, la llamada crisis mundial del petróleo supuso para organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) la necesidad de posicionarse y trabajar sobre medidas necesarias para intentar garantizar la protección de la salud de todas las personas del planeta ante la perspectiva económica en la que estaban inmersos todos los países, desarrollados y en vías de desarrollo.

La OMS, en esos momentos dirigida y asesorada por un colectivo progresista de defensores de la salud pública consciente de la situación (Vuöri, 1984), junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la UNICEF, promueve, en 1978, la Conferencia de Alma-Ata (OMS, 1983). En ella participarán 134 países y 67 organizaciones internacionales. Durante su celebración se llegará a la ratificación de los acuerdos de la 28.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada 2 años antes (OMS, 1983: 2). Estos acuerdos formarán parte del documento final fruto del trabajo de sus participantes. El 12 de septiembre de 1978 nace la declaración de Alma-Ata, cuyo lema fue «Salud para todos en el año 2000» (SPT). En ella se establece la salud como un derecho fundamental de las personas y se defiende que la estrategia para conseguir el mejor nivel de salud de los pueblos a un coste que la población pueda sostener, pasa por el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS), tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo (OMS, 1984).

Así, el comité de expertos de la OMS para la elaboración de una estrategia que garantizara el desarrollo de un sistema de salud capaz de mantener, proteger, promover y recuperar la salud, de prevenir las enfermedades y rehabilitar y reinsertar a las personas estableció en mayo de 1977 que:

> «El principal objetivo de carácter social para los Gobiernos y para la OMS durante los próximos decenios es conseguir, de aquí al año 2000, que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que les permita desarrollar una vida social y económicamente productiva».

Un año más tarde, se celebró en Alma-Ata la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria.** En ella se reiteró la vigencia del concepto de salud que había dado la OMS en 1946; asimismo, se instó a todos los países a desarrollar estructuras basadas en un importante desarrollo de la atención primaria, y se la defendió de este modo:

> «Es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por los medios que les sean aceptables con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.»

ANTECEDENTES

Durante las primeras dos décadas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo de la tecnología dio un vuelco en las tendencias de la prestación sanitaria. La tecnología incorporada a los sistemas de salud marcó un cambio importante. Hasta ese momento la atención sanitaria estaba centrada en la enfermedad, como resultado del contacto de la persona con elementos patógenos y la respuesta del enfermo frente a ella.

Estos cambios se perciben en mayor medida en los países desarrollados, la industria farmacéutica y los equipos médicos de alta tecnología

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

consiguen inmensos beneficios en grupos determinados de pacientes con un incremento del gasto sanitario dirigido a la atención hospitalaria.

El gasto en infraestructuras sanitarias se centra en la adquisición de nuevas tecnologías que facilitan los diagnósticos y los tratamientos dentro del ámbito de la medicina especializada, en el interior del recinto hospitalario. Las inversiones en el nivel extrahospitalario apenas absorben el 35% del total de los recursos, siendo así que el acceso de la población a los servicios primarios es del 60 frente al 20% que acude al hospital, y se percibe que un 20% de la población no acude al sistema sanitario. Esta situación, en la que se invierte más en el nivel que menos utiliza la población, se denomina «financiación de recursos inversos».

No obstante, en estos decenios se puede observar cómo se va generando un cambio en los patrones epidemiológicos de los países desarrollados.

Las enfermedades infecciosas son controladas, aparece un aumento de la esperanza de vida y con ella el incremento de enfermedades degenerativas y de las relacionadas con los estilos de vida, en las que la alta tecnología apenas interviene. La situación de los indicadores de salud global de los países desarrollados no justifica la inversión en tecnología, mientras que es responsable de la falta de sostenibilidad económica del sistema sanitario.

En los países en desarrollo también se observan cambios importantes, la reducción en algunos puntos de la mortalidad de las mujeres a causa del parto y de la mortalidad infantil que parece esclarecer un horizonte de esperanza.

Sin embargo, las desigualdades que los indicadores de salud evidencian, no solo entre países desarrollados y países en desarrollo sino entre los ciudadanos de un mismo país, son muy claras y las diferencias en el acceso a los servicios de salud y recursos sociales se hacen tan evidentes que el comité de expertos de la OMS se plantea la necesidad del estudio de la situación mundial en materia de APS y de establecer directrices para todos los gobiernos del mundo.

De esta forma el 12 de septiembre de 1978, como resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, se emite una declaración a la que conocemos como **declaración de Alma-Ata,** que establece las bases para el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud en todos los países del mundo, que garanticen la protección, la promoción y el mantenimiento de la salud de todos los ciudadanos.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

El 12 de septiembre de 1978, la Conferencia Internacional redacta en 10 puntos sus conclusiones sobre la forma de responder a la situación en materia de salud del mundo, que a continuación exponemos.

Artículo I

La salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de las personas y no solo la ausencia de enfermedad. Ratificando así la definición de salud de la OMS de 1948.

La salud es un **derecho fundamental** de las personas.

El objetivo social del mundo es alcanzar el **mayor grado de salud posible** de cada pueblo.

La consecución del objetivo depende del **trabajo multisectorial** de los organismos sociales y económicos además de los de salud.

Artículo II

Las **desigualdades** existentes son política, económica y socialmente **inaceptables.**

Artículo III

El desarrollo económico y social basado en el nuevo orden económico internacional es necesario para **reducir las diferencias.**

La **protección y promoción de la salud** de los pueblos es indispensable para el desarrollo económico y social sostenido y contribuye al aumento de la **calidad de vida y a alcanzar la paz mundial**.

Artículo IV

La **participación** de los ciudadanos individual y colectivamente en la planificación y aplicación de los recursos para la atención a la salud es **un derecho y una obligación.**

Artículo V

La **responsabilidad y obligación** de cuidar de la salud de los pueblos **corresponde a los gobiernos,** y para ello declara que:

> «[...] todos los pueblos del mundo alcancen en el **año 2000 un nivel de salud** que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.»

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

«La **Atención Primaria de Salud** es la clave para llevar a cabo esa meta, como parte del desarrollo conforme al espíritu **de justicia social**.»

Artículo VI

Define la APS como la asistencia sanitaria esencial, basada en metodología y tecnología práctica científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de la población mediante su plena participación a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, y que cada una de las etapas del desarrollo de los individuos sean vistas desde la autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte del Sistema Nacional de Salud al que pertenece, del que es núcleo principal y constituye la función central del desarrollo social y económico de la comunidad.

La APS es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, cercano a donde la población vive y trabaja, y es el primer elemento del proceso permanente de asistencia sanitaria.

Artículo VII

La APS:

- Está basada en la aplicación de los resultados de las investigaciones sociales, biomédica y de servicios de salud, así como en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- Está orientada a los problemas de salud de la comunidad y presta servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación necesarios para resolverlos.
- Todo ello mediante la educación para la salud en los problemas más relevantes. La promoción de suministro de alimentos para la correcta nutrición de la población. El abastecimiento de agua potable y de saneamiento básico. La atención materno-infantil, incluida la planificación familiar.
- La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas, la inmunización contra las enfermedades infecciosas, el tratamiento de las enfermedades y los traumatismos y el suministro de medicamentos.
- Implica el esfuerzo coordinado de todos los sectores sociales junto al sector de la salud.
- Exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de los individuos y la comunidad en el aprovechamiento de los recursos locales y nacionales.
- Debe ser apoyada y apoyar al siguiente nivel de salud para desviar los casos integrados y funcionales priorizando la asistencia de los más necesitados.
- Se basa en el trabajo en equipo de todo el personal sanitario, y ello incluye médicos, enfermeras, auxiliares, parteras, así como personas que practican la medicina tradicional, debidamente adiestrados para atender las necesidades de salud de la comunidad.

Artículo VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para iniciar y mantener la APS como parte del Sistema Nacional de Salud coordinado con otros sectores sociales, movilizando los recursos del país y garantizando su utilización racional.

Artículo IX

Todos los países deben cooperar desde la solidaridad a fin de garantizar la salud de pueblo, de ello depende la salud de los demás países. El informe emitido por la OMS/UNICEF constituye una sólida base para impulsar la APS en todo el mundo.

Artículo X

Es posible alcanzar un nivel de salud aceptable para todos los países en el año 2000.

Para ello propone dejar de financiar políticas de rearme y apoyo a conflictos bélicos y dirigir las políticas a impulsar la independencia, la paz, la distensión y el desarme. Propone emplear esos recursos para acelerar el desarrollo social y económico de los pueblos e invertir en la APS, en tanto en cuanto es un elemento esencial para el desarrollo.

Por último, pide a todos los organismos, gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales, y a los profesionales de la salud que adquieran el compromiso de promover la APS, en todos los rincones del planeta.

A lo largo de los años siguientes a la declaración de Alma-Ata se sucedieron infinidad de reacciones por parte de los estados miembros, de los profesionales de la salud, la industria farmacéutica, los sindicatos y las diferentes organizaciones que representaban a los ciudadanos y usuarios de los sistemas de salud, de forma que iniciar y desarrollar la estrategia salud para todos

fue un camino plagado de obstáculos. Surgieron las voces de los detractores y las de apoyo. Los argumentos de posicionamiento de las diferentes instituciones que con una visión progresista defendieron la estrategia fueron centrando el discurso y poco a poco se implanta, en los países que carecían de ella y en los que era necesario reenfocar la asistencia primaria médica, un tímido pero continuado impulso de implantación de la APS como primer contacto de la población con el Sistema Nacional de Salud.

En España estos momentos coinciden con la transición del régimen dictatorial franquista a una democracia de estado, en los que se perciben sentimientos de esperanza y optimismo en los cambios, en esta dirección, en el sistema sanitario.

Conocer a fondo el documento de la declaración de Alma-Ata, que aquí hemos descrito muy someramente, debiera ser un objetivo de cada uno de los profesionales de la salud comprometidos en la defensa de una estructura sanitaria, que permita la equidad y universalidad del acceso a los recursos de salud. Comprometidos en la defensa del derecho de cada ciudadano a conseguir un nivel de salud que le permita un desarrollo de vida social y económicamente productivo, con ello se defiende el derecho de la humanidad a la salud en los términos de integralidad, integridad e igualdad. Por ello, le invitamos a profundizar mediante la revisión de la bibliografía que le aportamos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Glosario de términos empleados en la Serie «Salud para todos». Ginebra; OMS; 1984. p. 12.

Les soins de santé primaires dans les pays industrialisés, Bordeaux, 14-18 noviembre 1983. Copenhague: Bureau régional de l'Europe, OMS; 1983. p. 3.

Nájera E, Cortés M, García Gil C. La reorientación del sistema sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico. Revisiones de Salud Pública. 1989;1:15-30.

OMS. Declaración de Alma-Ata en Atención Primaria de Salud, informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre. Ginebra: OMS; 1978.

OMS. Salud para Todos en el Siglo xxi. Anales del Sistema Sanitario Navarro. 2001;24(1):51-66.

O'Neill PD. La salud en peligro en el año 2000. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1983.

Peiró Pérez R. Potenciar políticas públicas saludables. En: Álvarez Dardet C, Peiró S (eds.). Informe SESPAS. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela andaluza de salud pública – SESPAS; 2000.

Ramoneda J, Vuöri H. ¿Qué es la Atención Primaria? Atención Primaria. 1984;1:3-4.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 7

Enfermedad de Alzheimer

Sara Moreno Cámara, Pedro Ángel Palomino Moral,
Antonio Frías Osuna y Rafael del Pino Casado

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento es uno de los retos sociales más destacados de la actualidad. El aumento de la esperanza de vida en sociedades modernas desarrolladas junto con la disminución de la natalidad ha supuesto un aumento espectacular del peso relativo de la población mayor de 65 años, cuyo porcentaje se sitúa actualmente en nuestro país en el 16,6%, con una clara tendencia continua de crecimiento futuro sin precedentes según el informe de 2006 del IMSERSO sobre las personas mayores en España. En este escenario demográfico y epidemiológico, las enfermedades crónicas y degenerativas ocupan un lugar destacado por su incidencia, prevalencia y repercusiones en términos de calidad de vida para las personas afectadas y su entorno.

En España, el proceso de envejecimiento se está produciendo de una forma acelerada, y el hecho de envejecer se está convirtiendo en una realidad natural, además de incrementarse la mortalidad por demencia.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es uno de los trastornos degenerativos más importantes en la población mayor de 65 años, también se la denomina **mal de Alzheimer** o **demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA),** y se trata de una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta con deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Los estudios de Donoso y Muñoz confirman que esta enfermedad se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años,* aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La incidencia en estudios de cohortes como el realizado por Bermejo-Pareja, muestra tasas de entre 10 y 15 nuevos casos cada mil personas al año para la aparición de cualquier forma de demencia, de los cuales entre 5 a 8 nuevos casos padecen la EA (tabla 7-1). También hay diferencias de incidencia dependiendo del sexo, ya que se aprecia un riesgo mayor de padecer la enfermedad en las mujeres, especialmente entre la población mayor de 85 años.

En los últimos años, según revela la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de la demencia ha aumentado de forma paralela al envejecimiento de la población, especialmente en los países desarrollados. Se estima que en la Unión Europea más de cinco millones de personas presentaban demencia en el año 2005 (1,14-1,25% de la población), lo que supone para España unos 583.200 casos para ese año. El número de personas afectadas se duplicará cada 20 años. La mayoría de las personas con demencia viven en países desarrollados (60% en 2001, aumentando a 71% en 2040).

La Organización Mundial de la Salud estimó que en 2005 el 0,379% de las personas a nivel mundial tenían demencia y que la prevalencia aumentaría a un 0,441% en 2015 y a un 0,556%

*En esta línea, Szekely, Breiner y Zandi han propuesto diversas relaciones entre ciertos factores modificables, tales como la dieta, el ejercicio físico, las actividades intelectuales y sociales entre otros, y la probabilidad de que en una población se desarrolle la EA. Por ahora se necesitan más investigaciones y ensayos clínicos para comprobar si estos factores ayudan a prevenirla y controlarla.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 7-1. Incidencia de EA (casos nuevos) por cada mil personas-edad

Edad	
65-69	3
70-74	6
75-79	9
80-84	23
85-89	40
≥90	69

Fuente: Bermejo-Pareja, Benito-León, Vega, Medrano y Román, 2008.

en 2030. Varios estudios han llegado a las mismas conclusiones como el estudio Delphi de Ferri et al. sobre la prevalencia global de demencia. Brookmeyer estimó que en el año 2006, un 0,4% de la población mundial (entre 0,17 y 0,89%; valor absoluto aproximadamente de 26,6 millones o entre 11,4 y 59,4 millones) se vería afectado por la EA y que la prevalencia se triplicaría para el año 2050.

ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y NEUROPATOLOGÍA

Las causas de la EA no han sido completamente descubiertas. Existen tres principales hipótesis para explicar el fenómeno, aunque no son contundentes:

- Reducción en la síntesis del neurotransmisor acetilcolina, según Shen y Wenk.
- Acúmulo anómalo de las proteínas β-amiloides y/o τ en el cerebro, propuesto por Tiraboschi, Hansen, Thal y Corey-Bloom.
- Trastornos metabólicos, particularmente con la hiperglucemia y la resistencia a la insulina, defendido por Biessels, Kappelle y Pasquier, entre otros.

La EA se caracteriza por la pérdida de neuronas y sinapsis en la corteza cerebral y en ciertas regiones subcorticales. Esta pérdida resulta en una atrofia de las regiones afectadas, incluyendo una degeneración en el lóbulo temporal y parietal y partes de la corteza frontal y la circunvolución cingulada.

Tanto las placas amiloides como los ovillos neurofibrilares son visibles bajo el microscopio en los cerebros de personas con la EA. Las placas son depósitos densos, insolubles, de la proteína β-amiloide y de material celular que se localizan fuera y alrededor de las neuronas. Estas continúan creciendo hasta formar fibras entretejidas dentro de la célula nerviosa, los llamados ovillos. Es probable que muchos individuos, en su vejez, desarrollen estas placas y ovillos como parte del proceso normal de envejecimiento, sin embargo, Bouras et al. defienden que los pacientes con Alzheimer tienen un mayor número en lugares específicos del cerebro como el lóbulo temporal.

FASES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Se han identificado de 3 a 15 etapas y subetapas en la EA. Las cuatro etapas que se describen a continuación representan el avance general de la enfermedad según lo detalla la Fundación Americana de Asistencia para la Salud. La presentación clínica de la EA viene definida por un curso lento y progresivo, y por un perfil clínico característico, con una sucesión típica y relativamente predecible de síntomas. No obstante, como el mal de Alzheimer no afecta a todos de la misma manera, es probable que estos síntomas varíen en términos de gravedad y cronología.

- **Predemencia.** Los primeros síntomas, con frecuencia, se confunden con la vejez o estrés en el paciente. Una evaluación neuropsicológica detallada es capaz de revelar leves dificultades cognitivas hasta 8 años antes de que la persona cumpla los criterios de diagnóstico. Estos signos precoces pueden tener un efecto sobre las actividades de la vida diaria. La deficiencia más notable es la pérdida de memoria, manifestada como la dificultad de recordar hechos recientemente aprendidos y una inhabilidad para adquirir nueva información. Dificultades leves en las funciones ejecutivas (atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto) o trastornos en la memoria semántica (el recordar el significado de las cosas y la interrelación entre los conceptos) pueden también ser síntomas en las fases iniciales de la EA. Puede aparecer apatía, siendo uno de los síntomas neuropsiquiátricos persistentes a lo largo de la enfermedad. La fase preclínica de la enfermedad es denominada por algunos *deterioro cognitivo leve.*
- **Demencia inicial o fase I.** Además de la recurrente pérdida de la memoria a corto plazo, en esta primera fase impera la dificultad para el lenguaje (afasia), para el reconocimiento de las percepciones (agnosia) y/o para ejecutar movimientos coordinados (apraxia). La EA

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

no afecta a las capacidades de la memoria de la misma forma en todas las personas que la padecen. La memoria a largo plazo, así como la memoria semántica o de los hechos aprendidos y la memoria implícita, que es la memoria del cuerpo sobre cómo realizar los movimientos (tales como sostener el tenedor para comer), se afectan en menor grado que las capacidades para aprender nuevos hechos o el crear nuevas memorias. Los problemas del lenguaje se caracterizan, principalmente, por una reducción del vocabulario y una disminución en la fluidez de las palabras. Usualmente, el paciente con Alzheimer es capaz de comunicar adecuadamente las ideas básicas. También aparece torpeza al realizar tareas motoras finas, tales como escribir, dibujar o vestirse, así como ciertas dificultades de coordinación y de planificación. El paciente mantiene su autonomía y solo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas. En esta etapa es frecuente que la persona se desoriente en la calle y llegue a perderse.

- **Demencia moderada o fase II.** Conforme la enfermedad avanza, los pacientes pueden realizar con cierta independencia algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), pero requerirán asistencia en la realización de actividades avanzadas (como ir al banco, pagar cuentas, etc.). Paulatinamente, llega la pérdida de aptitudes como la de reconocer objetos y personas. Una señal de identidad en esta etapa es la alteración de la conducta. Los problemas del lenguaje son cada vez más frecuentes (parafasia). Las capacidades para leer y escribir empeoran progresivamente. Las secuencias motoras complejas se vuelven menos coordinadas, y se reduce la habilidad de la persona para realizar sus actividades rutinarias. Durante esta fase, también empeoran los trastornos de la memoria y el paciente empieza a dejar de reconocer a sus familiares y seres más cercanos. La memoria a largo plazo, que hasta este momento permanecía prácticamente intacta, se deteriora. Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son la apatía, los delirios, las alucinaciones, la confusión, la irritabilidad y las alteraciones en el estado de ánimo, que incluyen expresiones emocionales inoportunas y agresión no premeditada. Además, empiezan a ser una realidad los problemas derivados de la incontinencia urinaria y fecal. En esta fase, son frecuentes las agresiones y la resistencia a las directrices de supervisión y de cuidados de los cuidadores principales que, añadiéndole el conjunto de síntomas que manifiestan estas personas enfermas, suponen un factor de sobrecarga incuestionable para los mismos.
- **Demencia avanzada o fase III.** El lenguaje se torna severamente desorganizado, llegándose a perder completamente la capacidad de hablar. A pesar de ello, el enfermo puede recibir y enviar señales emocionales. Puede aún estar presente cierta agresividad, aunque es más frecuente ver extrema apatía y agotamiento. La enfermedad se acompaña de deterioro de la masa muscular, lo que ocasionará la pérdida de la movilidad; el enfermo llegará a tener una vida de cama-sillón acabando en un estado de encamamiento. La incapacidad de alimentarse autónomamente, junto a la incontinencia urinaria y fecal, la pérdida de la movilidad y todas las demás funciones alteradas y desaparecidas, favorecen el desarrollo de complicaciones secundarias como la aparición e infección de úlceras por presión (UPP), aspiraciones y neumonía, entre otras, que acelerarán la muerte de la persona enferma. Lo característico de esta fase es la dependencia total, ya que no podrán realizar ni las tareas más sencillas por ellos mismos y requerirán constante supervisión y suplencia, se les considera pacientes grandes dependientes. Esta es la patología más frecuente en personas residentes de centros para mayores en situación de dependencia.

En la tabla 7-2 se puede ver un resumen de la sintomatología principal en cada fase.

FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

A pesar de que la EA se describió en 1906, su solución se encuentra aún en una fase incipiente. Los fármacos existentes parecen limitar el avance de la enfermedad y pueden retrasar su progresión natural. Varios estudios, como el de Cummings y Mareque, defienden que de momento la EA no tiene tratamiento curativo, pero sí se pueden tratar parcialmente sus síntomas.

Los medicamentos que actualmente se usan para tratar la EA tienen una eficacia limitada y no deben ser indicados de forma automática,

TABLA 7-2. Fases y sintomatología principal de la enfermedad de Alzheimer

Fases	Síntomas
Predemencia	Los primeros síntomas se confunden con la vejez: • Pérdida de memoria reciente • Dificultad para aprender hechos recientes • Trastornos en la memoria semántica • Dificultades leves en las funciones ejecutivas • Apatía
Demencia inicial [fase I]	• Mayor pérdida de memoria • Afasia • Agnosia • Apraxia • Dificultad para realizar tareas motoras finas (leer, escribir, vestirse) • Dificultad en la planificación y coordinación • Desorientación (se suelen perder en la calle)
Demencia moderada [fase II]	• Dificultad para reconocer a personas y objetos • Pérdida de la memoria a corto y largo plazo • Alteración de la conducta (apatía, delirios, alucinaciones, confusión, irritabilidad, alteraciones en el estado de ánimo, agresividad, expresiones emocionales inoportunas) • Parafasia • Reducción de la habilidad para la realización de las actividades de la vida diaria • Mayor dificultad para la realización de las tareas motoras finas • Incontinencia urinaria y fecal
Demencia avanzada [fase III]	• Pérdida de la capacidad de hablar • Apatía • Agotamiento • Pérdida de coordinación de movimientos • Pérdida de masa muscular • Dependencia total

ya que presentan severos efectos secundarios. La Food and Drugs Administration (FDA) en EE. UU. ha aprobado cinco drogas para el tratamiento de la EA: Cognex® (tacrina), Aricept® (donepezilo), Exelon® (rivastigmina), Razadyne® (galantamina) y *Namenda*® (memantina). Por la complejidad de la EA es posible que en el futuro se usen terapias combinadas, farmacológicas, inmunológicas y otras, para lograr un efecto sinérgico.

Los estudios globales sobre las diferentes medidas que se pueden tomar para prevenir o retardar la aparición de la EA han tenido resultados contradictorios y no se ha comprobado aún una relación causal entre los factores de riesgo y la enfermedad, ni se han atribuido a efectos secundarios específicos. Por el momento, no parece haber medidas definitivas para prevenir y tratar la EA según los estudios de Luchsinger. Sin embargo, diversos grupos de investigadores realizan clasificaciones de los posibles factores de riesgo para la EA como la Fundación Americana de Asistencia para la Salud cuya clasificación podemos ver en la tabla 7-3.

TABLA 7-3. Factores de riesgo (FR) para la EA

FR conocidos	FR potenciales
Edad Genética	Enfermedades cardiovasculares Diabetes mellitus tipo II Inflamación Otros (sexo femenino, bajo nivel de educación, estrés, traumatismos craneoencefálicos, reacción del sistema inmunológico, virus)

Fuente: Fundación Americana para la Salud (2008).

CUIDADO AL PACIENTE CON ALZHEIMER

Las demencias y la EA, como enfermedad más importante cuantitativamente en este grupo, representan un importante desafío para la sociedad en su conjunto y para la familia de las personas afectadas. A partir de la revisión de la situación del apoyo informal en países desarrollados realizada por Mestheneos o la OECD, entre otros, estamos en condiciones de afirmar que, si bien no

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

existen patrones puros, sí podemos describir dos polos de un continuo en el que pueden situarse los distintos países. Dicho continuo quedaría definido por la participación de la mujer en el mercado laboral y en el cuidado familiar, las actitudes hacia el cuidado familiar y el desarrollo del sistema formal de apoyo y soporte del cuidado familiar.

Los polos quedarían definidos, de un lado, mediante una situación caracterizada por una alta participación femenina en el mercado laboral y una menor participación en el cuidado familiar, una menor voluntad de cuidado familiar y un mayor grado de desarrollo del sistema formal; y de otro, por la situación opuesta, con participación femenina alta en el cuidado y baja en el mercado laboral, actitudes positivas hacia el cuidado familiar y escaso desarrollo del apoyo formal. Al primer polo se le ha denominado modelo escandinavo, y al segundo, modelo familiar del sur de Europa o modelo mediterráneo.

España se situaría claramente en este segundo polo, si bien ni siquiera existe una similitud perfecta con otros países ubicados en el modelo familiar, como Grecia, Portugal o Italia. Así, en Grecia (que es el más similar a España) y en Italia se constata un aumento del cuidado familiar masculino. En Italia crece el reconocimiento del sistema formal, mientras que en Portugal existe una importante participación femenina en el mercado de trabajo, un alto número de mujeres cuidadoras con trabajo remunerado y un mayor desarrollo del sistema formal (sobre todo el componente residencial). En España, los estudios de García-Calvente et al. ponen de manifiesto que el cuidado de los pacientes afectados por la EA recae en la familia, especialmente en las mujeres. Existe en la actualidad una gran cantidad de información sobre cómo las repercusiones del cuidado de personas dependientes afecta al cuidador familiar, concepto que se denomina sobrecarga, por lo que en los últimos años las personas cuidadoras han sido objeto de un importante proceso de estudio y de intervención desde los servicios sociales y de salud, a nivel global; el decálogo europeo pone de manifiesto las necesidades que los mismos presentan.

La EA es una enfermedad familiar; desde el instante en que la EA hace su incursión en el seno de una familia, esta se convierte en el pilar básico del cuidado del enfermo, debiendo dispensar, generalmente de por vida, una serie de cuidados que van aumentando en número y complicándose en dificultad a medida que avanza la enfermedad, desde la fase de supervisión, a la de suplencia parcial y finalmente a la suplencia total. A cambio de esta abnegada labor, hasta ahora las familias cuidadoras están recibiendo de la administración sociosanitaria y de la sociedad en general escaso reconocimiento social, insuficientes recursos para su información y formación, y se están desplegando todavía limitados recursos y sistemas de asesoramiento y apoyo. Sabemos que los cuidadores se abren camino en los problemas relacionados con el cuidado mediante conjeturas, pruebas y perseverancia; con inteligencia práctica. Esto les exige gran versatilidad y flexibilidad como describen en sus estudios de la Cuesta, Ferrer y Cibanal.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alzheimer Europe. Who cares? The state of dementia care in Europe. Alzheimer Europe; 2006.

American Health Assistance Foundation. Cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer. Investigación de la enfermedad de Alzheimer. Un programa de la Fundación Americana de Asistencia para la Salud. American Health Assistance Foundation; 2011.

Andersen K. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. Neurology. 1999;53(9):1992-7.

Arnáiz E, Almkvist O. Neuropsychological features of mild cognitive impairment and preclinical Alzheimer's disease. Acta Neurológica Escandinávica. 2003;107:34-41.

Bär M, Kruse A, Re S. Situations of emotional significance in residents suffering from dementia. Gerontol Geriatr. 2003;36(6):454-62.

Becker JT, Overman AA. The semantic memory deficit in Alzheimer's disease. Rev Neurol. 2002;35(8):777-83.

Belart R. El primer Alzheimer. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1993;28:178-82.

Benke T. Two forms of apraxia in Alzheimer's disease. Cortex. 1993;29(4):715-25.

Berkhout AM, Cools HJ, Van Houwelingen HC. The relationship between difficulties in feeding oneself and loss of weight in nursing-home patients with dementia. Age Ageing. 1998;27(5):637-41.

Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Medrano MJ, Román GC. Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. J Neurol Sci. 2008;264(1–2):63-72.

Biessels GJ, Kappelle LJ, Utrecht Diabetic Encephalopathy Study Group. Increased risk of Alzheimer's disease in Type II diabetes: insulin resistance of the brain or insulin-induced amyloid pathology? Biochem Soc Trans. 2005;33(5):1041-4.

Bouras C, Hof PR, Giannakopoulos P, Michel JP, Morrison JH. Regional distribution of neurofibrillary tangles and senile plaques in the cerebral cortex of elderly patients: a quantitative evaluation of a one-year autopsy population from a geriatric hospital. Cereb Cortex. 1994;4(2):138-50.

Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi MH. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2007;3(3):186-91.
Carlesimo GA, Oscar-Berman M. Memory deficits in Alzheimer's patients: a comprehensive review. Neuropsychol Rev. 1992;3(2):119-69.
Conde JL. Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. En: Alberca R, López-Pousa S (eds.). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Panamericana; 1998. p. 125-36.
Cummings JL. Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2004; 351:56-67.
De la Cuesta C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2004.
Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, et al. Incidence of dementia, Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study. J Am Geriatr Soc. 2002;50(1):41-8.
Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [edición electrónica]. 2003. [Consultado el 9 de febrero de 2013]; 41(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid(S0717-92272003041200003&script=sci_arttext
Donoso A. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer. Rev Med Chile. 1991;119:452-7.
Donoso A, Behrens MI. Variabilidad y variantes de la enfermedad de Alzheimer. Rev. méd. Chile [edición electrónica]. 2005. [Consultado el 9 de febrero de 2013]; 133(4): 477-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-98872005000400013&lng=es&nrm=iso.
Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBV; 1999.
Ferrer ME, Cibanal L. Teoría y método. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. Revisión bibliográfica. 2008;23:58-69.
Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet. 2005;31(366):2112-7.
Förstl H, Kurz A. Clinical features of Alzheimer's disease. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1999;249(6):288-90.
Frank EM. Effect of Alzheimer's disease on communication function. J S C Med Assoc. 1994;90(9):417-23.
Galasko D, Schmitt F, Thomas R, Jin S, Bennett D. Detailed assessment of activities of daily living in moderate to severe Alzheimer's disease. Journal of the International Neuropsychology Society. 2005;11(4):446-53.
Gambassi G, Landi F, Lapane KL, Sgadari A, Mor V, Bernabei R. Predictors of mortality in patients with Alzheimer's disease living in nursing homes. J Neurol Neurosurg Psychiat. 1999;67(1):59-65.
García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004;18(1):132-9.
García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18(2):83-92.
Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
Honig LS, Mayeux R. Natural history of Alzheimer's disease. Aging. 2001;13(3):171-82.
Jagua A, Ávila A. Insulina y enfermedad de Alzheimer: una diabetes tipo 3? Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2007;55(1):70-6.
Jelicic M, Bonebakker AE, Bonke B. Implicit memory performance of patients with Alzheimer's disease: a brief review. International Psychogeriatrics. 1995;7(3):385-92.
Kazui H. Everyday memory impairment of patients with mild cognitive impairment. Dement Geriatr Cogn Disord. 2005;19(5-6):331-7.
Linn RT, Wolf PA, Bachman DL, Knoefel JE, Cobb JL, Belanger AJ, et al. The "preclinical phase" of probable Alzheimer's disease. A 13-year prospective study of the Framingham cohort. Arch Neurol. 1995;52(5):485-90.
Luchsinger JA, Mayeux R. Dietary factors and Alzheimer's disease. Lancet Neurol. 2004;3(10):579-87.
Luchsinger JA, Noble JM, Scarmeas N. Diet and Alzheimer's disease. Curr Neurol Neurosci Rep. 2007;7(5):366-72.
Lynn E, Debbie G, Harrison B. Caregivers burden among dementia. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2008;20:423-8.
Mareque MA, Fernández L, Moreno E, Martín E. Abordaje farmacológico en el anciano con demencia. Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2006;7:1-8.
Martins S, Damasceno B. Prospective and retrospective memory in mild Alzheimer's disease. Arq Neuro-Psiquiatr. 2008;66(2b):318-22.
Mestheneos E, Triantafillou J. Supporting Family Carers of Older People in Europe. The Pan-European Background Report. Münster: LIT Verlag; 2006.
Muñoz Y, Demencia. el reto del presente siglo. Acta méd Costarric. 2003;45(2):42.
Palmer K, Berger AK, Monastero R, Winblad B, Bäckman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. Neurology. 2007; 68(19):1596-602.
Pasquier P, Boulogne A, Leys D, Fontaine P. Diabetes mellitus and dementia. Diabetes Metab. 2006;32(5,1):403-14.
Perneczky R, et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. Age Ageing. 2006;35(3):240-5.
Puig X, Gispert R, Puigdefàbregas A, Pérez G, Mompart A, Domènech J. Mortalidad por demencia en Cataluña: un problema de salud emergente. Med Clin (Barc). 2002;118:455-9.
Rapp MA, Reischies FM. Attention and executive control predict Alzheimer disease in late life: results from the Berlin Aging Study (BASE). American Journal of Geriatric Psychiatry. 2005;13(2):134-41.
Reed BR, et al. Profiles of neuropsychological impairment in autopsy-defined Alzheimer's disease and cerebrovascular disease. Brain. 2007;130(3):731-9.
Sancho MT, Barrio E, Abellán A, Castejón P, Pérez L. Las personas mayores en España. Informe. Madrid: IMSERSO; 2006.
Sartori G, Snitz BE, Sorcinelli L, Daum I. Remote memory in advanced Alzheimer's disease. Arch Clin Neuropsychol. 2004;19(6):779-89.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Scarmeas N Brandt J, Blacker D, et al. Disruptive behavior as a predictor in Alzheimer disease. Arch Neurol. 2007;64(12):1755-61.
Shen ZX. Brain cholinesterases: II. The molecular and cellular basis of Alzheimer's disease. Med Hypotheses. 2004;63(2):308-21.
Small BJ, Gagnon E, Robinson B. Early identification of cognitive deficits: preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Geriatrics. 2007;62(4):19-23.
Souren LE, Franssen EH, Reisberg B. Contractures and loss of function in patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 1995;43(6):650-5.
Spaan PE, Raaijmakers JG, Jonker C. Alzheimer's disease versus normal ageing: a review of the efficiency of clinical and experimental memory measures. Journal of Clinical Experimental Neuropsychology. 2003;25(2):216-33.
Standridge JB. Current status and future promise of pharmacotherapeutic strategias for Alzheimer's disease. J Am Med Dir Assoc. 2006;7:46-51.
Szekely CA, Breitner JC, Zandi PP. Prevention of Alzheimer's disease. Int Rev Psychiatry. 2007;19(6):693-706.
The OECD Health Project. Long-term care for older people. France: OECD Publications; 2005.
Tiraboschi P, Hansen LA, Thal LJ, Corey-Bloom J. The importance of neuritic plaques and tangles to the development and evolution of AD. Neurology. 2004;62(11):1984-9.
Urbina JR, Flores MJ, García MP, Rodríguez E, Torres L, Torrubias RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. Aten Primaria. 2004;342:93-9.
Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. Eur J Neurol. 2007;14(1):e1-26.
Wenk GL. Neuropathologic changes in Alzheimer's disease. J Clin Psychiatry. 2003;64(9):7-10.
World Health Organization, ed. Neurological Disorders: Public Health Challenges [monograh on the Internet]. Switzerland: WHO Press; 2006. [Consultado el 11 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/neurology/introduction_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf.

C A P Í T U L O 8

Anciano frágil

Eva María Gabaldón Bravo

CONCEPTO

Ancianidad y fragilidad son dos conceptos que interactúan, aunque el concepto fragilidad puede darse fuera de esa etapa de la vida, y asociarse con enfermedad. Aunque la fragilidad es más prevalente entre los ancianos, en aquellos con múltiples comorbilidades, es un síndrome que puede existir independientemente de la edad, discapacidad o enfermedad. La fragilidad y la vulnerabilidad inherentes a los ancianos frágiles pueden ser sutiles y, en muchos casos, infravaloradas.

La fragilidad se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica, o lo que se ha llamado un estado de homeoestenosis, que aumenta el riesgo de incapacidad, produce una pérdida de resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos. Supone, pues, una capacidad reducida del organismo a enfrentarse al estrés.

El envejecimiento es un proceso de deterioro también caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y modulada de forma individual por factores genéticos y ambientales. Ese deterioro propio de los grandes ancianos es el que converge con el conocido como síndrome de fragilidad.

Siguiendo a Medina Beltrán (2007), el síndrome de fragilidad puede definirse como un síndrome clínico relacionado con el envejecimiento y caracterizado por homeostasis inestable y la consiguiente baja de reservas fisiológicas multisistémicas que incrementan el riesgo de disminución o pérdida de la funcionalidad. Se acompaña de discapacidad fluctuante y marcada vulnerabilidad ante eventos estresantes tanto intrínsecos como extrínsecos al individuo, que llevan a la dependencia, la institucionalización e, incluso, a la muerte.

Hazzard et al. (2001) proponen la definición de síndrome de fragilidad como un estado relacionado con el envejecimiento y caracterizado por disminución de las reservas fisiológicas con aumento de discapacidad o incapacidad funcional, pérdida de resistencia a la enfermedad e incremento de la posibilidad de morir. Fried (2003) lo considera como un síndrome vinculado directamente con el envejecimiento.

Al igual que Medina Beltrán (2007), indicamos la pertinencia de señalar que fragilidad no es equivalente a discapacidad-incapacidad funcional o comorbilidad, «se trata más bien de un síndrome geriátrico que implica un mayor riesgo de morbilidad y, por tanto, de abatimiento funcional; tras identificar al paciente frágil, es necesario realizar las intervenciones necesarias para disminuir dicho riesgo: no intervenir de forma oportuna conlleva deterioro clínico continuo con bajo índice de recuperación».[1] Como indica el autor, por lo general la fragilidad desencadena o se acompaña de algún tipo de discapacidad, en tanto que la discapacidad no siempre se presenta en pacientes frágiles; un paciente con algún tipo de deterioro funcional que no presenta fragilidad generalmente puede recuperarse. Por lo tanto, la discapacidad puede considerarse como un marcador más que nos puede dar una pista sobre fragilidad, junto con muchos otros que a continuación abordaremos.

Abizanda, Romero y Luengo (2005) nos indican que fragilidad, discapacidad y comorbilidad requieren cada una de ellas cuidados específicos en los ancianos, con complejidades diferentes y sumatorias. La atención a la comorbilidad se basa en la especialización en el abordaje de la complejidad médica, la atención a la discapacidad en medidas de rehabilitación y soporte social, y la atención a la fragilidad en actividades preventivas de tratamiento de enfermedades ocultas[2] (fig. 8-1).

[1]Rodríguez García R, Lazcano Botello G. Práctica de la geriatría. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2007. Cap. 17. p. 117.
[2]Morley JE, Mitchell Perry III H, Millar DK. Something about frailty. J Gerontol Med Sci. 2002;57A;M698-704.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

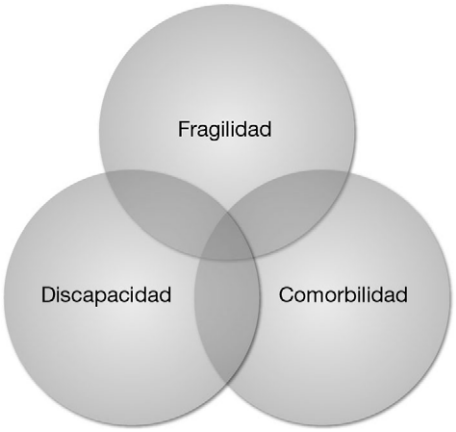


FIGURA 8-1. Relaciones entre fragilidad, comorbilidad y discapacidad. *(Fuente: Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad.* Rev Esp Geriatr Gerontol. *2005;40(1):58-9.)*

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

Para establecer el diagnóstico de síndrome de fragilidad en el anciano, debemos evaluar todos los factores desencadenantes de vulnerabilidad, tales como los procesos patológicos, tanto agudos como crónicos, o factores de tipo social y cultural.

Fried y Walston (2003) hacen una propuesta para la clasificación de la fragilidad; fragilidad primaria, como aquella que resulta de los cambios derivados del proceso de envejecimiento, y fragilidad secundaria, como la que es consecuencia de enfermedades específicas. Rockwood et al. (1999) hacen una propuesta de escala de clasificación de la fragilidad en el anciano (fig. 8-2).

Como podemos observar en esta clasificación son múltiples los componentes que conforman la fragilidad, por lo que, como indica Medina Beltrán (2007), es óptimo su abordaje desde el modelo holístico de salud, integrando en la valoración las dimensiones que aparecen en la figura 8-3.

Como vemos, se requiere para ello una valoración multidisciplinar del anciano y de su situación, apoyándose en escalas estandarizadas (Katz, Barthel, Lawton-Brody, GDS, OARS, Zarit, MNA, etc.), en indicadores bioquímicos que permitan reconocer los indicadores de fragilidad, las visitas domiciliarias donde evaluemos el entorno del anciano, la entrevista con el anciano y sus familiares, etc.

Por otra parte, según Fried y Waltson, el fenotipo de la fragilidad sería el que aparece en la figura 8-4.

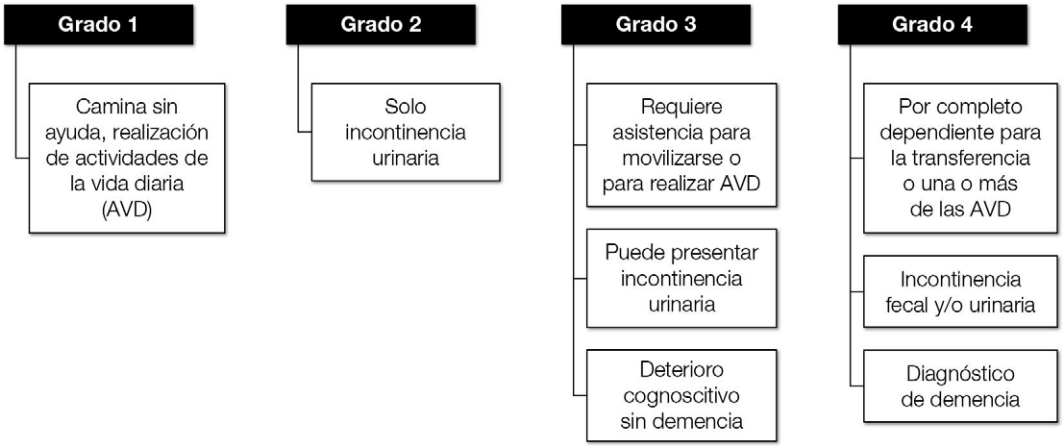


FIGURA 8-2. Escala de clasificación del grado de fragilidad en el anciano. *(Fuente: Rockwood K, Stadnyk K, Macknight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in the elderly people.* Lancet. *1999;353:205-6.)*

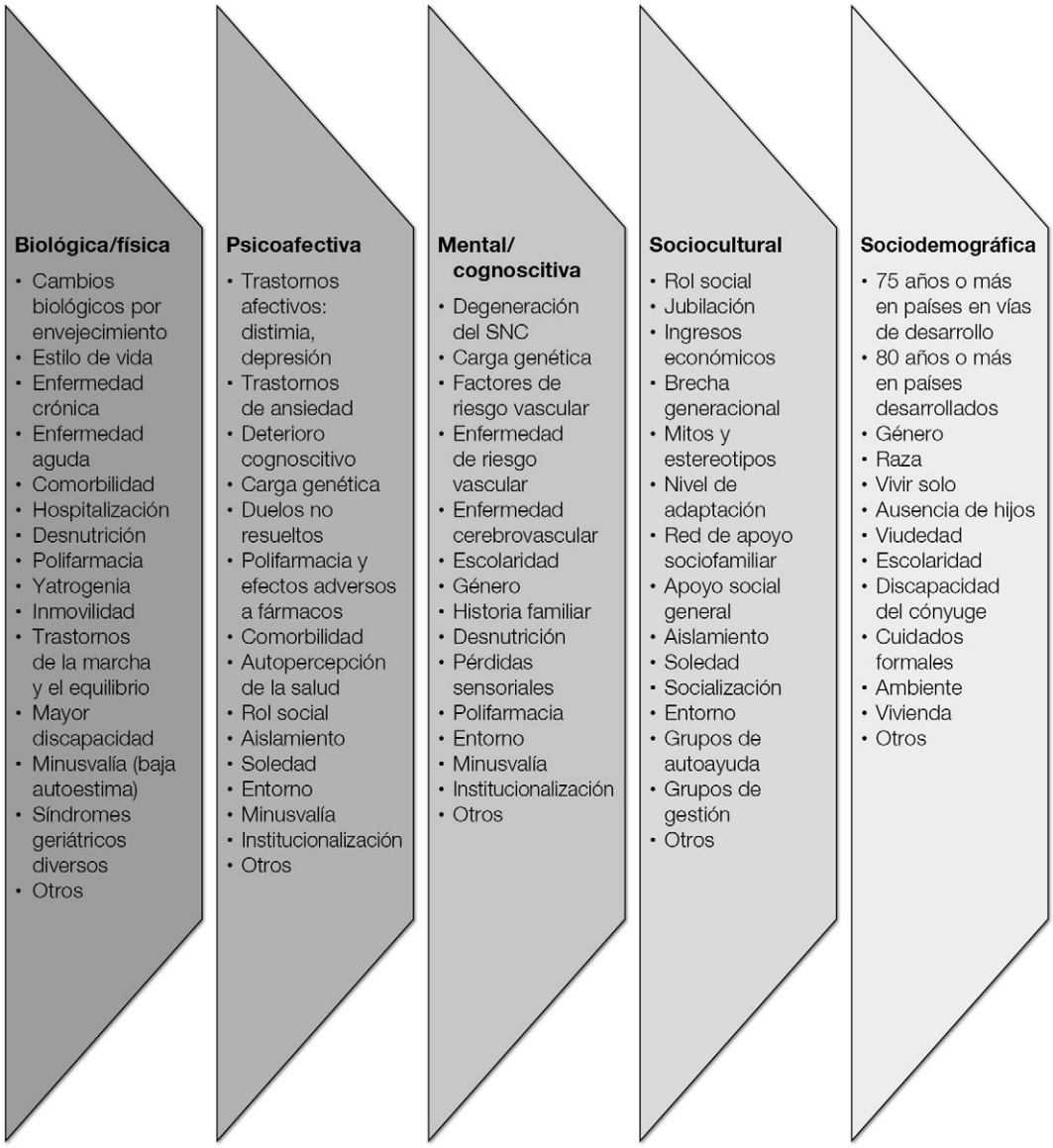


FIGURA 8-3. Dimensiones de la valoración geriátrica integral. *(Fuente: Medina Beltrán GR. Fragilidad. Cap. 17. En: Rodríguez García, R, Lazcano Botello G.* Práctica de la geriatría. *México: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2007.)*

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR FRENTE A LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO

Una vez detectado el riesgo de fragilidad, o diagnosticado el síndrome de fragilidad en el anciano, hemos de plantearnos el objetivo de prevenir el deterioro, mediante intervenciones que implican a todos los miembros del equipo de salud. El estudio en profundidad de cada persona anciana y de su entorno ha de darnos la clave para que nuestra intervención sea efectiva, en la medida de nuestras posibilidades. De forma genérica intentaremos intervenciones con los siguientes objetivos:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

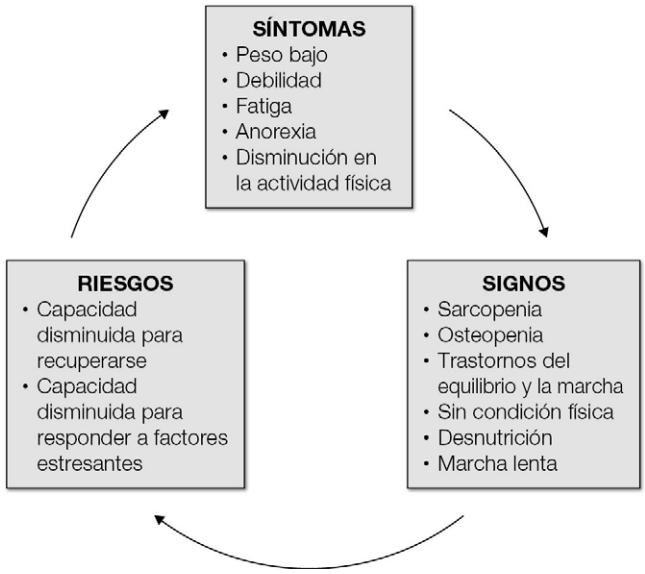


FIGURA 8-4. Fenotipo de la fragilidad en el anciano según Fried LP y Walston J. *(Fuente: Fried LP y Walston J. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello G, editores.* Práctica de la geriatría. *2.ª ed. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 121.)*

- Promover el placer por la vida del anciano, facilitando su mejor integración social, buscando recursos para su socialización, a ser posible, recursos que faciliten también el ejercicio, ya sea físico o mental, y teniendo en cuenta las costumbres y gustos del anciano. Debe sentirse útil.
- Fomentar la autonomía del anciano, su independencia para las actividades de la vida diaria (AVD), por medio de la eliminación de barreras arquitectónicas, de la reenseñanza, mediante didácticas estimulantes y creativas, de la realización de las AVD que en algún momento se hayan mermado o deteriorado por cualquier motivo. Se trabajará de esta forma también la autoestima del anciano.
- Facilitar a la persona anciana el uso de recursos sociosanitarios (asesoramiento para la gestión del hogar, para el esparcimiento y el ocio, para la detección precoz y el seguimiento de sus problemas de salud, etc.) que pudieran favorecer su situación, teniendo en cuenta el perfil multifactorial del autocuidado.
- Realizar un apoyo integral, visible, accesible y real a los cuidadores principales en los núcleos familiares o en las instituciones donde se encuentre el anciano.

LECTURAS RECOMENDADAS

Abizanda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(1):58-9.
Cano García P, Castelo Domínguez R, Pérez Cachafeiro S. ¿Es la fragilidad un hecho en los mayores de 80 años? Estudio de prevalencia. Atención Primaria. 2006;38(7):413-5.
Dillon PM. Valoración clínica en enfermería. 2.ª ed México: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2004.
Redín JN. Valoración geriátrica integral (I): evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 1999;22(Supl. 1). [Consultado el día 26 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple5.html.
Rockwood K, Stadnyk K, Macknight C, McDowell I, Hébert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in the elderly people. Lancet. 1999;353:205-6.
Rodríguez García R, Lazcano Botello G. Práctica de la geriatría. 2.ª ed México: Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 121.

C A P Í T U L O 9

Atención domiciliaria

José Ramón Martínez Riera

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA

En España, la historia de la atención domiciliaria ha sido más corta que en otros países de la Unión Europea. Desde el siglo XVI hasta el XIX, las órdenes religiosas se encargaron de la visita domiciliaria. Incluso hoy, instituciones benéficas como Cáritas y la Cruz Roja, entre otras organizaciones, todavía complementan la labor del Estado.

Entre 1955 y 1960 el primer nivel de atención (lo que hoy en día es la atención primaria) empezó a ofrecer cuidados a domicilio. A finales de los años setenta, con la promulgación de la Constitución, se recoge la responsabilidad del Estado para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos a través de un completo sistema social. En 1979 los servicios domiciliarios pasan a formar parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). En un primer momento solo los pensionistas podían beneficiarse de las ayudas, pero en 1985 estas se extienden a todos los ciudadanos. En la década de los ochenta las competencias autonómicas añaden algunas modificaciones al sistema previo, siendo el desarrollo de la atención domiciliaria diferente según cada comunidad. Bajo estas condiciones, en ausencia de un marco legal común, existen grandes diferencias entre comunidades autónomas, a la hora de ofrecer servicios a la población.

La organización de nuestros sistemas de salud, pensados para el enfermo de los años 60-80, fracasa de manera contumaz en darles una atención ajustada a sus necesidades. Cayendo en muchas ocasiones en la tentación de culpabilizar a los propios usuarios del mal uso del sistema o diseñando redes de atención alternativas, agrupadas bajo el eufemístico calificativo de «sociosanitarias», en demasiadas ocasiones más preocupadas por los costes (no confundir con la eficiencia) que por la calidad de la atención dispensada. En realidad la adaptación a las nuevas necesidades de los enfermos es simple, siempre que coloquemos en el centro del abordaje sus necesidades y desplacemos a la periferia las necesidades del propio sistema sanitario.

La política estatal tiene un referente fundamental en el Plan Gerontológico de 1993, que puso en evidencia la necesidad de impulsar medidas de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. A partir de ahí se establecen las bases para la ordenación de los servicios sanitarios de atención a los mayores. Involucran a los servicios de atención primaria con el desarrollo de los programas de atención al anciano y atención domiciliaria, a la atención hospitalaria con el diseño de los equipos de valoración y cuidados geriátricos (que no llegaron a generalizarse) y a los servicios sociales. La ordenación de este servicio se plantea bajo una estructura de coordinación sociosanitaria.

En el Plan Gerontológico se contempla la necesidad de orientar la organización de los servicios hacia el objetivo de «envejecer en casa», y en el desarrollo de los programas de atención domiciliaria se describe la intervención de los profesionales de enfermería, a través de la visita domiciliaria, como una actuación de especial relevancia, además de para la valoración funcional y el establecimiento de objetivos terapéuticos, para la identificación de necesidades, provisión de cuidados y educación del anciano y la familia.

Respecto a otras formas de ayuda (alarmas telefónicas, cuidados de día, etc.) se está haciendo un esfuerzo de implementación, aunque hasta el momento hay poca información al respecto.

Nuestro modelo organizativo se inspiró en el de los países del Norte de Europa, donde los equipos desarrollan un conjunto integrado de actividades tanto en el centro como en el domicilio.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Mantienen la continuidad de la atención, sin que la asistencia quede fragmentada por el grado de afectación o de incapacidad del paciente. El equipo es responsable del paciente a lo largo de toda su vida, no solo en ciertos episodios concretos de manera aislada. Por ello, la atención domiciliaria ha sido incluida como una actividad más a desarrollar por los equipos de atención primaria.

Durante los últimos años se han ido incorporando mejoras cualitativas en la atención domiciliaria como:

Estandarización de la práctica. Mediante la utilización de escalas de valoración validadas, así como protocolos o guías, consensuadas entre los profesionales, para la toma de decisiones clínicas. También, en la mayoría de los centros de salud se incorporan objetivos asistenciales, objetivos educativos e intervenciones para los cuidadores principales. En general, las enfermeras son las mayores proveedoras del servicio.

Nuevo enfoque de la atención. Abandono paulatino de la asistencia domiciliaria y utilización de los principios de la atención domiciliaria (tabla 9-1).

Incremento del nivel tecnológico de los servicios. Algunas instituciones han puesto en marcha programas de hospitalización a domicilio: las posibilidades de transferir tecnología, antes reservadas al hospital, al domicilio (p. ej., la nutrición enteral, oxigenoterapia) posibilitan ofrecer servicios de nivel tecnológico e intensidad parecidos a los del hospital. En España las experiencias suelen liderarse desde el nivel especializado, aunque en otros países se encuentran experiencias muy valiosas lideradas desde atención primaria.

Nuevas estructuras de apoyo para la atención domiciliaria. Algunas Comunidades Autónomas han desarrollado estructuras complementarias de apoyo a los equipos de atención primaria, tendentes a la ampliación y mejora de la capacidad de resolución del servicio. Entre ellos destacan el Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo (PADES) en Cataluña, o los Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria (ESAD).

Sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios, así como la coordinación con los recursos sociales comunitarios, necesarios para garantizar la efectividad del servicio de atención domiciliaria.

Nuevas figuras de apoyo o intervención en atención domiciliaria. La figura de la enfermera de enlace fue la primera en aparecer en Canarias y Andalucía. Con posterioridad otras comunidades han generado figuras similares como la Enfermera Gestora de Casos en Cataluña o la Enfermera de Gestión Comunitaria en la Comunidad Valenciana.

TABLA 9-1. Evidencia de la atención domiciliaria

Aspecto	Ventajas
Aspecto científico-técnico	• Ausencia de infecciones nosocomiales • Evitación de los fenómenos de «hospitalización» • Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos
Aspecto psicosocial	• Mejora y humanización de la relación personal con el paciente • Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.) • Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo • Facilita la comunicación entre el personal de salud y los familiares • Integra a la familia en el proceso de atención • Promueve las actividades de educación para la salud
Aspecto de gestión	• Disminuye los costes marginales por proceso • Facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita • Sirve de conexión entre el hospital y atención primaria, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles de atención

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención domiciliaria es definida como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud.

Una atención domiciliaria de calidad debe satisfacer las necesidades y las expectativas de las personas que la precisan, su familia y su comunidad. Para ello debería ser accesible a toda la población que la necesite de manera equitativa.

En general, la organización de los servicios de atención domiciliaria se caracteriza por su heterogeneidad, tanto en el ámbito nacional, como en el internacional. Todo ello en función de los siguientes factores:

- El modelo de organización del propio sistema sanitario y social de cada país o de cada área de salud.
- El tipo de usuario al que se dirigen los servicios, incluyendo edad y situación de salud.
- El tipo de problemas que se atienden, las actividades que se realizan, las tecnologías que se utilizan, los resultados que se esperan.
- El papel de los profesionales, de los pacientes o usuarios y de la red informal de cuidados.
- Las características de la provisión del servicio, la cualificación de los profesionales, cómo se asignan los pacientes.
- Los mecanismos de financiación del servicio y la participación de los usuarios en los mismos.
- Las fórmulas de coordinación e integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios.

EVIDENCIA SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA

El estudio más conocido de la evidencia en atención domiciliaria fue realizado por González et al. en el año 2002.

Esta revisión encuentra que las ventajas que se le atribuyen a la atención domiciliaria pueden resumirse en tres aspectos básicos recogidos en la tabla 9-1.

Sin embargo, el nivel de evidencia científica sobre las ventajas de la atención domiciliaria frente a la tradicional de internamiento hospitalario continua siendo débil según estudios de diferentes autores que no encuentran diferencias significativas en los resultados finales de salud como la calidad de vida, estado funcional o mortalidad entre la hospitalización y la atención domiciliaria. Los pacientes ingresados tempranamente después de una operación y manejados en su domicilio no resultaron más costosos ni tampoco presentaron más complicaciones que aquellos que tuvieron un postoperatorio intrahospitalario. Los estudios de eficiencia son controvertidos y algunos coinciden en señalar a la atención domiciliaria como más costosa, con estancias más largas y mayor consumo de recursos. Cabe señalar que la mayoría hacen referencia a hospitalización domiciliaria. Por último, algunos estudios señalan que el punto crítico para la eficiencia de la atención domiciliaria es lograr que la estancia en el programa no se prolongue más allá de lo necesario y se consuman únicamente los recursos indispensables.

Los programas de atención domiciliaria que han mostrado beneficios pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Los cuidados inmediatos tras el alta hospitalaria (distintos a la hospitalización a domicilio) que han mostrado reducir los reingresos y el riesgo de institucionalización, especialmente en enfermos frágiles.
- Los cuidados de soporte o atención domiciliaria a largo plazo.

En cuanto a los costes de la atención domiciliaria, los estudios que se han realizado habitualmente encuentran que, en el peor de los casos, estos programas no incrementan los costes de la atención, con lo que a la vista de los beneficios que generan, siempre que se respeten la calidad de la atención prestada y la oportunidad de cuidados, su eficiencia parece asegurada.

Por lo que se refiere a la atención domiciliaria preventiva, en general no puede afirmarse que existan evidencias científicas suficientes que apoyen que una intervención de visitas domiciliarias preventivas sea efectiva.

Nos encontramos en un momento en el que cada vez está más claro que lo que genera un incremento de los costes sanitarios no es el envejecimiento de la población sino el desarrollo de dependencia funcional, desarrollo de la dependencia que es prevenible en la mayor parte de los niveles asistenciales, incluyendo los cuidados domiciliarios.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PERFIL DEL USUARIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Se dispone de numerosas descripciones del perfil del usuario de los servicios de atención domiciliaria por parte de los equipos de atención primaria, entre los que podemos destacar:

- Los usuarios son básicamente mujeres, un 90% son mayores de 65 años y las edades medias oscilan entre los 78 y los 81 años.
- El número de diagnósticos por paciente varía entre 1,98 y 4,2 según la serie, el sistema de clasificación utilizado y la capacidad de detección de cada equipo. Lo mismo sucede con el grupo de patología más frecuente, siendo el grupo diagnóstico más frecuente las enfermedades del aparato cardiovascular, seguido por las enfermedades osteoarticulares. El número de fármacos consumido por paciente oscila entre 2,8 y 3,7.
- La cobertura poblacional de estos programas entre los mayores de 65 años incluidos oscilan entre el 5,9 y el 9,14, diferencias que podemos atribuir al origen de la muestra.
- Generalmente, el cuidador es una mujer perteneciente a la familia y en la mitad de los casos presentan alteraciones en las escalas de depresión y ansiedad utilizadas. Paradójicamente, aunque los cuidadores presentan una mayor proporción de enfermedades crónicas que la población general, no repercute en un aumento de la demanda de servicios médicos por parte de estos.
- Existe un gran aislamiento social; en uno de los estudios el 44% de los pacientes solo tienen contacto con la familia.
- El número de visitas sanitarias/enfermo/año oscila entre 4,34 y 6,8 visitas año, entre 2-4 corresponden al médico y entre 4-6 son de la enfermera.
- El factor que se asocia con una mayor intensidad de visita domiciliaria es la presencia de úlceras por presión.

DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ASISTENCIA DOMICILIARIA

La atención domiciliaria, al igual que el conjunto de la atención primaria, ha sufrido una serie de cambios importantes a raíz de la adopción del nuevo modelo de atención emanado de la declaración de Alma-Ata (1978), por el cual se pasaba de un modelo de asistencia médica primaria al nuevo modelo de Atención Primaria de Salud. En este mismo sentido la atención domiciliaria, tal como se la entiende actualmente, es el fruto de pasar de una asistencia domiciliaria muy medicalizada e individualizada a una atención domiciliaria más holística y dirigida tanto al individuo como la familia, entre otras diferencias (tabla 9-2).

En cualquier caso, y a la vista de estas y otras definiciones, se pueden destacar como características comunes de la atención domiciliaria:

- Atención integral e integrada con longitudinalidad del cuidado.
- Focaliza la atención en el individuo y la familia.
- Se requiere trabajo en equipo (multidisciplinar).
- La figura principal es la enfermera que actúa como coordinadora de la atención en colaboración con médicos y trabajadores sociales con asignación clara de actividades.

TABLA 9-2. Diferencias entre asistencia y atención domiciliaria

Asistencia domiciliaria	Atención domiciliaria
Actividad a demanda	Actividad programada
Trabajo individual	Trabajo en equipo
Abordaje del enfermo como una visión	Abordaje de la persona desde una perspectiva integral
Resuelve exclusivamente problemas puntuales	Intenta la solución de problemas globales
Orientada a la curación	Incluye la promoción, protección, curación, rehabilitación y reinserción
Ignora el autocuidado	Potencia el autocuidado
Escasa participación del usuario y su familia	Importante papel del usuario y su familia

Fuente: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Atención domiciliaria vs. actividad a domicilio. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. *Enfermería en atención primaria.* Madrid: DAE; 2006.

REQUISITOS DE ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las propuestas de intervenciones en atención domiciliaria en el ámbito de atención primaria tienen una alta heterogeneidad y no siempre cuentan con los aspectos básicos que deberían incorporarse a la organización de los equipos de atención primaria para desarrollar una atención domiciliaria con mayores garantías de calidad, y que se pueden concretar en:

- *El programa como marco de referencia*. Aunque se han venido desarrollando algunas propuestas tales como «Programa de inmovilizados», «Programa de visita domiciliaria», «*Salut al carrer*», etc., estos no siempre han contado de manera clara, explícita y «realista» el marco general sobre el que se va a llevar a cabo y que debería contemplar los siguientes elementos:
  - Definición de la población diana (quién) y la cartera de servicios (qué). Sería recomendable no limitarse al ámbito de la población geriátrica, sino incorporar nuevas líneas de servicios dirigidas al paciente postoperado, terminal, recién nacido, etc.
  - Incorporación de un mínimo de guías de práctica clínica en relación con los problemas más relevantes: úlceras por decúbito y vasculares, estreñimiento, atención a pacientes con demencia, etc.
  - Selección de un instrumento de valoración multidimensional validado. Al no existir un instrumento «global», se elegirán instrumentos que valoren cada una de las áreas de interés: autonomía funcional (Barthel, Katz, etc.), deterioro cognitivo (test de Pfeiffer, Minimental, etc.), riesgo de úlceras por decúbito (escala de Norton o Braden).
  - Priorización de algunos indicadores que nos permitan monitorizar el programa de salud a lo largo del tiempo. Por ejemplo: cobertura de mayores de 65 y 75 años, cobertura de población general, proporción de pacientes terminales, proporción de pacientes geriátricos y no geriátricos, proporción de pacientes con úlceras, etc.
- *Desarrollo de un plan de formación e investigación en este ámbito*. Formación de los diferentes miembros del equipo (sobre todo enfermeras, médicos y trabajadores sociales) en las diferentes áreas que abarca la atención domiciliaria, e investigación que permita ir incorporando evidencias en la práctica de la atención domiciliaria.
- *Incorporar elementos de atención compartida*. Es imprescindible contemplar la intersectorialidad más allá de la simple coordinación de niveles de atención. Teniendo en cuenta los diferentes recursos y agentes comunitarios que en mayor o menor medida pueden intervenir en la atención domiciliaria.
- *Diseños organizativos más flexibles en los equipos de atención primaria*. Han sido diversos los modelos organizativos que se han venido desarrollando en atención primaria a lo largo del tiempo, pero ninguno de ellos se ha mantenido el tiempo suficiente para permitir obtener evidencias claras de su eficacia y eficiencia (actividades y tareas, sectorización, unidad básica asistencial [UBA], unidad médico-enfermera [UME], etc.). Los cambios en los modelos de organización, por otra parte, han obedecido más a cuestiones políticas o corporativas que ha criterios de calidad o de idoneidad a las necesidades de la comunidad. Para lograr una atención de calidad es preciso priorizar las necesidades y adaptar la organización a la misma más allá de los intereses particulares que unos u otros profesionales puedan tener.

PROPUESTAS DE FUTURO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En un tema de tanta trascendencia como la atención domiciliaria dado el panorama sociodemográfico de nuestra sociedad, es necesario identificar aspectos relevantes que puedan contribuir a mejorar su planificación, ejecución y evaluación, entre los que podemos destacar:

Utilización «correcta» de los equipos de soporte en atención a domicilio

Los equipos de soporte no pueden ni deben sustituir a los equipos de atención primaria en la responsabilidad de la atención domiciliaria. Dichos recursos tienen un importante papel de ayuda y colaboración, pues incorporan un valor añadido a la atención prestada. Es necesaria una eficaz coordinación con ellos a fin de

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

evitar duplicidades, solapamientos o ausencia de atención.

Incorporación de nuevos profesionales y servicios

La complejidad de la atención en muchos casos hace necesario contemplar la incorporación de profesionales de otras disciplinas o de servicios específicos que favorecerán la atención integral e integrada (nutricionistas, enfermeras de salud mental, unidades de cuidados paliativos, etc.).

Desarrollo y consolidación de mejores infraestructuras

La dispersión en la atención y en los recursos que deben dar respuesta a muchas de las necesidades de las personas atendidas en el domicilio dificultan las acciones, por lo que sería conveniente modificar, ampliar o crear infraestructuras capaces de paliar estas deficiencias (centros integrados de prestaciones ortoprotésicas, centros de día, etc.).

Herramientas de continuidad

Se hace prioritaria la puesta en marcha de instrumentos/herramientas de información entre niveles como los informes de alta e ingreso (informe de enfermería al alta [IEA] o informe de enfermería al ingreso [IEI]) que permitan tener información real, puntual y cercana por parte de los profesionales de referencia (fundamentalmente enfermeras y médicos) de los pacientes que circulan entre los diferentes niveles de atención (fundamentalmente entre el hospital y el centro de salud). Asimismo, sería de gran importancia establecer canales de comunicación bidireccional permanentes, ágiles y directos entre profesionales de ambos niveles (vía telefónica, e-mail, etc.).

Protocolización y formación conjunta

Para lograr una adecuada continuidad de cuidados en la que el usuario y la familia perciban unidad de criterios en la atención recibida, es preciso desarrollar protocolos de actuación conjunta así como participar de planes de formación integrados.

Financiación

Una mala distribución presupuestaria provoca necesariamente defectos en la puesta en marcha de cualquier servicio, pero en el caso de la atención domiciliaria si cabe mucho más. Es preciso establecer criterios de asignación presupuestaria equitativos y que permitan desarrollar las actividades propias de la atención domiciliaria sin necesidad de tener que utilizar más allá de lo necesario la voluntariedad y la imaginación.

Coordinación/integración de los servicios sanitarios y servicios sociales

La hasta ahora escasa participación comunitaria ha reducido las posibilidades de rentabilizar los importantes recursos que existen en la comunidad a través de su correcta coordinación. Estrategias de este tipo favorecerían de manera significativa la eficacia y eficiencia de la atención domiciliaria y posibilitarían establecer plataformas sociosanitarias de las que hasta el momento adolece el sistema.

Incorporación de nuevos instrumentos de evaluación

Es necesario plantear la incorporación de nuevos indicadores que permitan medir la calidad de la atención domiciliaria, teniendo en cuenta la perspectiva de ambos niveles de atención. En este sentido cabe destacar la hospitalización por problemas de cuidados en atención primaria, los denominados *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), que aun siendo indicadores hospitalarios, sirven de medida de la efectividad de la atención primaria en general y de la atención domiciliaria en particular, aunque han generado resistencia por parte de los profesionales de atención primaria al identificarlos como indicadores hospitalarios. Sería deseable que se hiciesen esfuerzos por diseñar indicadores conjuntos que permitiesen medir la eficacia de la atención compartida que en torno a la atención domiciliaria se lleva a cabo en muchos aspectos.

Hospitalización a domicilio «compartida»

Las cada vez más frecuentes unidades de hospitalización a domicilio (UHD) se han desarrollado al margen de la atención primaria, y son percibidas por esta en muchas ocasiones como una injerencia en su campo de competencias (la comunidad y el domicilio del paciente). El cambio de estrategia hacia un desarrollo coordinado y compartido favorecería no tan solo la calidad de la atención prestada, sino también la relación

entre los profesionales de ambos niveles. Asimismo, se debería plantear la corresponsabilidad financiera.

Construcción de alianzas estratégicas entre las partes del sistema sanitario y social

De la misma manera que en otros sectores, las alianzas constituyen una estrategia de eficacia contrastada en el desarrollo de nuevos productos y servicios. Existen experiencias de atención compartida en otros países en las que se configuran nuevos servicios con la aportación de recursos de dos o más organizaciones del sector. Este sería el caso de la creación de servicios de enfermeras clínicas de enlace, cuidados paliativos, heridas u ostomías que dan soporte a pacientes hospitalizados y a los equipos de atención primaria como consultoras, o el desarrollo de almacenes de ayudas técnicas o adaptaciones gestionados conjuntamente entre los servicios comunitarios sanitarios y sociales.

LECTURAS RECOMENDADAS

Agra Varela Y, Sacristán Rodea A, Pelayo Álvarez M, Fernández J. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales en una Área Sanitaria de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2003;77:567-79.

Baztán Cortés JJ. Análisis de la organización de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ, editores. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2001. p. 57-69.

Caminal Homan J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003;31(1):61-5.

Campion EW. Specialized care for elderly patients. N Engl J Med. 2002;346:874.

Clark J. Preventive home visits to ederly people. BMJ. 2001;3236:708.

Contel Segura JC. La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. Index Enferm. 2009;18(3):176-9.

Contel Segura JC. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo. JANO. 2005;1578:81-3.

Cutler DM. Disability and the future of Medicare. N Engl J Med. 2003;349:1084-5.

Díaz-Cordobés Rego M, Ortiz Fernández MD, Ruiz San Basilio JM, Blancas Avilés MI, Torrejón Matías F, Zambrana Moral R. Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. Medicina de Familia (And). 2005;6(3):153-60.

Dr. Foster Intelligence (2006). Keeping people out from the hospital: the challenge of reducing emergency admissions.

Escudero M, Ibáñez A, González E, Sánchez F, Utrilla F, Hidalgo M, et al. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. Enferm Clin. 2000;11(3):91-6.

Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en atención primaria. [Consultado el 12 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.semFYC.es/ActividadesyServicios/Publicaciones/htm.

Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 2002;347:1068-74.

Gonzalo E. Investigación en cuidados enfermeros y dependencia. Index Enferm. 2009;18(3):175-6.

Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. BMJ. 2007;334:31.

Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. N Engl J Med. 2003;349:1048-5.

Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Atención domiciliaria vs. actividad a domicilio. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. DAE. Madrid; 2006.

Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Serv Res. 2007;4(7):47.

Palomo L, Gervás J. Mortalidad a los 2 años en pacientes crónicos confinados en el domicilio. Aten Primaria. 2000;25(3):176-80.

Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es calidad? En: Calidad asistencial en atención primaria. Tomo I. Madrid: Dupont Pharma; 1997.

Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. Rev Esp Salud Pública. 2003;77:581-94.

Sterne J, Egger M, Davey Smith G. Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. BMJ. 2001;323:101-5.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2002;287:1022-8.

Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte LP, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ. 2000;320:754-8.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 0

Atención integral

María Jesús Pérez Mora

INTRODUCCIÓN

La RAE define el concepto de *integral* como «la referencia a cada una de las partes de un todo»; así cuando la OMS se refiere a la atención integral, lo que plantea es que el ser humano, desde la perspectiva de la atención sanitaria, debe ser considerado en cada uno de los tres aspectos: biológico, psicológico y social.

Sin embargo, este concepto ha sido ampliado por los profesionales de la salud que consideran que el aspecto espiritual de los seres humanos también influye en la forma de enfrentarse a los problemas de salud y han incluido, en los modelos de intervención, el concepto de *espiritual* entendido como el sistema de valores y creencias de cada individuo, algo más amplio que el concepto de religiosidad que en ocasiones confunde a los profesionales.

Desde que en 1946 la OMS definiera la salud como el completo estado de bienestar biopsicosocial del individuo y no solo la ausencia de enfermedad, la asistencia sanitaria ha ido evolucionando y pasando por diferentes «modelos», enriqueciéndose con nuevas formas más completas de intervención, hasta llegar al concepto amplio de atención a la salud.

Así podríamos definir la **atención** como el concepto que reuniría en la función asistencial cada una de las actividades de protección y promoción de salud; prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación física y reinserción social de las personas, además de las funciones de administración, investigación y docencia como elementos imprescindibles para la mejora continuada de la calidad de la atención a la salud.

Atender los problemas de salud de las personas de forma individual, desde la comprensión de que cada ser humano responde a los procesos de enfermar de forma diferente, no significa que debamos olvidar que los determinantes de salud están presentes en cada respuesta.

La genética, los estilos de vida, el entorno físico, psíquico y social, la nutrición y el propio sistema sanitario estarán presentes en todo el proceso de atención a la salud de cada persona, no solo en su contribución al desequilibrio en el continuo de salud-enfermedad sino también en el restablecimiento del mismo.

Si el ser humano es mirado por los profesionales de la salud como parte de un sistema, la atención integral se hace patente y necesaria e implica la construcción de una respuesta compleja y laboriosa.

La respuesta adecuada es la que aplica el enfoque comunitario, ello supone la planificación de la acción y los recursos sociales a nuestro alcance para abordar los problemas de salud desde la prevención del mismo a través de los diferentes sectores sociales y profesionales que puedan estar implicados.

De la misma forma deberá ser planificada toda acción dirigida al tratamiento del problema, la rehabilitación y reinserción de las personas que lo padecen, todo ello sin dejar de actuar sobre los factores que promocionan y elevan el nivel de salud de una comunidad.

Recordemos que la OMS en la declaración de Alma-Ata concreta su definición de *salud* como «aquel estado en el que las personas son social y económicamente productivas». Ello nos lleva a establecer una serie de puntos de referencia que nos permiten analizar la situación sin peligro de dejar a la improvisación ningún aspecto de los cuidados de salud.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

El objetivo de la atención integral es garantizar la mejora de la salud de una comunidad a través de la gestión, promoción, prevención, atención y rehabilitación en los niveles nacionales, regionales

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

y locales, mediante las condiciones de accesibilidad necesarias, reforzando la capacidad y los recursos locales que den respuesta a las demandas de salud de forma oportuna y con calidad.

PUNTOS DE REFERENCIA PARA LA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA INDIVIDUAL

Todo ser humano responde de forma personal y diferente ante problemas de salud comunes, ello depende de su capacidad de afrontamiento, y esta a su vez del nivel de satisfacción de sus necesidades.

Así, la **pirámide de Maslow** se presenta como uno de los puntos de referencia de la atención integral. Si un ser humano estuviera en el primer nivel de la pirámide, donde las **necesidades** básicas y de supervivencia no estuvieran cubiertas, lo probable es que el problema de salud que nos ocupa no pudiera resolverse sin cubrir las necesidades de alimentación, vivienda, ausencia de dolor y descanso. En qué medida es necesaria la organización y movilización de los recursos propios del **individuo** o los recursos del sistema social inmediato, dependerá de la preparación de los profesionales para detectar las necesidades no satisfechas y de la organización de la estructura de los diferentes sistemas sociales implicados.

Cubrir las necesidades del primer nivel no depende solo de la voluntad de la persona ni de los profesionales sanitarios, sino del **contexto** en el que se desarrolla su vida, del **lugar** y de la red social en la que vive, de aquí la complejidad de la atención integral que supone la movilización de todos aquellos recursos que contribuyen a cubrir las necesidades de los individuos.

En la medida en que una persona cubre el primer nivel de necesidades y asciende en los peldaños de la pirámide de Maslow, adquiere también recursos propios, emocionales, sociales, de autoestima y de autorrealización, de forma que se enfrentará a los factores estresantes de vida con mayor o menor capacidad superando o no los desequilibrios en la salud que dichos factores puedan generar, pudiendo aparecer en un **tiempo** determinado una situación de crisis de salud.

No debemos olvidar que una necesidad, percibida o no por la persona o por la comunidad, no satisfecha entraña un potencial problema de salud.

La atención individual a la persona en situación de crisis de salud requiere de la detección temprana del problema, del establecimiento de prioridades en la intervención individual y la posterior definición de objetivos para intervenciones posteriores más complejas, que irían desde la contribución de la familia a aquellas que necesiten de la coordinación con las redes sociales e institucionales capaces de dar respuesta al abordaje en todos sus niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria y desde los ejes de promoción de la salud y prevención de nuevos problemas.

Para los profesionales de enfermería ante el análisis de una situación de cuidados desde la perspectiva de la atención integral, serían puntos de referencia:

- Los **individuos** que forman parte del escenario, no solo el paciente sino los componentes de la familia que conviven o los amigos y vecinos comprometidos por lazos relacionales. Todos ellos componen una parte de la llamada red de apoyo social: el subsistema de ayuda natural informal, el subsistema de ayuda natural formal compuesto por los grupos organizados de personas afectadas por problemas concretos cuya ayuda está estructurada y la red institucional configurada por los diferentes subsistemas: docentes, laboral, sanitario, etc.
- El **contexto** en el que se desarrolla la situación y por contexto entendemos, desde la cultura, la economía, la formación, la situación laboral, al compromiso social y político de la comunidad en la que viven los individuos. Conocer el contexto nos permitirá valorar en qué medida podrá la comunidad involucrarse y participar en las intervenciones que emprendamos.
- El **lugar** donde se desarrollan los cuidados reales y potenciales, desde la vivienda, el hábitat inmediato, el barrio, el sistema sanitario y el entorno medioambiental. En cada escenario las intervenciones deberán ajustarse a la realidad y a los recursos de que estos disponen y, en ocasiones, las acciones podrán dirigirse a cambiar el entorno físico, como en los casos de falta de accesibilidad de las personas a los recursos sociales.
- El **tiempo** entendido como el transcurrido en el proceso de evolución del problema, la edad de las personas y la etapa del ciclo vital en la que se encuentran. El tiempo en cuanto a la planificación de la intervención y de la definición de objetivos a corto, medio y largo plazo o la propia climatología del lugar.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Las **necesidades** satisfechas y no satisfechas, independientemente de si han sido percibidas o no y de si han sido manifestadas o no, necesidades comparativas no cubiertas y necesidades de supervivencia.

PUNTOS DE REFERENCIA PARA LA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA

Así, se entiende la atención integral de salud como:

> «La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado con los diferentes sectores institucionales y contando con la participación de la comunidad y de las redes sociales que la integran.»

El enfoque comunitario de la salud supone mirar a las personas desde un prisma amplio que englobe todas las tareas para el desarrollo saludable de su vida en sociedad. Este enfoque tendría como base de actuación **los principios y valores sociales,** como la universalidad del acceso de las personas a los cuidados de salud, el derecho a la calidad y la eficiencia de los cuidados, a la equidad, a la participación de cada individuo y la comunidad en la que vive en la toma de decisiones y la planificación de todas las actividades encaminadas al logro de la potenciación y el desarrollo de su vida productiva en salud.

Para ello, debemos planificar las intervenciones desde las **necesidades** de salud y el establecimiento de **prioridades.**

Partiendo de la **identificación de necesidades** mediante el estudio y diagnóstico de salud de la comunidad en la que se pretende intervenir, no es posible iniciar una planificación de intervenciones en salud si no conocemos las características demográficas de la población con la que vamos a trabajar; necesitamos saber cuál es la estructura piramidal de esa población, cuántas personas componen cada grupo etario susceptible de recibir nuestros cuidados, su nivel cultural, económico y el grado de compromiso de los ciudadanos con la participación en la toma de decisiones. Necesitamos conocer los recursos con los que la comunidad cuenta, tanto de carácter asociativo como de carácter institucional. Es necesario el estudio previo de la población desde un enfoque epidemiológico y social que nos sitúe en el punto de partida de nuestra intervención de forma integral.

Una vez identificadas las necesidades, se deben **establecer las relaciones** de las mismas con los determinantes de salud que las determinan, con el fin de intervenir en los distintos campos afectados o que potencian el problema de salud detectado.

A continuación, hay que establecer **prioridades de intervención** enfocadas a la promoción y potenciación del desarrollo de la vida en salud, a la prevención de los riesgos potenciales de pérdida de salud, al tratamiento, la rehabilitación de los problemas de salud ya establecidos y a la reinserción en la sociedad de las personas.

Toda acción planificada y con objetivos bien definidos debe ser **evaluada;** la evaluación de una intervención debe ser un proceso periódico y sistemático, ello nos permitirá analizar en qué medida nuestra intervención es pertinente, suficiente, eficaz, eficiente y efectiva, así como valorar si ha habido cambio de conductas debidas a nuestra intervención (impacto), comprobando las posibles desviaciones en el logro del resultado esperado en función de los objetivos definidos, estableciendo nuevas actuaciones, intentando solventar las deficiencias detectadas en el proceso e **implantando nuevos objetivos.**

La **multidisciplinaridad** del equipo de salud y la **multisectorialidad** de los recursos comunitarios son dos características principales de la atención integral de salud, sin ellos es imposible llevar a buen término cualquier actividad cuyo objetivo sea la solución racional y a largo plazo de los problemas de salud de las personas de cualquier comunidad.

El equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales de la salud y de las ciencias sociales permite que todos trabajen desde los diferentes enfoques profesionales y establece los campos de actuación de cada uno de ellos, permitiendo el acceso de las personas de la comunidad a todos y cada uno de los recursos en salud.

Numerosos estudios concluyen que la multisectorialidad es garantía de la reducción de las desigualdades, evita la duplicidad de recursos y unifica la respuesta que se ofrece, asimismo disminuye los esfuerzos y rentabiliza los resultados.

Poder llevar a término una atención integral pasa necesariamente por disponer, en el territorio que nos ocupe, de **políticas de salud** que asuman los principios y valores sociales de los que hablamos en el párrafo anterior. Difícilmente se puede garantizar una atención integral si no contamos con la voluntad de los órganos institucionales de asumir que la salud no es solo cosa de las personas que sufren un problema, sino del entorno en el que viven y de las instituciones que lo administran. La preparación específica de los profesionales es necesaria para llevar a buen término un programa de atención integral, pero también es necesaria la concienciación de los profesionales.

Las enfermeras debemos ser conscientes de que solo en un medio que garantice la «**justicia social**» tiene sentido su trabajo como enfermeras comunitarias. En ocasiones vemos y oímos argumentos que pretenden volver al planteamiento de que tenemos un campo de trabajo importantísimo como miembros de organizaciones basadas en el concepto de «caridad y compasión». Recuerden que durante los últimos 2000 años de historia, este principio ha regido las acciones, supuestamente, encaminadas a solucionar los problemas de desigualdad entre los pueblos y entre ricos y pobres de una misma población y el resultado es de todos conocido.

La sociedad actual ha ido avanzando, desde mediados del siglo XIX, momento en que aparece el concepto de justicia social como medio para lograr un reparto equitativo de los bienes sociales e implica el compromiso del Estado para compensar las desigualdades que surgen con el «mercado» y otros mecanismos propios.

La sociedad avanza en la medida que se han reconocido los derechos de los hombres y de los ciudadanos, de su capacidad a decidir sobre sus vidas y de que la sociedad sea capaz de establecer los medios de participación en la toma de decisiones que a la administración de la misma concierne.

Los **derechos humanos universales** fueron reconocidos por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, apenas finalizada la Segunda Guerra Mundial, y en ella se reconocía que: «**La libertad, la justicia y la paz del mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana».** En esta declaración se establece que los derechos son «aquellos que el hombre posee por el mero hecho de serlo» y todos estamos obligados a respetarlos, pero es «inherente a los gobernantes, es decir a los hombres y mujeres que ejercen de servidores públicos».

LECTURAS RECOMENDADAS

Acosta Sariego JR. Atención integral de la salud como cuestión ética. [Consultado el 15 de septiembre de 2010]. Disponible en: www.panorama.sld.cu/pdf/.../atencionintegraldelasalud.pdf.

Declaración Universal de Derechos Humanos. [Consultado el 16 de septiembre de 2010]. Disponible en: www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). [Consultado el 12 de septiembre de 2010]. Disponible en: www.minsa.gob.ni/.../Modelo%20de%20Atencion%20Definitivo%20Mayo04.pdf.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 1

Atención primaria de salud: perspectivas de futuro

José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

Lo que se inició como un importante componente de discurso ilusionante en los años ochenta, con el paso de los años fue diluyéndose para dar paso a un panorama que para nada se parecía al que pregonaba. La desilusión y la desmotivación contribuyeron a la rutina de las actividades y tareas asistenciales diarias que fueron ocupando los huecos dejados por el abandono de iniciativas y estrategias que durante los primeros años de la denominada reforma tuvieron mucha relevancia, al menos retórica, como la promoción de la salud, el trabajo en equipo, la participación comunitaria o la investigación, por citar tan solo algunos ejemplos.

La sensación de atonía en relación con la atención primaria es la percepción más corriente entre los profesionales que aún quedan en activo; atonía que tan solo se salva esporádicamente por algunos planteamientos de rebeldía ante lo instaurado y de propuestas sugerentes que de momento tan solo se quedan en eso.

Según Pérez-Giménez, en los últimos 20 años la política sanitaria se ha desarrollado a partir de cuatro procesos clave:

1. Diseño del Sistema Nacional de Salud (1982-1986), caracterizado por el inicio de las transferencias, por el refuerzo y la reforma de la atención primaria y por el dibujo de Sistema Nacional de Salud (universalización, financiación basada en impuestos generales, unificación de las redes de centros, normativa legislativa transferencial).
2. Desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986 (1987-1991), etapa en la que se profundiza en aspectos como la universalización de los servicios, la distribución equitativa, la solidaridad, la financiación pública, la integración de recursos, la consideración de las políticas de prevención y promoción junto a asistencia y farmacia, y la extensión del proceso de traspaso de competencias a las comunidades autónomas (CC. AA.).
3. La denominada reforma de la reforma se produce entre 1992-1996, sobre todo a partir de las recomendaciones del informe Abril y del Tratado de Maastricht, que señalan el comienzo de las tendencias neoliberales que matizan el derecho a la salud.
4. Aumento de la gestión y de la provisión privadas (1996-1999), etapa caracterizada por el incremento de las medidas liberalizadoras, cuyo símbolo es la habilitación de nuevas formas de gestión, como las denominadas fundaciones.

En este último período, la mercantilización de la salud y la reducción progresiva de la sustantividad del derecho a la salud han provocado:

- Distribución y adecuación de recursos con criterios claros de ineficiencia.
- Incremento importante de los costes y reducción de los presupuestos para atención primaria.
- Aumento de la demanda de manera considerable sin que se dé respuesta adecuada a la misma.
- Importante incremento en la medicalización, sin una mejora en la percepción de salud de la población.
- Incorporación progresiva de tecnología con desplazamiento de actividades de promoción y prevención.
- Constantes y fugaces experiencias que no logran dar respuesta a las necesidades crecientes planteadas por la comunidad y generan desconfianza, desmotivación y rechazo en los profesionales.
- Abandono de principios básicos de la filosofía de atención primaria como la participación e intervención comunitarias.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Mayor descoordinación entre niveles asistenciales con la consiguiente merma en la continuidad de los cuidados.
- Burocratización de la atención que la hace más lejana e impersonal.
- Infrautilización de la capacidad resolutiva de profesionales como las enfermeras o los trabajadores sociales, cada vez más dedicados a tareas asistencialistas y administrativas.
- Ineficaces modelos organizativos en los que priman las necesidades del sistema o de los colectivos sanitarios sobre las de la comunidad.
- Invisibilidad de los cuidados al no estar incorporados institucionalmente como producto enfermero propio en atención primaria.
- Implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos.
- Retraso injustificado en el desarrollo y la implantación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.
- Escasa o nula colaboración con sociedades científicas.
- Escasa capacidad en la toma de decisiones de los coordinadores de los centros.
- Ineficaz o nula planificación de las consultas médicas y de enfermería, abocadas a dar respuesta a la creciente demanda sin criterios de calidad, eficacia y eficiencia.
- Incremento del gasto farmacéutico y paradójicamente del abandono terapéutico.
- Escasa atención a grupos vulnerables de la comunidad como ancianos frágiles, enfermos terminales, enfermos mentales, etc.
- Aumento de la atención individualista en detrimento de la intervención familiar y comunitaria.
- Escaso o nulo trabajo en equipo.
- Organización sobre la base de actividades y tareas que reducen la capacidad de actuación autónoma de los profesionales.
- Aislamiento progresivo del centro de salud y de sus profesionales con la comunidad.
- Escasa actividad programada.
- Disminución de la atención domiciliaria.
- Estancamiento o descenso de la investigación, derivado de la falta de apoyo y de la desmotivación generalizada.
- Indicadores de actividad que aportan información muy puntual y con escasa relevancia para la gestión.

MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ciudadanos, profesionales de atención primaria, entidades proveedoras y administración probablemente tienen una visión diferente de qué es y de cómo tiene que ser la atención primaria del futuro. Futuro que, por otra parte, es el presente dadas las deficiencias identificadas. De todas formas, en algunos de los puntos de mejora de la atención primaria que se pueden identificar, coincidirán las cuatro perspectivas aunque, seguramente, con ciertos matices en considerar; en otros, en cambio, la valoración será más particular desde alguna de ellas.

Por ejemplo:

- Los usuarios esperan el mínimo de limitaciones a la accesibilidad o el esfuerzo y dedicación de los profesionales para solucionar sus problemas sin atender a condicionantes financieros.
- Los profesionales esperan mayor autonomía o que el sistema cuente con una financiación adecuada.
- Las entidades proveedoras esperan de los usuarios un consumo racional de los servicios puestos a su disposición o que los profesionales pongan su capacitación y aptitud a disposición de la institución sirviendo a sus intereses, o que el financiador asigne recursos que permitan una contraprestación estable y adecuada al coste de los recursos que ponen a disposición de los profesionales.
- La Administración pide a los profesionales una actitud favorable a la satisfacción del usuario y una mayor conciencia sobre los costes o que los usuarios utilicen los servicios aplicando criterios de racionalidad individual, evitando cualquier tipo de derroche o de abuso moral.

La gestión sanitaria tiene el reto de hacer confluir los diferentes intereses y aspiraciones para conseguir un funcionamiento integrado y eficiente del sistema. La resolución integrada de intereses pasa por la idea de transparencia de regulaciones, situaciones, derechos y obligaciones de los agentes del sistema.

Algunos de los puntos de mejora que se pueden identificar, desde la perspectiva de los diferentes agentes son (tabla 11-1):

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TABLA 11-1. Puntos de mejora de la atención primaria desde diferentes perspectivas

Ciudadanos-usuarios	Administración	Entidades proveedoras	Profesionales
Relación personalizada y de confianza Acortar tiempo de resolución Acceso a otras alternativas terapéuticas Confortabilidad	Prevención del riesgo Colaboración intersectorial	Innovaciones organizativas Acercar las culturas de gestión y asistencia	Facilitar la comunicación y relación entre profesionales y el trabajo en equipo Desarrollo de la gestión profesional y aumento del liderazgo Funcionamiento menos farragoso y burocrático de las instituciones y más soporte a la práctica asistencial Distribución eficiente de los recursos sobre la base de criterios poblacionales y epidemiológicos Carga adecuada de trabajo Organización centrada en las necesidades reales de la comunidad Orientación más comunitaria de los servicios y de salud pública

Ciudadanos-usuarios

- Relación más personalizada y de confianza con todos los agentes del sistema.
- Acortar el tiempo de resolución.
- Tener acceso a alternativas terapéuticas para los problemas carentes de una solución satisfactoria con actuaciones sanitarias tradicionales.
- Confortabilidad.

Administración sanitaria

- Mayor prevención del riesgo para evitar problemas de salud, sin aplazar la solución contemporánea de los problemas.
- Mayor colaboración intersectorial.

Entidades proveedoras

- Desarrollar innovaciones organizativas.
- Acercar las culturas de gestión y asistencia.

Profesionales

- Facilitar la comunicación y relación entre profesionales y el trabajo en equipo.
- Mayor desarrollo de la gestión profesional y aumento del liderazgo.
- Funcionamiento menos farragoso y burocrático de las instituciones y más soporte a la práctica asistencial.
- Distribución eficiente de los recursos sobre la base de criterios poblacionales y epidemiológicos.
- Carga adecuada de trabajo.
- Organización centrada en las necesidades reales de la comunidad.
- Orientación más comunitaria de los servicios y de salud pública.

CAMBIOS NECESARIOS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Para hacer frente a los cambios que se están produciendo, para atender las nuevas demandas de la población y lograr una atención primaria de futuro, los aspectos más básicos y conceptuales del modelo siguen siendo apropiados. De manera particular, resulta adecuado el reconocimiento y la potenciación en el modelo de los atributos ya clásicamente definitorios de la atención primaria de salud: la accesibilidad (estar cerca del domicilio de las personas y estar accesibles durante las 24 h del día, todos los días del año), la globalidad (atender los diferentes aspectos de la vida de las personas), la longitudinalidad (hacerlo durante toda la vida de las personas) y la integralidad (capacidad del profesional para ser agente de sus pacientes y para coordinar a los diferentes profesionales y servicios sanitarios y no sanitarios que les garanticen una mejor atención).

Pese a la vigencia de estos elementos fundamentales del modelo, la orientación de la atención primaria tendrá que dar, de ahora en adelante, respuestas satisfactorias a las nuevas necesidades de adaptación y mejora de los servicios. Habrá que poner especialmente el énfasis en aquellos aspectos del modelo insuficientemente desarrollados (p. ej., la atención comunitaria) y en aquellos otros que, desde una perspectiva innovadora, se adecuen a las nuevas exigencias de calidad, equidad y eficiencia en la prestación de los servicios y de satisfacción de los ciudadanos al respecto.

Los cambios que parece razonable se produzcan para la mejora de la atención primaria coinciden prácticamente con los que apuntaba Vuori cuando se inició la reforma de la atención primaria como consecuencia de la declaración de Alma-Ata y que son:

- Conceptuales.
- Financiación.
- Organizativos generales.
- Gestión y oferta de servicios.
- Organizativos locales (del trabajo diario).
- Profesionales.
- Usuarios.
- Participación.

Conceptuales

La atención primaria tiene que centrarse, progresivamente, más en los ciudadanos, sus problemas de salud y los procesos que tiene que abordar que en las estructuras en que se presta la atención. No parece muy lógico que se sigan construyendo infraestructuras modernas y atractivas a la vista y que las actuaciones que en las mismas se desarrollen sean del ámbito de la asistencia médica que dio paso a la reforma de la atención primaria. Es decir, exclusivamente centradas en la atención a la demanda individualizada, la enfermedad y el tratamiento farmacológico. Esto lleva consigo una visión de la organización completamente distinta a la actual de tipo piramidal estratificado.

La mejora del poder resolutivo de atención primaria debe ser identificada como un instrumento para conseguir de la manera más eficaz y eficiente influir de forma positiva sobre la situación de salud individual, familiar y comunitaria (indicadores de salud) y, a través de eso, sobre la calidad, la esperanza de vida y el nivel de satisfacción general de las personas.

Es necesario identificar como objetivo la mejora del nivel de salud y, a través suyo, de la calidad de vida, tanto desde la perspectiva poblacional como individual. Esto implica necesariamente desarrollar estrategias intersectoriales, en las que estén implicados los dispositivos de salud pública y los diferentes recursos comunitarios, retomando y afianzando la participación e intervención comunitarias.

Es imprescindible incorporar las aportaciones que a la salud comunitaria realizan los diferentes profesionales de los equipos. Es preciso eliminar la tendencia a olvidar o minusvalorar la influencia fundamental que tienen estas aportaciones en el poder resolutivo final. Otro elemento de importancia central es el de la valoración de la calidad y pertinencia de las actuaciones asistenciales con un nivel de prioridad igual o superior al que se da a su cantidad.

Financiación

Se hace necesario el diseño de nuevas formas de financiación a medio y largo plazo para poder tener una visión prospectiva que permita dar una respuesta suficiente a las necesidades y demandas. Es preciso llevar a cabo una asignación de recursos que no sea prisionera del mantenimiento de las estructuras actuales del sistema. Las estructuras no se pueden justificar por sí mismas, sino a partir del servicio que dan.

Se precisa homogeneizar los sistemas de pago de los diferentes niveles asistenciales para poder realizar un seguimiento del destino final de los recursos y de los resultados obtenidos en la provisión de servicios. La tradicional fuerza y capacidad de influencia del sector hospitalario, dentro de la estructura productiva de la provisión de servicios sanitarios lleva consigo su primacía respecto a la distribución de los recursos, con el consiguiente perjuicio para atención primaria. Una política más activa que permitiese la redistribución de los recursos propiciaría una distribución interna más justa y equilibrada del presupuesto que permitiese potenciar adecuadamente la atención primaria de salud como nivel de atención que realiza una importante aportación al conjunto del sistema. Se tienen que limitar cuanto antes los condicionantes de un nivel hospitalario que actúa como *lobby* y que dificulta los necesarios cambios en la distribución funcional del presupuesto.

Los condicionantes restrictivos de la actual situación político-económica limitan el avance de la atención primaria, pero no deben ser la permanente excusa para su paralización presente y futura.

Organizativos generales

Se debe producir una adaptación de la legislación sanitaria a la evolución del modelo sanitario, que permita lograr los necesarios cambios organizativos y desbloquee la actual situación de parálisis provocada por la falta de cobertura normativa o, incluso, por la oposición de la legislación sanitaria actualmente vigente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La atención primaria no puede seguir ajena a los importantes cambios sociodemográficos y a las propias demandas que se derivan de los mismos. La organización está centrada actualmente en dar respuesta a los problemas agudos y al progreso tecnológico, mientras que las necesidades emergentes se inclinan cada vez más hacia los problemas crónicos y los derivados del crecimiento de la dependencia.

Para poder abordar con efectividad esta realidad se hacen imprescindibles estrategias intersectoriales. La atención de salud de base comunitaria debe propiciar cambios de actitud y actividades de educación y capacitación, así como aplicarse en todas las actuaciones sociosanitarias, con el fin de lograr que estos sean accesibles, integrales, integrados, integradores y capaces de responder a las necesidades de los usuarios y eficaces en función de su coste.

Es una realidad la existencia de dos subsistemas bien delimitados (tecnológico, de atención esporádica y centrado en la enfermedad, que se da en los hospitales, y de atención continua y continuada, personal, familiar y comunitaria, centrado en el conglomerado atención primaria/atención sociosanitaria) que hacen cada vez más evidente la necesidad de generar vínculos que los coordinen e integren mediante su inclusión con carácter prioritario en los contratos de servicios (de forma simétrica y complementaria tanto en los contratos de atención primaria como en los de atención especializada).

Hay que transformar las estrategias de coordinación entre profesionales y niveles por otras de integración vertical y horizontal de la atención a través de la implantación de estrategias concretas y la evaluación de su grado de cumplimiento en la práctica que eviten, como ha venido sucediendo hasta ahora, que quedasen en declaraciones de buenas intenciones.

Gestión y oferta de servicios

La optimización de la equidad, efectividad y calidad de la distribución de recursos y de las actuaciones sanitarias debe ser la consecuencia de una gestión de los recursos sanitarios con orientación equilibrada.

La oferta asistencial debe lograr equidad y justicia distributiva, dando más a los que más lo necesitan y menos posibilidades tienen de resolver sus propios problemas. Por tanto, la oferta de servicios sanitarios (públicos) tiene que priorizar siempre los grupos de población deprimida, ofreciendo unos servicios públicos de salud básicos que se complementen con una oferta amplia que cubra las necesidades de los más desfavorecidos.

Debe incluirse y potenciarse la prestación de los aspectos de la cartera de servicios de atención primaria poco desarrollados en la oferta asistencial de los equipos (actividades de atención grupal, atención pediátrica a domicilio, salud escolar, prescripción de las bajas laborales en la atención domiciliaria, etc.).

El rápido envejecimiento de la población plantea un enorme reto para los proveedores de atención primaria, y la demanda de tales servicios puede verse incrementada a medida que aumentan el número de adultos mayores en la población. El perfil mundial de las enfermedades está cambiando. Es evidente una transición de las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades no transmisibles y crónicas que en su mayor parte se pueden prevenir o retrasar mediante estrategias de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Se precisa de una monitorización constante de las enfermedades crónicas para minimizar la aparición de discapacidades asociadas y sus efectos adversos en la calidad de vida.

La ausencia de metodologías cualitativas y el insuficiente impacto de los resultados de la evaluación de la atención primaria entran en contradicción, por una parte, con el convencimiento general sobre la importancia de la evaluación de los servicios, y por otra, con el hecho de haber optado por un modelo más flexible desde el punto de vista normativo, en lo que hace referencia a la estructura y al proceso asistencial, y en que el control de los servicios se centra teóricamente en la obtención de unos determinados resultados de salud y de satisfacción de los ciudadanos.

Aspectos organizativos locales (del trabajo diario)

La dotación de recursos con criterios poblacionales y ajustada a las necesidades reales, fundamentalmente de cuidados, tiene que contribuir a racionalizar las plantillas de profesionales de atención primaria con un importante incremento en el número de enfermeras comunitarias de cuidados generales y la incorporación progresiva de enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Por otra parte, es necesario incorporar nuevos profesionales, como nutricionistas, podólogos…, que den respuestas eficaces

a la amplia variedad de necesidades que demanda la comunidad.

A pesar de los cambios significativos de organización producidos en la atención primaria en sus inicios, estos no solo no han evolucionado para adaptarse a las necesidades de la comunidad sino que más bien se ha producido una involución hacia planteamientos organizativos previos a la citada reforma.

Otro hecho destacable es la deficiente distribución competencial de las actuaciones de atención que persiste entre los diferentes grupos de profesionales y que no sigue criterios para optimizar la efectividad y la eficiencia. Se hace imprescindible llevar a cabo una seria reflexión y un profundo análisis sobre esta cuestión que permita reorientar los campos prioritarios de actuación profesional, con referencia especial a enfermeras comunitarias y médicos de familia.

Deben extenderse las actividades docentes de los profesionales de los equipos a los estudios de pregrado y posgrado de todas las categorías profesionales del equipo y facilitar la acreditación de los servicios para el ejercicio de la docencia.

Hay que reconocer en los contratos con las entidades proveedoras y en la jornada laboral de los profesionales asistenciales los espacios de tiempo destinados a las actividades docentes y de investigación y, en particular, promover el soporte y reconocimiento laboral de la acción tutorial de los profesionales asistenciales.

Profesionales

Los profesionales deben tener en cuenta las necesidades, expectativas y demandas de los ciudadanos para poder dar respuestas eficaces y eficientes alejadas de la perspectiva individualista que como colectivos muchas veces anteponen y que provocan no tan solo la exclusión de esa perspectiva, sino también la ineficiencia del sistema en su conjunto.

Deben priorizarse los aspectos de la oferta asistencial más directamente relacionados con la atención a los usuarios, especialmente en relación con sus expectativas, su nivel de exigencia respecto a los servicios sanitarios y el desarrollo de la relación de confianza entre el profesional de atención primaria y el usuario (accesibilidad horaria, personalización en el trato, confidencialidad, tiempo de dedicación, rapidez en la respuesta, etc.).

Los profesionales de atención primaria deben confluir a una verdadera cultura de equipos interdisciplinarios que reduzca la ineficacia e ineficiencia en la atención de procesos derivada de su ausencia. Las enfermeras deben incorporarse como verdaderas protagonistas en la mejora del poder resolutivo de la atención primaria con especial referencia en las acciones de atención domiciliaria y comunitaria.

Asimismo, hay que tender a dar protagonismo a los profesionales a través del favorecimiento de la capacidad en la toma de decisiones, potenciando la motivación y la capacidad de iniciativa real de los mismos.

Los profesionales deben incorporar la evidencia científica disponible en sus decisiones de gestión y de práctica profesional, que favorezca el abandono de la práctica defensiva generada en muchas ocasiones por la desconfianza entre gestores y profesionales.

Usuarios

Los ciudadanos tienen que estar muy informados y adquirir una cultura responsable de utilización de los recursos que les permita, a su vez, pedir ser atendidos con rapidez y calidad. De tal manera que puedan influir en el poder resolutivo de la atención primaria.

Es imprescindible fomentar y potenciar la imagen positiva de la atención primaria, alejándola de la concepción, aún presente en muchos políticos, gestores, profesionales y ciudadanos, de que es un servicio menor o de segunda clase frente a la preponderancia resolutiva de la tecnología y el prestigio científico de la atención especializada. La confianza en la atención primaria favorecerá su poder resolutivo, evitando la desviación de las demandas de atención y el desequilibrio de asignaciones presupuestarias.

Participación

No hay que limitar la perspectiva de mejora de la atención primaria al poder resolutivo clínico. Es necesario incorporar de manera decidida y firme los ámbitos comunitario y de recursos no médicos, ya que estos elementos delimitan también una parte significativa de la calidad de la atención.

La participación comunitaria, de ciudadanos y organizaciones, en todas las fases de los procesos de planificación, gestión y evaluación se debe constituir como un elemento clave en la

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

perspectiva de futuro de la atención primaria, a través de mecanismos efectivos.

Dicha participación deberá huir de posicionamientos rígidos y burocráticos, para lograr la necesaria y deseable flexibilidad y adaptación a las características de cada entorno.

LECTURAS RECOMENDADAS

Brugulat P, Fusté J, Ponsà A, Martín Zurro A. Proyecto MPAR-5. Mejora de los procesos de resultados en atención primaria. Poder resolutivo y atención primaria. Factores limitantes, visiones y aproximaciones. Septiembre de 2003. [Consultado el 11 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/Poder_resolutivo_en_AP_Castellano.pdf.

Brugulat P, Fusté P, Ponsà J, Martín Zurro A. Proyecto MPAR-5. Mejora de los procesos de evaluación de resultados en atención primaria. Sobre la mejora del poder resolutivo del sistema de salud: la contribución de la atención primaria. Diciembre de 2004. [Consultado el 11 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.catedramfamilia.uab.es/downloads/docs/mpar/Sobre_la_mejora_del_poder_resolutivocastellano.pdf.

Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2005;17(5):444-51.

Jiménez Villa J, Cutillas Castell S, Martín Zurro A. Evaluación de resultados en atención primaria. El proyecto MPAR5. Aten Primaria. 2000;25:123-8.

Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

OPS/OMS. Atención Primaria de Salud en las Américas. La enseñanza extraída a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44.° Consejo Directivo; julio de 2003.

Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. Gac Sanit. 2002;16(2):182-7.

Pérez-Giménez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: Adelantado J, coordinador. Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria y Universidad Autónoma de Barcelona; 2000. p. 251-84.

Vuori H. ¿Qué es la atención primaria de salud? Aten Primaria. 1984;1:3-4.

World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. Geneva: WHO; 2004. [Consultado el 11 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/en/index.html.

12. Bienestar: la medición de la calidad de vida relacionada con la salud 61
13. *Burnout* 67

C A P Í T U L O 1 2

Bienestar: la medición de la calidad de vida relacionada con la salud

Pedro Ángel Palomino Moral, Antonio Frías Osuna,
Rafael del Pino Casado y Sara Moreno Cámara

INTRODUCCIÓN AL ORIGEN Y CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida (CV) es un concepto aparecido durante la segunda mitad del siglo xx debido a los cambios sociales que transformaron la sociedad y propiciaron el debate acerca de los efectos perversos del desarrollo, el crecimiento industrial y la contaminación. De esta manera, la CV es un concepto desarrollado para favorecer el debate y la reflexión sobre el impacto que el modelo de progreso tenía en la vida de las personas. El concepto es una evaluación del discurrir de la vida de las personas más allá de elementos objetivos, donde se tienen en cuenta los sentimientos, los valores, las creencias y otras experiencias personales; esto hace que la CV sea un constructo complejo y multifactorial, influido por factores externos al sujeto (recursos) y también internos (cognitivos).

La CV es también un concepto aglutinador de los esfuerzos tendentes a la definición del mejor horizonte personal de los ciudadanos, directamente relacionado con las exigencias de la sociedad occidental desarrollada. Por ello uno de los campos más importantes de desarrollo ha sido el de la educación, el cuidado de la salud y los servicios sociales, ámbitos de estudio de Schalock y Verdugo en uno de los manuales de referencia sobre el tema. Estos autores proponen tres principios directrices del concepto de CV: primero, socialmente existe una creciente preocupación por las dinámicas sociales y psicológicas que enfatizan el bienestar percibido; la segunda consideración tiene que ver con el ámbito de la discapacidad y las limitaciones que imponen las enfermedades, los accidentes o el envejecimiento, que limitan la capacidad de las personas para vivir con autonomía y con plenitud, y la tercera consideración también está relacionada con el ámbito de la discapacidad en el sentido de que el mundo de la discapacidad, relacionado con los accidentes, los problemas de salud o simplemente con el envejecimiento se ha convertido en algo central para el desarrollo de políticas que favorezcan la inclusión, la accesibilidad y el desarrollo. En sí mismo la CV es un concepto central de política social vinculado a las ciencias sociales y políticas, la educación, el derecho, la economía, la sociología, la psicología o la salud. Podemos decir que vivimos en una sociedad hondamente preocupada por la salud y la CV.

Hay una relación estrecha entre salud y CV. Como sabemos, la salud es un concepto relacionado con la CV sometido a revisión permanente a lo largo del siglo xx. En la figura 12-1 representamos esquemáticamente la evolución de este concepto que parte de que la salud era ausencia de enfermedad o discapacidad, hasta una visión actual de salud centrada en el desarrollo de las capacidades personales, que nos conecta con la promoción de la salud. El concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946 enfatiza a esta como estado perceptual, subjetivo (bienestar físico, mental y social), lo que denota el protagonismo de la persona en las consideraciones sobre salud y enfermedad de forma multidimensional. El desarrollo de este concepto relativo al estado de bienestar de la persona que combina elementos físicos, psicológicos y sociales representa un desarrollo conceptual de la persona mediante la evaluación de su vida.

Por otro lado, el conocimiento sobre los determinantes de la salud fue otro factor decisivo. Seguramente uno de los pensamientos más influyentes en la salud pública del siglo xx ha sido

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

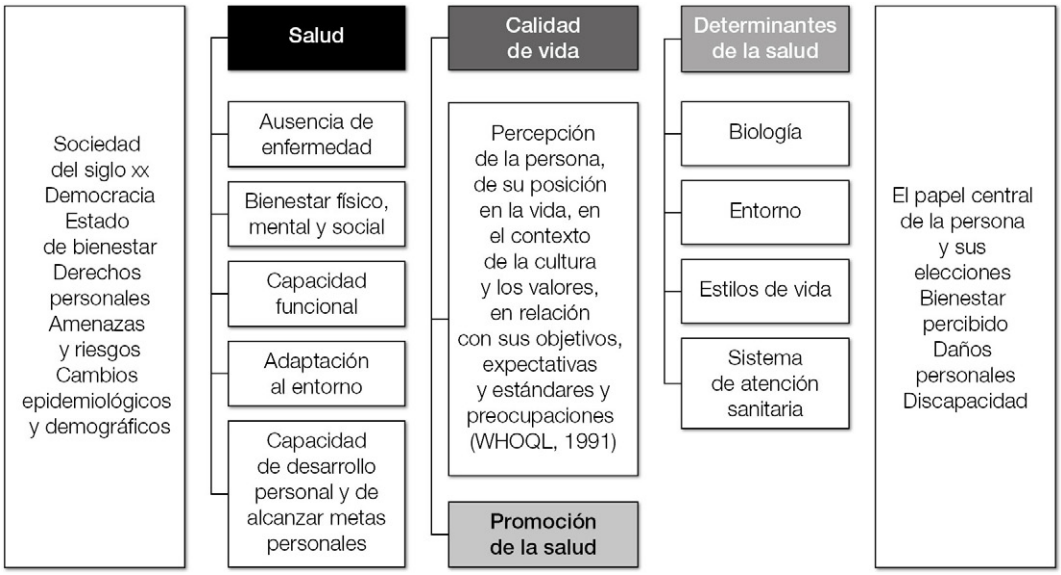


FIGURA 12-1. Elementos relacionados con el concepto calidad de vida.

el desarrollo del llamado modelo de los determinantes de la salud de Lalonde; se trata de un modelo explicativo y sintético de los factores que inciden en la salud de una comunidad: biología humana, entorno físico y social, estilos de vida y asistencia sanitaria. La relación con el concepto CV es clara, puesto que la CV está influida por estos determinantes (en gran parte modificables).

El concepto de CV también está influido por el progresivo envejecimiento de la población y los fenómenos de la transición epidemiológica y demográfica. En las sociedades occidentales, la importancia relativa de las enfermedades crónico-degenerativas y accidentes que se acompañan de discapacidad y dependencia ha ido en aumento hasta la actualidad, lo que genera un importante debate en torno al conflicto entre cantidad y CV. ¿Debemos trabajar por aumentar los años de vida o proporcionar vida a los años?; así planteaba la OMS en su programa «Salud para todos en el año 2000» este debate en el que se instala el concepto de CV de forma central.

No existe un concepto unificado y consensuado de la CV; en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de CV, que nos muestran cuatro acepciones básicas del concepto desarrolladas hasta nuestros días: 1) la CV es la calidad de las condiciones objetivas de una persona; 2) la CV es la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la CV es la combinación de elementos objetivos y subjetivos, es decir, la CV como resultado de las condiciones de vida junto a la satisfacción que esta experimenta, y 4) es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El desarrollo del concepto de CV en el área específica de la salud se ha denominado calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y ha definido un marco de investigación con un crecimiento espectacular desde los años sesenta debido a su enorme desarrollo en la investigación clínica, la evaluación de tecnologías y productos sanitarios y su aplicación en la gestión y administración sanitaria. Puede hablarse de una auténtica revolución de la investigación en salud, la llamada *quality revolution*. De su importancia da idea el crecimiento exponencial de la investigación sobre este tema: en 1970 existían 20 registros sobre el tema en bases de datos, en el año 2000, unos 42.000, y crecen de forma imparable

las publicaciones hasta nuestros días a un ritmo de unas 2.000 publicaciones anuales; en 2012 Medline proporciona unos 190.000 registros con el término *quality of life*.

Podemos decir que en las últimas décadas se han propuesto varias decenas de definiciones de CV y también del desarrollo de este concepto en el ámbito de la salud, que llamamos CVRS. El «Glosario de promoción de salud» define CV como la percepción subjetiva por parte de los individuos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan las oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.

La propia OMS ha impulsado el desarrollo del concepto mediante la experiencia World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Este proyecto se inicia en 1991 a través de la iniciativa de Salud Mental de la OMS para diseñar un instrumento internacional que evalúe la CV de las personas que utilizan los servicios sanitarios, pretendiéndose disponer de medidas del impacto de la enfermedad y de la discapacidad en las actividades y conductas de la vida diaria, o la de obtener medidas del estado funcional en la discapacidad. El grupo de trabajo WHOQOL define la CV como «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones». Es por tanto un concepto amplio que incorpora salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales. Una vez más la definición de CV es coincidente con la definición de la OMS de salud como estado de complejo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad.

Una de las definiciones más útiles de CVRS es la propuesta por Shumaker y Naughton que considera que se trata de: «La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, de los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar». Nos gusta expresar que la CV refleja globalmente el estado cognitivo del paciente en relación con el ajuste-desajuste entre los estándares personales, las metas, los valores y la situación personal; representa por ello la evaluación subjetiva de uno mismo y de su mundo material y social. Para Patrick y Erickson la CVRS es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la minusvalía, el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales debido a una enfermedad, un accidente o un tratamiento o la política de intervención.

En este sentido algunos sostienen que la CV representa el efecto funcional de la enfermedad o de la terapia sobre el paciente, tal como él mismo lo percibe y teniendo en cuenta cuatro amplias dimensiones: función física, ocupación, estado psicológico, interacción social y sensación somática; es por ello que puede entenderse que la CV está relacionada con la integración de la enfermedad en la vida diaria del individuo. Todas estas matizaciones acerca de la CVRS son consistentes con el concepto clásico e integral de salud propuesto por la OMS, para la que, como hemos visto anteriormente, el concepto de salud no solo trasciende al estado de síntomas o de enfermedad, sino que viene representado por bienestar físico, psíquico y social.

Verdugo y Schalock proponen ocho dimensiones clave de la CV, que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Sin embargo, los ámbitos de la salud y la CV son complementarios y se superponen de forma importante como estamos viendo.

Existe una gran cantidad de instrumentos diseñados para medir el constructo CV, una gran variabilidad de la estructura dimensional. Las dimensiones evaluadas oscilantes entre 3 y 6 suelen destacar el bienestar físico (estado físico y síntomas, autonomía, capacidad física), el bienestar psicológico, la habilidad funcional (ocupacional), la percepción general de salud y bienestar y la actividad social. Las dimensiones más importantes que incluye CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Esta visión de CVRS (ampliamente aceptada y centrada en la evaluación de la funcionalidad o el tratamiento médico) es a menudo diferenciada de otro concepto muy próximo llamado salud autopercibida, que en general incide en los aspectos internos cognitivos y afectivos del estado de salud. En general, todas las encuestas de salud que monitorizan la salud de la población tienen una batería de

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

preguntas dirigidas a medir salud percibida, como la Encuesta Nacional de Salud, ahora llamada Encuesta Europea de Salud, o el Perfil de Salud de Nottingham. De esta manera el concepto tiene un claro interés en la investigación clínica y epidemiológica que, además de tener en cuenta los factores clínicos tradicionales basados en variables biológicas y psicológicas, va a tener presente cuestiones como afectación personal, vivencia de la enfermedad, preferencias, severidad, incapacidad, etc.

En general los estudios sobre CVRS responden a los siguientes objetivos:

- Conocer las tendencias en la salud de la población. Puede ser de utilidad para la descripción la CV de la población (mediante indicadores multidimensionales), permitiendo la comparación entre subgrupos con determinadas características, edad, sexo, procedencia social, etc.
- Evaluación de los efectos de política social y de salud: evaluación de la CVRS en los procesos de desarrollo de políticas sociales.
- Provisión de recursos. Diferentes autores afirman que estos estudios deben de estar presentes en el centro de cualquier decisión de financiación.
- Toma de decisiones clínicas, bien para controlar y evaluar el estado del paciente, bien para seleccionar tratamientos, bien para controlar los efectos de los tratamientos. También se utiliza para el desarrollo de una visión compartida de la enfermedad y de los resultados del tratamiento en los pacientes, evaluar las implicaciones del diagnóstico y conocer la percepción de satisfacción del paciente con los servicios de atención.

MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Como hemos dicho, la medición de la CVRS y los datos empíricos disponibles nos permiten medir los efectos de la enfermedad y los beneficios del tratamiento en términos relevantes para los pacientes: dolor, molestias, discapacidad, etc. De esta manera la medida de la CVRS representa un aspecto central en la evaluación de tecnologías y resultados en salud.

El primer instrumento utilizado para medir funcionalmente a los pacientes fue la escala de Karnofsky, un instrumento que permitía clasificar el estado funcional de los pacientes de cáncer en 1940; desde entonces se han elaborado centenares de instrumentos más. En general, los instrumentos que miden la CVRS pueden ser genéricos o específicos, lo que significa que pueden tener utilidad para población general o para población determinada y acotada (afectada de un problema o de una característica específica). La ventaja de utilizar un cuestionario específico es la mayor sensibilidad (capacidad de detectar cambios) frente a un cuestionario genérico.

En la tabla 12-1 podemos ver el uso más importante de los dos tipos de instrumentos que miden la CVRS: escalas generales y específicas con algunos ejemplos de los mismos.

LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE CUESTIONARIOS

Es relativamente frecuente que los investigadores, especialmente noveles, se sientan tentados por la elaboración de un nuevo instrumento; sin embargo, esta decisión ha de reflexionarla a fondo

TABLA 12-1. Instrumentos de medida de la CVRS, comparación de utilidad fundamental y ejemplos

	Escalas específicas	Escalas generales
Utilidad	Definir perfiles de afectación de determinadas enfermedades Medición de eficacia, efectividad y eficiencia de intervenciones y tratamientos Evaluación económica Evaluación tecnológica Evaluación clínica individual	Definir perfiles multidimensionales de salud poblacionales Investigación epidemiológica, emerger necesidades Monitorización de la salud de la población Evaluación clínica individual
Ejemplos	Asthma Quality of Life Questionnaire Artritis Impact Measurement Scale	SF-36 (Short Form 36) Nottingham Health Profile WHOQOL Cuestionario OARS

por dos motivos: el primero y más importante es que seguramente ya otro investigador lo ha hecho antes y su trabajo puede ser de utilidad para nosotros. La segunda cuestión es que la elaboración de un instrumento es un proceso complejo y metodológicamente muy exigente, que no siempre tiene recompensa. Una síntesis de los principales factores a tener en cuenta en el diseño y la caracterización de los instrumentos sería: definición del objetivo del instrumento, explicitar la utilidad del mismo, la selección de preguntas o ítems adecuados, elaboración de la estructura dimensional del mismo, las decisiones sobre las formas de respuesta, el estudio del sentido biológico o la capacidad predictora en función de las teorías aceptadas y la factibilidad (adecuación cultural).

Especialmente importantes son las consideraciones de consistencia y validez del instrumento. En primer lugar, necesitamos conocer la consistencia o el grado en que la variación de la puntuación es real o verdadera, y no debida al azar o al error; una fiabilidad de un 70% o superior indica que la varianza medida es fiable. La fiabilidad también expresa la consistencia de los resultados de diferentes mediciones, es decir, la estabilidad de la medida. La variabilidad en las puntuaciones es debida a la variabilidad de los sujetos, los administradores y la situación de superación de la prueba y otros factores relacionados con el cuestionario. Una fiabilidad aceptable para un instrumento aplicado en comparar individuos exige una fiabilidad superior al 90%; si se comparan grupos puede bastar una fiabilidad menor, de entre un 50-70%. La validez hace referencia a la cuestión de si el instrumento mide realmente lo que se está estudiando (y no otra cosa) y también si las personas encuentran claras las respuestas y las diferentes categorías de respuesta. De alguna manera la validez debe de hacer que las diferencias en las puntuaciones realmente signifiquen diferencias en los sujetos respecto de la variable en estudio. En el ámbito de la CVRS, los cuestionarios son evaluados mediante la validez de contenido, que significa un acuerdo de los expertos en que los ítems ofrecen una muestra adecuada de la variable en estudio. El empleo con fines clínicos o epidemiológicos de un instrumento de medida pasa también por encontrar el mejor disponible según sus propiedades métricas fundamentales (fiabilidad y validez) y la aplicación correcta del mismo según recomendaciones de los autores e indicaciones del manual. Recomendamos la excelente obra de Martínez Arias para aquellas personas interesadas en la profundización en el método de encuestas para su aplicación en el marco de la CVRS.

La revisión bibliográfica nos da la respuesta adecuada a cuestiones relevantes de uso, aplicaciones y otros temas. Hay disponibilidad de trabajos de revisión publicados mediante los que podemos tomar decisiones acerca de las características de los instrumentos y todo lo relacionado con los mismos: conceptos en los que se basan, instrumentos disponibles, estudios en los que se han empleado, etc. Los trabajos originales proporcionan información acerca de los resultados encontrados en la aplicación concreta de determinados instrumentos. Se publica anualmente una ingente cantidad de información sobre la aplicación del concepto CVRS.

En la literatura médica sobre CVRS se ha acuñado el concepto de patrón oro o *gold standard* para referirnos a un instrumento de sólida fiabilidad y validez. El cuestionario de salud SF-36 es actualmente el patrón oro de los instrumentos genéricos; fue desarrollado a principios de los noventa en EE. UU. para su uso en el estudio de los resultados médicos (*medical outcomes study* [MOS]). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes —uso individual— como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas y la multitud de estudios ya realizados permiten la comparación de resultados, y lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. Existe una página web específica sobre este instrumento (http://www.sf-36.org/).

En internet existen diferentes sitios especializados en la medida de resultados en salud y CVRS. En España, merece consideración especial la Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes (Bibliopro), mantenida por la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Institut Municipal d'Investigación Mèdica de Barcelona. Su base

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

contiene en torno a 520 instrumentos, accesibles mediante un interfaz de búsqueda que nos permite acceder al instrumento y obtener otra información relevante como bibliografía o el manual. Por todo ello se trata de un sitio muy recomendable sobre este tema (http://bibliopro.imim.es/new-buscar_menu.asp).

LECTURAS RECOMENDADAS

Anguita J, Labrador J, Candel JP. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Med Clin. 2001;116(20):796-8.

Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. Quality of Life Research. 1993;2(6):451-9.

Bungay K, Ware J. Medición y control de la calidad de vida relacionada con la salud, conceptos actuales. Michigan: Upjohn Company, Kalamazoo; 1996.

Cabañero-Martínez MJ, Muñoz-Mendoza CL, Richard-Martínez M, Cabrero-García J. Revisión de los atributos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente. Enferm Clin. 2008;18(2):84-90.

Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Res Dev Disabil. 1995;16(1):51-74.

Lachapelle Y, Wehmeyer M, Haelewyck M, Courbois Y, Keith K, Schalock R, et al. The relationship between quality of life and self-determination: an international study. JIDR. 2005;49(10):740-4.

Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. 1998.

Martínez Arias R. El método de encuestas por muestreo: conceptos básicos. Métodos de investigación en Psicología. 1995;384-431.

Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud. Promoción de la salud: una antología. 1996;557(3):383-403.

Power M, Kuyken W, Orley J, Hermann H, Shofield H, Murphy B, et al. The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL)-Development and general psychometric properties. 1998.

Schalock RL, Verdugo Alonso MA. Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza; 2003.

Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003;9(2):9-21.

Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud pública de México. 2002;44(5):448-63.

Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública de México. 2002;44(4):349-61.

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. 2005;19(2):135-50.

C A P Í T U L O 1 3

Burnout

José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

El psiquiatra Herbert Freudenberger fue quien acuñó el término de *síndrome de* burnout o *desgaste profesional* en 1974, definiéndolo como «sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador».

Pero es en 1978 cuando la psicóloga social Christina Maslach amplió la definición dada por Freundenberguer y creó la herramienta más utilizada para su estudio, el inventario de *burnout* de Maslach (MBI). Maslach definió el *burnout* como cansancio emocional, y diferenció tres dimensiones en su manifestación: agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento. El agotamiento emocional hace referencia a una disminución de los recursos emocionales y el sentimiento de que no tener nada que ofrecer a los demás psicológicamente. La despersonalización supone el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia quien recibe la atención de los profesionales y hacia los compañeros, lo que puede generar la sensación de que sean ellos la fuente de sus problemas. Por último, la disminución en el rendimiento personal estriba sobre todo en la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, unido a sentimientos de fracaso y baja autoestima (Rodríguez-Marín, 1995; García, 1991).

Son múltiples las acepciones dadas al *burnout*, tales como síndrome de «estar quemado» (una aproximación a la traducción del término anglosajón), síndrome de quemazón, desgaste profesional y desgaste psíquico, siendo todos ellos equivalentes.

Debido a que el concepto de *burnout* ha surgido íntimamente relacionado con el estrés, es difícil establecer una clara diferencia entre ambos. Y puesto que se parte de una situación estresante, la mayoría de los autores veían en el *burnout* un sinónimo de estrés ocupacional, por lo que se cierra la posibilidad de comprender el síndrome en otros contextos, si bien algunos autores (Seidman y Zager, 1986) ya indicaron que el *burnout* no tenía que ser necesariamente producto del estrés ocupacional, o que se trata de constructos relacionados pero claramente distintos. El *burnout* no se identifica con la carga de trabajo —el exceso de trabajo no provoca por sí mismo *burnout*—, y sin embargo un trabajo poco estresante pero desmotivador sí que puede ser causa de *burnout*. El *burnout* además no desaparece con el descanso como sucede con el estrés.

Es importante, por lo tanto, diferenciarlo de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción laboral.

La diferencia entre depresión y *burnout* estriba en que mientras en el primero aparecen una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona, en el *burnout* es temporal y específico del ámbito laboral (Guerrero y Vicente, 2001). Por su parte, las principales diferencias entre estrés y *burnout* según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) son que el primero es una consecuencia del estrés crónico producido en el ámbito de trabajo y una reacción al estrés en el trabajo relacionada con las demandas y características de la ocupación. Por su parte, Gil-Monte (1991) afirma que a pesar de que el *burnout* y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos a los que se atiende, así como cambios en la calidad y el desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Por último, Moreno y Peñacoba (1996) aclaran que el *burnout* no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos (Marquínez y Ayala, 1995).

Actualmente, existen múltiples investigaciones que abordan la presencia de *burnout* en enfermeras; todas ellas concluyen que la etiología es el resultado de un cúmulo de factores estresantes asociados al desempeño de la profesión y que sobrepasan los recursos de afrontamientos personales (Braham, 1999; Mingote y Pérez, 2002; Ferrer, 2002). El enfrentamiento a situaciones difíciles hace que se tengan que adoptar decisiones de responsabilidad en situaciones complejas ante las que en muchas ocasiones se cuenta con información incompleta y/o ambigua. Es por ello que se pueden distinguir diversas circunstancias en el desgaste profesional o *burnout* de las enfermeras en atención primaria. Por una parte, las variables personales entre las que destacan el sexo, la edad, el estado civil, la antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Con relación al sexo o género, los estudios apuntan que este puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente. Con respecto a la edad, se señala mayor nivel de *burnout* entre los 40 y 45 años. En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de *burnout* es menor. Con relación al estado civil, los autores no se ponen de acuerdo en cómo se comporta con relación al *burnout*. Al hablar de antigüedad, esta se sitúa entre los 5 y 10 años como el intervalo en que este síndrome se produce con mayor frecuencia. Por otra parte, las propias de la actividad profesional de atención directa a las personas, familias y comunidad y las de orden administrativo y organizacional, que provocan el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal, se pueden concretar en lo siguiente:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan a situaciones estresantes que generan ansiedad e incertidumbre, en ambientes como el domiciliario en el que el contexto es cambiante.
- Contacto continuo con personas que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder resolver los problemas de salud identificados, objetivo para el que han adquirido competencias.
- Proporción muy alta de población a la que deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de atención continuada (atención a la urgencia).
- Conflicto y ambigüedad de rol.
- Falta de comunicación con otros niveles de atención, lo que dificulta la continuidad de los cuidados.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

De todas ellas, la que posiblemente más se haya estudiado ha sido la relacionada con el estrés de rol, donde se distinguen tres modalidades fundamentales: el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.

Conflicto de rol se define de manera genérica como las exigencias opuestas y difícilmente conciliables, cuando no contradictorias, que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo. En las enfermeras el conflicto de rol suele estar ligado al cuidado individualizado y responsable de las personas y sus familias, lo que puede suponer un conflicto entre los principios éticos adquiridos durante la formación personal y profesional, las prácticas diarias y cotidianas al uso y los límites de las disponibilidades y recursos reales. De igual forma la diferente percepción en cuanto a las prioridades entre médicos y enfermeras se convierte en un factor importante del conflicto de rol (fig. 13-1).

Por su parte, la ambigüedad de rol hace referencia a la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas con las que debe ser ejecutada y a la ambigüedad sobre los propios resultados conseguidos, de forma que se ignora si el trabajo se está efectuando conforme a las exigencias requeridas y a las expectativas depositadas en la persona. En este sentido, la diferencia entre las expectativas de desarrollo profesional autónomo que las enfermeras se generaron en el ámbito de atención



FIGURA 13-1. Conflicto de rol.

primaria y la realidad de lo logrado a lo largo de los años se incorpora como un importante factor de ambigüedad de rol, al existir una importante incertidumbre en la toma de decisiones de las enfermeras ante determinados planteamientos en el desarrollo de su actuación propia en atención primaria. Asimismo, se puede destacar como fuente de ambigüedad en atención primaria la diferencia real, no teórica, entre los roles médicos y de enfermeras que si en teoría puede resultar fácil de establecer, en la práctica real suelen producirse solapamientos importantes. Hay que destacar que existe una relación directa entre la capacidad de autonomía o control sobre el trabajo a realizar y la sobrecarga de actividad, de tal manera que a menor autonomía dicha sobrecarga genera mayor estrés y menor satisfacción profesional. Todo ello hace que la generación de *burnout* pueda convertirse en contagioso, ya que la pérdida de autoestima profesional y el cuestionamiento de la actividad desarrollada por las enfermeras en atención primaria puede llevar a la formación de grupos con parecidas características que son en sí mismos un factor de precipitación y aceleramiento de un *burnout* generalizado en el ambiente laboral. La pérdida de ilusión generada por la falta de logro ante las expectativas inicialmente identificadas por las enfermeras en la implantación del denominado nuevo modelo de atención primaria ha conducido en algunas ocasiones al desencanto colectivo y a actitudes resistentes a la aceptación de iniciativas de cambio, produciéndose un clima de social de desvinculación y una moral grupal de derrotismo y abandono.

En cuanto a la sobrecarga de rol, esta es entendida como el exceso de trabajo o la lucha inconstante contra los plazos del mismo. La falta de tiempo se convierte, por tanto, en factor importante del estrés y de insatisfacción en la práctica profesional de las enfermeras.

En el *burnout* se identifican tres aspectos fundamentales: el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal.

El cansancio emocional constituye un elemento primordial en la génesis del síndrome y consiste en una sensación creciente de agotamiento en el trabajo que experimenta la persona, luego de intentos fallidos de adaptarse a un entorno estresante. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trataría de aislarse de los demás, mediante el mecanismo defensivo denominado despersonalización, caracterizado por un trato distante y la deshumanización de las relaciones hacia las personas a las que atiende y hacia los miembros del equipo de salud. En un tiempo variable se presentaría la sensación de falta de realización en la profesión: sentimiento complejo de inadecuación personal al puesto de trabajo, que surgiría al comprobarse que las demandas que se le requieren exceden su capacidad para

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

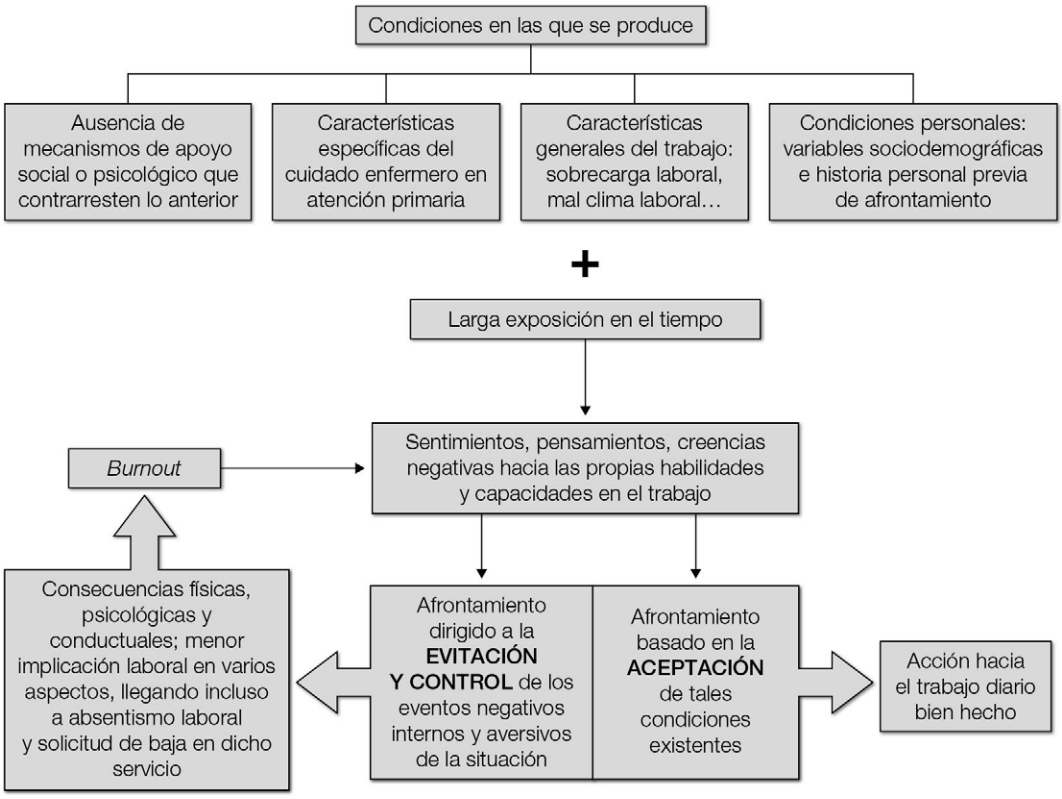


FIGURA 13-2. Modelo propuesto para el *burnout* en las enfermeras en atención primaria.

atenderlas debidamente, a pesar de sus intentos de adaptación. El *burnout* propiamente dicho constituiría la fase final del proceso y vendría a ser la respuesta a una situación laboral intolerable.

En la bibliografía sobre el *burnout* en enfermeras en atención primaria se repite lo sucedido con el *burnout* profesional en conjunto. Se han realizado pocos estudios empíricos, y muchos trabajos sobre *burnout* y atención primaria se limitan a revisar estudios realizados en otras áreas, aplicando los conceptos teóricos encontrados y extrapolando a atención primaria las conclusiones obtenidas en otros ámbitos como la enfermería en general o las profesiones relacionadas con la salud. Existe el riesgo de asimilar el *burnout* en atención primaria al *burnout* en otros ámbitos de atención, porque en ambos se trabaja con personas a las que se prestan cuidados y los profesionales podrían encontrar dificultades parecidas. Sin embargo, resulta interesante resaltar que los resultados son muy diferentes según donde se trabaje (fig. 13-2).

Cuando se habla de *burnout* y de estrés profesional en un ámbito concreto se deben tener en cuenta otros factores ajenos al trabajo que pueden influir en los resultados de los estudios, como factores culturales, el tipo de recurso (domiciliario, residencial, comunitario…), el nivel de desarrollo de la especialidad o el instrumento de medida utilizado para su estudio.

PREVENCIÓN DEL *BURNOUT*

La prevención es la forma más eficaz de luchar contra el *burnout*, ya que no es un proceso inevitable.

Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales; cambiar las metas, preferencias y expectativas personales; incrementar los recursos de la persona ante

las demandas, y proveer estrategias acordes a las características del *burnout*.

En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, podemos distinguir entre las individuales y las organizacionales.

Estrategias orientadas a nivel individual

Hay que distinguir los siguientes tipos de aspectos: físicos, emocionales y conductuales. Por ello, las intervenciones se han dirigido a estos de manera global.

Para la reducción del estrés y las emociones se han empleado diversas técnicas entre las que cabe destacar las de relajación; el *biofeedback;* las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento, y las técnicas de autocontrol, dirigidas a las consecuencias conductuales. La aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello impida seguir desarrollando la labor lo mejor que se sepa.

Estrategias orientadas a nivel organizacional

Algunos de los cambios que deberían producirse para reducir el *burnout* son:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del coordinador/a a los propios trabajadores.
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador, que permitiese adaptarlo a sus necesidades personales/familiares.
- Fomentar la participación en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y el control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de personas a atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

CONSECUENCIAS DEL *BURNOUT*

En las consecuencias del estrés asociadas al *burnout* podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización.

Consecuencias para el individuo

Desde la perspectiva individual, producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral.

Las consecuencias a nivel individual se identifican con una sintomatología que se integra en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticas.

En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, afectan a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, al mostrarse irritable e impaciente.

Consecuencias para la organización

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del absentismo laboral.
- Abandono del puesto y/u organización.
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Aumento de la rotación laboral.
- Incremento de accidentes laborales.

LECTURAS RECOMENDADAS

Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de *burnout* o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. Revista Española de Neuropsiquiatría. 1991;11:257-65.

Braham B. Cómo controlar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles. Madrid: Time Mirror; 1999.

Cherniss C. Professional burnout human service organizations. New York: Praeger; 1980.

Cherniss C. Staff burnout. Job stress in the human services. London: Sage Publications; 1980.

Ferrer R. *Burnout* o síndrome de desgaste profesional. Revista de medicina clínica. 2002;119(13):495-6.

Freudenberger HJ. Staff Burn Out. Journal of Social Issues. 1974;30:159-65.

García M. *Burnout* en profesionales de enfermería en centros hospitalarios. Psicología del trabajo y de las organizaciones. 1991;7(18):3-12.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gil-Monte PR. Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" *(burnout)* en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. Revista de Psicología Social Aplicada. 2001;1:21-31.

Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. Psicología en Estudio. 2002;7(1):3-10.

Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. El síndrome *burnout* en profesionales de la salud hispanoamericanos. Rev Esp Salud Pública. 2009;83(2):215-30.

Guerrero E, Vicente F. Síndrome de "*burnout*" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura; 2001.

Lomeña Villalobos JA, Campaña Villegas FM, Nuevo Toro G, Rosas Soria D, Berrocal Gámez A, García Molina F. *Burnout* y satisfacción laboral en atención primaria. Medicina de Familia (And). 2004;5(3):147-55.

Marcelo Reyes J, Soloaga G, Pérez P, Dos Santos Antola L. El síndrome de *burnout* en personal médico y de enfermería del hospital Juan Ramón Gómez de la localidad de Santa Lucía, Corrientes. Revista de Posgrado de la 6.ª cátedra de Medicina. 2007;167:1-7.

Marquínez F, Ayala A. Estrés ocupacional: un problema capital. Capital Humano. 1995;79:36-9.

Marrau MC. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*), en el marco contextualizador del estrés laboral. Fundamentos en Humanidades. 2009;19(I):167-77.

Martínez García M, Centeno Cortés C, Sanz-Rubiales A, del Valle ML. Estudio sobre el síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del País Vasco. Rev Med Univ Navarra. 2009;53(1):3-8.

Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1982.

Melita Rodríguez A, Cruz Pedreros M, Merino JM. *Burnout* en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región. Chile. Cienc enferm. 2008;14(2):75-85.

Mingote J, Pérez S. Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2002.

Moreno Jiménez B, Hernández O, Aragoneses A. El *"burnout"*, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE (eds.). Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI; 1991. p. 271-84.

Moreno Jiménez B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón MA (ed.). Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 739-61.

Ortega Ruiz C, López Ríos F. El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004;4(1):137-60.

Pardo Álvarez J, López Herrero F, Moriña Macías M, Pérez Collado M, Freire Pérez P, Fernández Leal R. ¿Estamos quemados en atención primaria? Medicina de Familia (And). 2002;3(4):245-50.

Rodríguez-Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis Psicológica; 1995.

Santamaría Cuesta MI, Soto Cámara R. Prevalencia del *burnout* en la enfermería de atención primaria. Enfermería clínica. 2005;15(3):123-30.

Seidman SA, Zager J. The Teacher *Burnout* Scale. Educational Research Quarterly. 1986;11(1):26-33.

C

14. Calidad asistencial: concepto 75
15. Calidad en enfermería familiar y comunitaria 81
16. Calidad, evaluación y mejora 88
17. Cartera de servicios 98
18. Competencias en cuidados 105
19. Comunidad 111
20. Consulta de enfermería 116
21. Continuidad de cuidados: nuevas figuras de gestión 126
22. Control de la salud infantil 130
23. Cuidador familiar 138
24. Cuidados alternativos 148

C A P Í T U L O 1 4

Calidad asistencial: concepto

Antonio Frías Osuna, Rafael del Pino Casado, Adoración Pulido-Soto y Pedro Ángel Palomino Moral

INTRODUCCIÓN

Cada día es mayor el número de trabajos de investigación, publicaciones, congresos, etc. que se centran en la mejora de la calidad en Atención Primaria de Salud. En las diferentes comunidades autónomas se han diseñado y puesto en marcha sistemas de mejora de la calidad de los servicios de salud. En 1993, se publican, por parte del INSALUD, las «Normas técnicas mínimas para los servicios de Atención Primaria de Salud» que pretenden constituir un sistema de mejora de la calidad en este nivel asistencial. Por otra parte, en la mayoría de los centros de salud y distritos sanitarios existen comisiones de calidad y sistemas de mejora de la misma. El desarrollo de actividades en esta línea y la consecución de indicadores concretos de mejora de la calidad están siendo incluidos en el sistema de productividad variable del modelo retributivo y pretenden incentivar a los profesionales de atención primaria en las diferentes comunidades autónomas.

En este momento podemos afirmar que la calidad es un objetivo clave de la prestación de cuidados en atención primaria. Esta preocupación por la mejora de la calidad de los servicios sanitarios es una constante, en los últimos años, tanto a nivel internacional, nacional, como autonómico. Este hecho se concretiza en las diferentes recomendaciones, reglamentos, etc., que emanan de los distintos niveles con responsabilidad en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

Durante la 38.ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa celebrada en Copenhague en 1988, se realizan una serie de recomendaciones a los estados miembros, con objeto de potenciar el desarrollo de actividades de mejora de la calidad. Estas recomendaciones hacen referencia a que los países miembros deben:

1. Incluir la calidad asistencial en sus políticas nacionales de sanidad con el fin de mejorar la calidad de atención sanitaria.
2. Publicar y distribuir regularmente informes que describan experiencias prácticas, que incluyan tanto éxitos como fracasos.
3. Financiar y consolidar una investigación prioritaria relacionada con la calidad asistencial.
4. Coordinar los proyectos multidisciplinarios para la calidad asistencial utilizando protocolos comunes en temas como muertes perioperatorias, maternas y perinatales y reacciones a los medicamentos.
5. Utilizar una base de datos médicos uniforme, que incluya información económica para identificar las variaciones en los resultados de la atención.
6. Animar a las asociaciones profesionales y a los responsables de la financiación de los servicios de salud a llevar los principios a la práctica mediante el desarrollo de programas de formación sobre la calidad asistencial.
7. Tener en cuenta todos los factores (médicos, técnicos u organizativos) que influyen en la calidad de la atención, con el fin de desarrollar un mecanismo mundial para el control de la calidad asistencial.

En nuestro país la propia Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, hace referencia a la necesidad de garantizar la calidad en los diferentes niveles del sistema de salud. Las referencias a la calidad las podemos encontrar en diferentes apartados de la ley. Ya en el capítulo primero, que se refiere a los principios generales, en su artículo 13 hace referencia a este aspecto de la siguiente forma:

> «El Gobierno aprobará las normas precisas para eliminar el intrusismo y la mala práctica.»

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

En cuanto a las actuaciones sanitarias del sistema de salud, el capítulo segundo en su artículo 18 dice:

> «Las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:
> [...] 16. El control y mejora de la calidad de la asistencia en todos los niveles.»

En el capítulo tercero, que se refiere a las áreas de salud, el artículo 69 especifica que:

> «La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuo que informará de todos las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
> La administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de calidad asistencial oídas las sociedades científicas sanitarias.
> Los médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo.»

La normativa que regula tanto la atención especializada como la atención primaria establece actividades concretas, a realizar por los profesionales, encaminadas a la mejora de la calidad asistencial. Dichas normativas han sido promulgadas, en diferentes momentos, desde el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, así como desde los diferentes gobiernos autonómicos.

CONCEPTO DE CALIDAD ASISTENCIAL

Uno de los retos más importantes a la hora de mejorar la calidad en la Atención Primaria de Salud es el hecho de llegar a un acuerdo sobre el propio concepto de **calidad de los servicios de salud,** preocupación compartida por los principales autores en esta materia como son Palmer, Vuori, Donabedian, Varo, Kahn, Saturno, entre otros. Hay muchas aproximaciones al concepto de calidad: «manera de ser una persona o cosa», «adecuación de un producto a lo esperado», «provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario», «grado en que la asistencia prestada se ajusta a los criterios y estándares del momento», etc.

Una de las principales dificultades surge en la propia definición del producto final de los servicios sanitarios, la salud, ya que esta es difícil de medir y está influenciada por multitud de circunstancias ajenas al propio sistema sanitario.

En esta situación, las definiciones pueden ser, como ha señalado Donabedian, «cualquier cosa que uno quiera que sea»; sin embargo, normalmente reflejan los valores y objetivos del actual sistema de salud y de la sociedad en general. Por lo tanto, es comprensible que se haya pensado en descartar la definición de calidad por tratarse de un concepto que está en función de valores sociales imperantes en cada momento y en cada contexto.

El concepto de calidad, tal y como plantea Vuori, no solo depende del momento y el contexto social donde se defina, sino que además depende de quién la defina. El concepto de calidad es un concepto subjetivo y va a depender de cada uno. De acuerdo con Cuesta et al., existen diferentes estudios que ponen de manifiesto las diferencias existentes, en cuanto al concepto de calidad, entre los usuarios, los profesionales y los administradores/gestores.

Los usuarios se pueden considerar como los definidores primarios de lo que significa calidad de los servicios de salud. La satisfacción del usuario se ve a menudo como un componente importante de la calidad de la atención. Los atributos de la calidad según los pacientes/usuarios hacen referencia principalmente a lo siguiente:

- La competencia profesional.
- La tecnología.
- Las relaciones personales con los profesionales.
- El entorno y el grado de confort y bienestar.

Los profesionales reconocen como atributo de la calidad la disponibilidad y aplicación de los conocimientos científicos y técnicos del momento. El grado de satisfacción de los profesionales se relaciona con la definición de la calidad. La satisfacción profesional es en parte un juicio acerca de la bondad del lugar y las condiciones donde los profesionales trabajan, y también está relacionada con la atención que proporcionan sus colegas y con la que ellos mismo prestan.

Los atributos de la calidad desde la perspectiva de los administradores/gestores se refieren, principalmente, a la consecución de los objetivos, el coste y, por lo tanto, la eficiencia de los servicios.

Como puede comprobarse, puede resultar imposible desarrollar una definición que llegue a satisfacer a todos sus usuarios. Consecuentemente, cada uno debe definir claramente qué significa para él calidad: calidad para quién, definida por quién, calidad para qué y qué aspecto de la calidad. La forma más práctica de proceder es la división del concepto de calidad en sus componentes.

La OMS y la Asociación Americana de Salud Pública elaboraron una lista de componentes de la calidad, que posteriormente fue integrada y sistematizada por Vuori de la siguiente forma:

1. **Calidad científico-técnica o competencia profesional:** relacionada con la capacidad de los profesionales en la utilización de los conocimientos y las tecnologías disponibles actualmente, para atender la salud de la población. Con mucha frecuencia los programas de mejora de la calidad se centran en este componente.
2. **Efectividad:** se refiere al impacto de un determinado procedimiento o práctica asistencial, en términos de mejoras del nivel de salud. Se estudia mediante la relación entre el resultado que, en un momento dado, proporciona dicho procedimiento o servicio y el que produciría, potencialmente, en condiciones óptimas.
3. **Eficiencia:** alcanzar el máximo beneficio posible de un servicio o programa y al menor coste. La necesidad de la eficiencia en todas las actividades surge del hecho de que nunca habrá suficientes recursos para satisfacer completamente todas las necesidades humanas. La utilización de recursos en una determinada actividad implica inevitablemente una decisión y un sacrificio, ya que se pierde la oportunidad de usar estos mismos recursos en otras actividades (coste de oportunidad). La adopción de este criterio, la eficiencia, implica que las elecciones en atención sanitaria deben ser realizadas de forma que se consiga el máximo beneficio de los recursos a disposición de la comunidad.
4. **Adecuación:** nivel de adaptación de los servicios de salud a las necesidades de la población.
5. **Accesibilidad:** posibilidad de que el individuo, la familia y la comunidad obtengan los servicios que necesitan, en el momento y lugar que los necesiten, en suficiente cantidad y a un coste razonable. Incluye la accesibilidad geográfica, económica, cultural y funcional.
6. **Rapidez:** relacionada con la accesibilidad, está condicionada por las propias expectativas de los usuarios: los productos deben producirse, los servicios prestarse y los profesionales deben estar disponibles justo en el momento en que los necesitamos. La ausencia de rapidez puede influir negativamente a la hora de valorar la calidad de un producto o servicio. En ocasiones, en el campo de la salud, la rapidez es el elemento fundamental que marca la calidad de la atención prestada.
7. **Continuidad de la atención:** incluye la integración y coordinación de los servicios de salud, de manera que se realice un seguimiento ininterrumpido por parte de los profesionales adecuados a las necesidades sanitarias del individuo y/o la población. La continuidad implica una coordinación intraequipo y entre los diferentes niveles asistenciales.
8. **Atención integral:** se trata de cubrir todas las necesidades del individuo y/o población atendida. En ella se incluyen la prestación de cuidados, tanto en el plano biológico como psicológico y social, llevada a cabo mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, haciendo especial énfasis en la educación para la salud como medio para alcanzarla.
9. **Satisfacción del usuario y del profesional:** satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la asistencia. La satisfacción de los profesionales se refiere a las condiciones de trabajo y a los resultados alcanzados.

En esta misma línea, el profesor Saturno et al. estudian las diferentes «dimensiones de la calidad de la atención», definida en los últimos años por diversos autores y organizaciones. Posteriormente se seleccionan los que las clasifican como dimensiones medibles (calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación y continuidad), para al final, en bien de la simplificación, proponer solo tres de ellas: calidad científico-técnica o competencia profesional, satisfacción y accesibilidad.

Como hemos podido comprobar, la definición de la calidad de la asistencia sanitaria no es un concepto simple. Podemos decir que cuando hablamos de calidad estamos refiriéndonos a muchas cosas. Es pues, un concepto multidimensional. Muchos conceptos diferentes han de ser incluidos de forma que la definición cubra todos los aspectos importantes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Frecuentemente, las actividades de mejora de la calidad se centran en un determinado aspecto o componente con objeto de aumentar la calidad del mismo.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO COMO INDICADOR DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Los servicios de salud de las diferentes administraciones, tanto nacionales como autonómicas, han establecido al «ciudadano» como centro del sistema sanitario público y, por lo tanto, la satisfacción de sus necesidades, demandas y expectativas se han convertido en los objetivos fundamentales de la política sanitaria. El ciudadano ha adoptado un papel mucho más activo en el sector sanitario y cada día adquiere un mayor protagonismo. En este contexto, la opinión de los usuarios del sistema sanitario público se convierte en un elemento clave a la hora de diseñar y ofertar los servicios de salud. La satisfacción de los ciudadanos es el elemento clave de cualquier estrategia de mejora de la calidad asistencial en enfermería familiar y comunitaria.

De acuerdo con Marquet et al., la satisfacción del cliente es un valor fundamental y que adquiere cada vez más protagonismo en toda clase de organizaciones, ya sean privadas o públicas, de producción o de servicios. La preocupación de estas organizaciones por la satisfacción de sus clientes se ha convertido, en los últimos años, en una línea estratégica de desarrollo que ha impregnado todas sus actividades y que se ha convertido en el objetivo final de todo su sistema productivo.

De acuerdo con Lewis, el éxito de una organización depende de su capacidad para satisfacer las necesidades de sus clientes. Para esto es necesario prestar servicios adecuados a sus necesidades y expectativas. Por lo tanto, es prioritario conocer no solo quiénes son nuestros clientes y cuáles son sus necesidades de salud, sino qué esperan de nuestros servicios, cómo los perciben y cuáles son los elementos que determinan su satisfacción.

A pesar de los diferentes intentos de evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios, hemos de comentar que existen dificultades a la hora de llegar al acuerdo sobre el concepto de «satisfacción del usuario». Los autores más clásicos en materia de calidad asistencial, como son Donabedian, Palmer o Vouri, tal y como hemos planteado anteriormente, incluyen la satisfacción como un componente de la calidad de la atención, junto a la «calidad científico-técnica», la «efectividad», la «eficiencia», la «accesibilidad», la «adecuación», la «continuidad», etc.

Tal y como indican Thompson y Suñol en 1996, diferentes autores han desarrollado y puesto a prueba modelos teóricos en los que se define la satisfacción como la diferencia entre las expectativas previas del usuario y el resultado del servicio recibido. Uno de los autores que ha realizado una contribución más significativa en el estudio de la relación entre las expectativas y la satisfacción del paciente ha sido Linder-Pelz. Tras la comprobación de diferentes hipótesis en las que se consideraban a las expectativas como factores determinantes de la satisfacción del paciente, Linder-Pelz concluyó que las expectativas y los acontecimientos percibidos contribuyen de forma independiente a la satisfacción, más que considerar a la satisfacción como el resultado de la interacción de las expectativas y los acontecimientos. Este mantiene que la satisfacción es una actitud definida como evaluaciones positivas de distintas dimensiones de la atención a la salud.

Para Marquet i Palomer et al., «la satisfacción es el resultado final de la totalidad de la atención que recibe un cliente y, como cualquier resultado, está influido por múltiples factores distribuidos a lo largo del proceso de prestación de servicio, en el que participan distintos profesionales y sistemas organizativos, que el cliente va percibiendo a medida que avanza el proceso. Estas percepciones subjetivas, acompañadas de sus expectativas previas, que cambian en relación con sus experiencias anteriores y su estado de ánimo, confirman su impresión de calidad de servicio».

Entre los diferentes aspectos que influyen en la satisfacción de los pacientes y usuarios, y siguiendo a Carmel y a Weiss, Mira et al. seleccionan:

1. Las características de los pacientes: edad, sexo, raza, nivel educativo, ingresos económicos, expectativas sobre el encuentro con el profesional y estado de salud.
2. Las características de los proveedores: arte y técnica de la atención, relación paciente-profesional, claridad y extensión de la comunicación y resultado del encuentro.

3. Los factores estructurales y de organización: accesibilidad, modo de pago, duración del tratamiento y continuidad del cuidado.

Según Delgado, uno de los estudios más amplios sobre las dimensiones que habitualmente se introducen en la medición de la satisfacción del paciente es el metaanálisis de 221 estudios llevado a cabo por Halls y Dornan, en el cual se identifican 12 dimensiones de la satisfacción del paciente: la humanización de la asistencia en el 65% de los casos, la información facilitada en el 50%, la calidad de la atención en su conjunto en el 45%, la satisfacción en general en el 44%, la competencia técnica en el 43%, los procedimientos burocráticos en el 28%, la accesibilidad o disponibilidad en el 27%, el costo del cuidado en el 18%, las facilidades de tipo físico en el 16%, la continuidad del cuidado en el 6%, el resultado del cuidado en el 4% y la atención a los problemas psicosociales en el 3% de los estudios.

Desde hace unos años, se viene utilizando por diferentes autores, entre ellos Mira et al. en 1997, Babakus y Mangold en 1992, Moliner y Moliner en 1996, Hernan et al. en 1996, Prieto et al. en 1999 y 2002, Gea et al. en 2001, Massacolo en 2000, Torres et al. en 2001 y Pulido-Soto en 2004, y en el ámbito sanitario el modelo SERVQUAL de Parasuraman, tanto en la realización de estudios de satisfacción del usuario con enfoques cuantitativos como cualitativos. Este modelo establece como eje central que la satisfacción o insatisfacción es el resultado de la comparación entre las expectativas previas y la percepción del producto real o de las características del servicio. El cuestionario SERVQUAL explora cinco dimensiones: 1) seguridad, referente a la cortesía, el conocimiento y competencia profesional y la capacidad para inspirar confianza; 2) tangibilidad, que hace referencia a facilidades físicas en el equipamiento, aspecto de las dependencias y del personal; 3) capacidad de respuesta, entendida como deseo de ayudar al cliente y de dar el mejor servicio en forma rápida; 4) fiabilidad, como capacidad para ofrecer el servicio prometido de forma segura, seria y formal, libre de daños, riesgos, dudas e inseguridades, y 5) empatía, entendida como respeto y consideración personalizada hacia el cliente. A partir de las diferentes adaptaciones y aplicaciones de este modelo al ámbito sanitario, en los últimos estudios se vienen utilizando hasta un total de nueve dimensiones de calidad percibida por los usuarios de un servicio: accesibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, comunicación, cortesía, competencia, seguridad, credibilidad y tangibilidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

Babakus E, Mangold WG. Adapting de Servqual scale to hospital services: an empirical investigation. Health Services Research. 1992;26(6):767-85.

Carmel S. Satisfaction with hospitalization: A comparative analisis of three types of services. Soc Sci Med. 1985;21:1243-9.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 462/1996, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de la asistencia especializada y órganos de dirección de los hospitales.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Cuesta A, Moreno JA, Gutiérrez R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma; 1986.

Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión. 1997;3(2):90-101.

Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México D.F.: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana; 1984.

Donabedian A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Michigan: Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan; 1989.

Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control de Calidad Asistencial. 1991;6(1):1-6.

Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). Control de Calidad Asistencial. 1991;6(2):31-9.

Frías Osuna A. Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de proceso. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.

Frías Osuna A, et al. Mejora de la calidad en enfermería comunitaria. En: Martínez JR, Del Pino R (eds.). Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Ediciones DAE; 2006.

Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:37-44.

Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med. 1998;27:637-44.

Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med. 1998;27:935-9.

Hernán M, Jiménez JM, March JC, Silió F. Calidad percibida por los clientes del hospital Costa del Sol. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.

Kahn J. Gestión de calidad en los centros sanitarios. Barcelona: SG Editores; 1990.

INSALUD. Normas técnicas mínimas para los servicios de la cartera de atención primaria. Madrid: Subdirección General de Atención Primaria, Insalud; 1993.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. BOE del 19 de abril de 1986.
Lewis JR. Patient Views on Quality Care in General Practice: Literature Review. Soc Sci Med. 1994;39(5):655-70.
Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? Cuadernos de Gestión. 1995;1(1):23-33.
Massacolo MI. Opinión de usuarias sobre la calidad del programa de atención al embarazo en el Centro de Salud de Cartuja en Granada. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud.
Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gaceta Sanitaria. 1997;11:176-89.
Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente: conceptos y aspectos metodológicos. Revista de Psicología de la Salud. 1992;4(1):89-116.
Moliner MA, Moliner T. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. Atención Primaria. 1996;17(15):400-6.
O.M.S. Calidad asistencial en los servicios sanitarios Informe sobre las discusiones técnicas en la 38.ª sesión del Comité Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Control de calidad asistencial. 1990;5S(1):22-6.
Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing. 1985;49:41-50.
Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing. 1988;64:12-40.
Prieto MA, March JC, López LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. Atención Primaria. 1999;24(5):259-66.
Prieto MA, Gil E, Heierle C, Frías A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:613-25.
Pulido-Soto A. Opinión y satisfacción de las mujeres con el Programa de Educación Maternal. Centro de Salud "El Valle". Jaén 2003-04. Baeza: Universidad Internacional de Andalucía; 2004.
Sánchez JA, Saturno P. Las encuestas de satisfacción. En: Saturno P (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo III. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 312-39.
Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es la calidad? En: Saturno P (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 19-45.
Thompson A, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. Rev Calidad Asistencial. 1996;11:74-86.
Torres A, Sánchez F, Martínez L, Fernández E. Opinión de madres sobre el programa posparto. Matronas Profesión. 2001;3:38-42.
Varo J. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson; 1988.
Weis G. Patient satisfaction with primary medical care. Med Care. 1988;26:3883-4392.

C A P Í T U L O 1 5

Calidad en enfermería familiar y comunitaria

Antonio Frías Osuna, Adoración Pulido-Soto, Pedro Ángel Palomino Moral y Rafael del Pino Casado

INTRODUCCIÓN

En los últimos años es cuando se produce un mayor desarrollo y preocupación por la puesta en marcha de actividades dirigidas a mejorar la calidad en Atención Primaria de Salud (APS), en general, y en enfermería familiar y comunitaria, en particular. Este desarrollo se da en el momento en el que el nivel de implantación y experiencia de la enfermería familiar y comunitaria alcanza los niveles mínimos, que permiten la puesta en marcha de actividades, encaminada a la mejora de la calidad de la atención que se presta a los individuos, las familias y la comunidad en general.

De acuerdo con Vuori, el desarrollo de actividades de evaluación y mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria viene justificado por una serie de motivos que podemos clasificar en las siguientes categorías:

Motivos éticos

La propia constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) contiene el principio de que cada individuo tiene derecho al nivel de salud más alto que se pueda alcanzar. Esto implica que cada cual también tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible. El hecho de que la atención a la salud sea considerada como un valor social implica automáticamente una obligación ética de garantizar la calidad de los servicios destinados con este fin. En nuestro país el derecho a la protección de la salud se recoge en la propia Constitución. Por otra parte, los profesionales de la salud, dentro de sus códigos éticos, contemplan el interés y la obligación de prestar la mejor atención posible.

Motivos legales

Como hemos podido comprobar existen una serie de normas, como la Ley General de Sanidad, y decretos que regulan el trabajo en APS, etc., que obligan al sistema sanitario y a los profesionales que prestan sus servicios en el mismo, al desarrollo y la puesta en marcha de actividades dirigidas a garantizar la calidad de la atención prestada.

Exigencia social

Nuestra sociedad es cada vez más exigente en cuanto a la calidad de vida, calidad del entorno, calidad del servicio recibido, etc. En estos momentos se está produciendo un proceso de toma de conciencia de los derechos por parte de la población. Los usuarios exigen una mayor calidad en sus cuidados de salud. Este hecho se pone de manifiesto mediante la reclamaciones individuales o colectivas de los usuarios del sistema sanitario, así como a través del aumento progresivo de los distintos movimientos sociales, que se dedican a exigir unos servicios de mayor calidad, como son las asociaciones de ayuda mutua, asociaciones de usuarios y consumidores, etc.

Motivos de seguridad

En la asistencia sanitaria existe un riesgo elevado. En ocasiones, y debido a la intervención sanitaria, se compromete la propia vida del paciente. Esto explica el interés existente por garantizar la calidad de las instalaciones, el equipamiento y el personal, que permitan una atención adecuada en las situaciones críticas y que produzcan los menos daños posibles. El establecimiento de mecanismos que garanticen la calidad de la atención conlleva proteger a los usuarios del sistema sanitario de los efectos adversos producidos por el mismo.

Motivos de eficiencia

La complejidad del proceso asistencial, caracterizada por la disponibilidad cada vez mayor de pruebas diagnósticas y de tratamiento, junto con la elevación de los costes y los recursos limitados

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

hacen imprescindible establecer mecanismos que garanticen la óptima utilización de los servicios de salud.

Motivos profesionales

Existe la necesidad de analizar las acciones desarrolladas con miras a un examen crítico que permita identificar los cuidados que proporcionan mayor nivel de salud. Las actividades de evaluación y mejora de la calidad pueden constituir un camino para el desarrollo profesional de la enfermería familiar y comunitaria, por lo que implica de reflexión profunda sobre los recursos, procedimientos y resultados de los cuidados de enfermería. Por otra parte, las actividades de mejora de la calidad constituyen por sí mismas un mecanismo clave en la formación continuada de los profesionales y contribuyen directamente a elevar la estima, motivación y satisfacción profesional.

El objetivo fundamental de la mejora de la calidad es garantizar al usuario que se le está prestando una atención de calidad óptima, es decir, sirve para mejorar la atención dispensada por el sistema sanitario a todos los niveles.

ENFOQUES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD

En la actualidad, se está generalizando el enfoque de mejora de la calidad mediante la puesta en marcha de «sistemas de calidad total». Estos consisten en la intervención en todos los componentes de la calidad con el objetivo de mejorarla desde los diferentes aspectos que la componen. Este enfoque está siendo desarrollado de una forma amplia en centros donde existe una cultura previa en actividades de mejora de la calidad.

Teniendo en cuenta las características actuales de la APS y específicamente de la enfermería familiar y comunitaria, el enfoque que nos parece más adecuado se centra en dos líneas:

1. **La calidad debe ser una preocupación constante** en el desarrollo de cualquier actividad en enfermería familiar y comunitaria:
   a. La formación del futuro profesional, así como la formación continuada, debe garantizar la prestación de cuidados que contribuyan a un mayor nivel de salud, bienestar, satisfacción y autonomía del usuario.
   b. La organización del centro, teniendo en cuenta la limitación de recursos, deberá ser aquella que nos permita la prestación de cuidados de la mayor calidad posible.
   c. La utilización de los recursos disponibles debe hacerse pensando en la forma en que nos permita la prestación de unos cuidados lo más eficientes posibles.
   d. Las instalaciones del centro deben de reunir las mínimas condiciones de habitabilidad, confort, luminosidad, ventilación, limpieza, espacio, que nos permitan una atención lo más satisfactoria posible.
   e. El trabajo en equipo nos va a condicionar de forma directa la coordinación de la atención, la accesibilidad a los diferentes profesionales, la atención integral, la rapidez en la atención, la continuidad y, por consiguiente, la satisfacción del usuario y del propio profesional de enfermería.
   f. Los planes de cuidados a aplicar deben garantizar una atención lo más eficiente posible.
   g. La interrelación enfermera usuario debe ser tal que permitan un nivel de confianza y empatía que garantice la implicación del usuario en su propio autocuidado.
   h. La aplicación del proceso de atención de enfermería nos permitirá la resolución de los problemas y, por tanto, la mejora de la calidad de los cuidados de una forma sistemática, unificada, coherente, científica y evaluable.
   i. La protocolización de la atención de enfermería a los diferentes procesos y usuarios es un elemento que contribuye a garantizar la unificación y continuidad de los cuidados y a que estos reúnan unos mínimos criterios de calidad.
   j. El uso de planes de cuidados estandarizados y guías de práctica clínica basadas en la evidencia disponible garantizará la aplicación de los cuidados que han demostrado una mayor y mejor contribución a la solución de los problemas identificados.
   k. El registro de las actividades desarrolladas nos permitirá la evaluación de los cuidados y, por consiguiente, la posibilidad de mejora.
   l. La evaluación periódica de los resultados obtenidos con la atención prestada nos pondrá de manifiesto las áreas o aspectos sobre los que intervenir para mejorar la calidad de los cuidados.

2. **La puesta en marcha de programas de mejora de la calidad** que nos permitan la identificación sistemática de los problemas relacionados con la calidad y las intervenciones adecuadas para mejorarla.

ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA CALIDAD

Las estrategias que se vienen desarrollando para la organización de las actividades de mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria son muy diversas. Como sabemos, muchos de los enfoques utilizados proceden del mundo empresarial y especialmente de la industria, que han sufrido las adaptaciones pertinentes para su adecuación a las características singulares de los sistemas sanitarios, en general, y de la atención primaria, en particular. Cuando un equipo de APS o una institución sanitaria deciden poner en marcha actividades de mejora de la calidad, estas no deben ser actividades aisladas que se realicen una vez cada cierto tiempo. Se trata, por el contrario, de una serie de actividades concatenadas en el tiempo que se van desarrollando de una forma continua y con una finalidad determinada. De acuerdo con esta premisa, este conjunto de actividades ha sido denominado «programa de mejora de la calidad» por autores como Marquet, Palomer, Martín, Otero, Saturno, Vega y Davins, entre otros. En los últimos años, se han implantado programas de mejora de la calidad desarrollados en su totalidad desde el ámbito de los servicios sanitarios. El objetivo de los programas de calidad no es demostrar los problemas existentes, ni siquiera proponer soluciones; su finalidad es llegar a producir los cambios necesarios que mejoren la calidad de la atención prestada.

Independientemente de la estructura y organización que se les dé a estos programas, existe un elemento diferenciador entre ellos que nos parece fundamental, el hecho de que el programa nazca desde el interés del propio equipo de atención primaria o desde el propio equipo del personal de enfermería comunitario, o bien que la implantación del programa se realice desde estructuras externas a los propios equipos. Esta diferenciación nos permite clasificar los programas de mejora en programas externos e internos.

Programas externos de mejora de la calidad

Desarrollados por organismos o instituciones ajenas al centro de atención primaria o al propio equipo. En este caso, los evaluadores no pertenecen al centro o grupo que se va a evaluar. El organismo que realiza el programa tiene posibilidades de actuar sobre la institución, según el resultado, mediante una intervención administrativa, como por ejemplo: restricciones o facilitación presupuestaria, reconocimiento oficial del grado de calidad alcanzado, capacitación para la docencia, etc. Entre los programas de calidad externos, destacan por su importancia en algunos países los programas de acreditación. En nuestro entorno, los diferentes servicios autonómicos de salud o las consejerías de salud de las comunidades autónomas están creando sus propias agencias de evaluación de la calidad con el propósito de evaluar y mejorar la calidad de la atención prestada a los usuarios, a través de programas de acreditación de sus propias instituciones o de aquellas que prestan servicios sanitarios en su ámbito territorial.

Programas internos de mejora de la calidad

Son los realizados en cada institución por parte de los propios profesionales o por una comisión *ad hoc* elegidos entre ellos. Tienen como finalidad la mejora de la calidad de la asistencia que se presta al usuario, la familia y/o la comunidad. Se centran habitualmente en el proceso de atención y su motor fundamental es la motivación y capacitación de los profesionales de dicha institución.

Uno de los requisitos indispensables para que los programas de mejora de la calidad funcionen es que los profesionales que trabajan en ellos se sientan implicados. Teniendo en cuenta esta premisa, debemos buscar formas organizativas para el desarrollo de los programas de mejora de la calidad que se caractericen por la implicación de todos los profesionales del equipo de atención primaria. La fórmula más desarrollada hasta el momento, en nuestro contexto, es la **«comisión de mejora de la calidad».** Esta comisión está encargada de implicar al personal del centro en la revisión y mejora de la atención que se presta. Existen muchas variaciones de esta fórmula. Cuando se trata de centros con

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

un grupo pequeño de profesionales, la comisión puede estar constituida por la totalidad del personal. En centros con un número mayor de profesionales, esta debe estar constituida por un número no superior a 10-12 personas. En este grupo deben estar representados todos los profesionales del equipo de atención primaria, siempre que esto sea posible, ya que la implicación de todos los profesionales del equipo sería lo deseado. En ningún momento la falta de implicación de las otras disciplinas que componen el equipo de atención primaria debería suponer un obstáculo para la mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria. En todo caso, y así viene produciéndose con cierta frecuencia, se debería poner en marcha, de forma específica, una «comisión de mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria». La comisión elegirá entre sus miembros un coordinador de la misma, el cual debe tener un reconocimiento profesional por parte del resto del equipo y capacidad de liderazgo para generar una dinámica de participación entre sus compañeros.

Otra posible forma de organización para el desarrollo de programas internos de mejora de la calidad son los **«círculos de calidad»,** de reciente implantación en el sistema sanitario en nuestro país. La idea de los círculos de calidad nació en EE. UU., en los años veinte, aunque donde ha alcanzado un alto nivel de implantación es en la industria del Japón. Siguiendo a Ríos, un círculo de calidad es: «Un grupo de trabajo formado por voluntarios de una misma unidad que, ayudándose de una metodología determinada, dedica sus esfuerzos a detectar y analizar sus problemas, buscar y mejorar sus propuestas y de esta forma mejorar la calidad».

Los círculos de calidad se basan en los siguientes **principios:**

1. La calidad se consigue entre todos.
2. El individuo que es el responsable de un trabajo es el que está más capacitado para poder mejorarlo.
3. Las personas bien informadas pueden resolver, solas o en grupo, los problemas que están a su alcance.

Se plantea como base y como objetivo conseguir un entorno claramente participativo, basado en la mutua confianza entre estamentos y con objetivos iniciales de mejora de la calidad a medio plazo.

La elección de la forma organizativa concreta a utilizar, para la puesta en marcha de programas internos de mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria y atención primaria, va a depender de una serie de factores como son: el estilo de dirección del centro, la experiencia de sus miembros, la formación en metodología de mejora de la calidad, la cohesión del equipo de atención primaria, el interés de los diferentes componentes, el clima organizacional existente, el nivel de desarrollo de la propia enfermería familiar y comunitaria y de la atención primaria, etc.

PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Según Marquet i Palomer, independientemente del modelo de organización elegido, el desarrollo del programa de mejora de la calidad debe incluir, al menos, las siguientes actividades:

- Ciclos de mejora de la calidad.
- Monitorización de la calidad.
- Diseño de la calidad.

Ciclo de evaluación y mejora de la calidad

Propuesto en un principio por Palmer, y desarrollado y adaptado posteriormente por diferentes autores como Saturno, está constituido por las siguientes fases:

1. Identificación y detección de las posibilidades de mejora.
2. Priorización de los problemas u oportunidades de mejora.
3. Análisis causal. Identificación de las causas de los problemas de calidad.
4. Determinación de criterios y establecimiento de estándares de calidad.
5. Diseño y realización del estudio de evaluación de la calidad.
6. Identificación y análisis de las acciones de mejora.
7. Implantación de las acciones de mejora.
8. Reevaluación.

Monitorización de la calidad

De acuerdo con Marquet, Palomer y Saturno, la monitorización consiste en la medida continuada, planificada y sistemática de una serie

de aspectos o indicadores relacionados con la calidad de la atención. El objetivo es comprobar que nos encontramos en unos niveles aceptables, los cuales han sido establecidos previamente. También tiene la utilidad de identificar posibles problemas u oportunidades de mejora.

El profesor Saturno propone que el proceso de monitorización incluya una serie de fases entre las que podemos destacar las siguientes:

1. Definir el espectro de la atención prestada en nuestro centro. Realizar un listado exhaustivo de la atención o actividades que se desarrollan en el centro.
2. Seleccionar aquellos aspectos que tengan una mayor importancia en la atención recibida por la población, sobre la base de su frecuencia, los que supongan un cierto riesgo para el paciente, los más problemáticos, etc.
3. Definir un grupo de indicadores clínicos para cada uno de los aspectos seleccionados anteriormente. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations define el indicador clínico como una medida cuantitativa que puede usarse como guía para evaluar la calidad de importantes actividades asistenciales.
4. Establecer los umbrales de evaluación para cada uno de los indicadores clínicos definidos. El umbral de evaluación es el nivel del indicador que, si se alcanza, nos indicará la existencia de un problema o aspecto deficitario en la calidad y que justifica el inicio de un proceso de evaluación o ciclo de mejora de la calidad.
5. La monitorización lleva consigo un proceso de recogida de los datos necesarios para la construcción de los indicadores clínicos. Este proceso de recogida de información precisa definir las fuentes de datos, los métodos de recogida de información, el tamaño de muestra necesario, la frecuencia de recogida y las personas responsables de dicha recogida.
6. Construcción de los indicadores clínicos de forma sistemática y con la periodicidad determinada anteriormente, utilizando para ello los datos recogidos en la práctica en nuestro centro.
7. Comparación del nivel alcanzado en cada indicador clínico con los umbrales de evaluación establecidos. De tal forma que, si el umbral no ha sido alcanzado, se entiende que la atención se encuentra dentro de los límites de calidad aceptable. En caso de haber sido alcanzado el umbral de evaluación, será necesario iniciar un ciclo de mejora con objeto de subsanar el problema detectado.

Diseño de la calidad

De acuerdo con Saura, Udahongo y Llor, el objetivo central del diseño de la calidad es el de prevenir la aparición de problemas de calidad, diseñando sistemas y procesos, de manera que la calidad sea inevitable. Consiste, básicamente, en facilitar que las cosas tengan que hacerse bien, de tal manera que el resultado será de alta calidad. El diseño de la calidad pasa por definir lo que queremos conseguir en cuanto a satisfacción de necesidades y expectativas, resultados del servicio o actividad a diseñar y a partir de aquí definir qué tenemos que hacer y cómo hacerlo para lograr el resultado esperado. Las actividades fundamentales desarrolladas en la actualidad en el sistema sanitario en cuanto al diseño de la calidad pasa por la construcción de protocolos o guías para la práctica, el diseño de procesos asistenciales y/o la reingeniería de procesos.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Con objeto de favorecer el desarrollo de actividades de mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria habría que:

1. Establecer como idea central de nuestra actuación la satisfacción del usuario. Esta es la razón última de la existencia del sistema sanitario, de la APS y de la enfermería familiar y comunitaria.
2. Entender la calidad como un proceso continuo, que debe constituir una preocupación constante en todas las actividades que desarrollemos.
3. Procurar la implicación de todos los trabajadores, ya que la calidad se mejora con la implicación de todos y desde la base de la organización.
4. Asumir, por parte de los directivos, la mejora de la calidad de los servicios como objetivo de su gestión.
5. Desarrollar actividades de formación de los profesionales en metodología de mejora de la calidad.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

6. Diseñar sistemas de mejora de la calidad adaptados a las características de cada centro o de cada equipo.
7. Construir sistemas de mejora de la calidad de la APS de forma global, garantizando las actividades de mejora de la calidad de la enfermería familiar y comunitaria.
8. Incentivar el desarrollo de actividades de mejora de la calidad y la consecución de niveles de calidad concretos.
9. Introducir las actividades de mejora de la calidad de forma sistemática e integrada en la vida de los centros de salud. Entendiendo estas actividades como a medio y largo plazo.
10. Adaptar, mejorar y utilizar los sistemas de información para que nos permitan la evaluación de la calidad de los cuidados prestados.
11. Experimentar diferentes formas de organización con objeto de identificar aquellas que contribuyan de forma más directa a la mejora de la calidad.
12. Favorecer la puesta en común de las experiencias llevadas a cabo en este campo.
13. Posibilitar el desarrollo de estas actividades mediante la dotación de los recursos necesarios.
14. Poner en marcha grupos de trabajo: comisiones de calidad, círculos de calidad, grupos de mejora, etc. que pueden canalizar las actividades de mejora de la calidad.
15. Aplicar un modelo conceptual determinado de enfermería familiar y comunitaria y del proceso de atención de enfermería, que nos permita determinar claramente la aportación específica de la enfermería a la salud de la población y dar respuesta a las necesidades de cuidados de esta.

LECTURAS RECOMENDADAS

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2002.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de acreditación de unidades de gestión clínica. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2003.

Bohigas L. ¿Qué es la acreditación? Calidad Asistencial. 1995;10(1).

Consejería de Salud. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2000.

Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía; 2001.

Consejería de Sanidad y Política Social. Programa EMCA de gestión de calidad asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia; 1996.

Davins J. Estrategias de implantación de un programa de calidad en un centro de salud Organización y funcionamiento. En: Tratado de calidad asistencial en atención en primaria. Tomo III. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 201-30.

Frías Osuna A. Calidad en salud, una demanda social. Index de Enfermería. 1995;4(11).

Frías Osuna A, Pulido-Soto A. Mejora de la calidad en atención primaria de salud y enfermería comunitaria. En: Frías Osuna A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 141-53.

Frías Osuna A, Pulido-Soto A, Palomino Moral PA, del Pino Casado R, et al. Mejora de la calidad en enfermería comunitaria. En: Martínez JR, del Pino R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

González A, De Pablos A, Aguilera M, Escribano S, Gil JF. Calidad total en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial. 1991;6(3):65-74.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Barcelona: SG Editores; 1995.

Kahn J. Gestión de calidad en los centros sanitarios. Barcelona: SG Editores; 1990.

Koch H. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: SG Editores; 1994.

Llor B, Saturno P, Gascón JJ, Saura J, López MJ, Sánchez M, Blasco JR, García M. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. Enfermería Clínica. 2002;12(1):22-8.

Marquet i Palomer R, Benet JM, Guarga A. Organización de las actividades de control de calidad asistencial en un centro de salud. En: Jiménez J. Programación y protocolización de actividades. Barcelona: Doyma; 1990. p. 61-74.

Marquet i Palomer R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1993.

Martín S. La calidad de los servicios en atención primaria. Centro de Salud. 1993 p. 183-9.

Otero A, Saturno P, Marquet R. Garantía y mejora de la calidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3.ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994. p. 273-88.

Ríos V. Círculos de calidad. Su necesaria aplicación en el campo sanitario. Control de Calidad Asistencial. 1986;1(1):23-6.

Ruiz U. Plan de garantía de calidad total en atención sanitaria. Programa marco. 1. ª fase 1986-1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Instituto Nacional de la Salud; 1988.

Saturno PJ. Estrategias para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en atención primaria (I): consideraciones generales. Centro de Salud. 1993 p. 587-92.

Saturno PJ. Estrategias de implantación de las actividades de evaluación y mejora de la calidad. El ciclo evaluativo o ciclo de mejora de la calidad. Curso de calidad asistencial

en atención primaria. Murcia: Du Pont Pharma; 1996. p. 66-83.
Saturno PJ. Qué es y para qué sirve un programa de gestión de la calidad. En: Saturno P (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención en primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 81-114.
Saura J. Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica. En: Saturno P (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención en primaria. Tomo III. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 73-95.
Udahondo M. Reingeniería. Evaluación y mejora integral de los servicios de salud. En: Saturno P. Tratado de calidad asistencial en atención en primaria. Tomo III. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 137-63.
Vega E, et al. Manual garantía de calidad. Atención Primaria de Salud. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 1994.
Vuori HV. El control de calidad en los servicios Sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson; 1988.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 6

Calidad, evaluación y mejora

Antonio Frías Osuna, Adoración Pulido-Soto, Rafael del Pino Casado y Pedro Ángel Palomino Moral

INTRODUCCIÓN

La garantía, el mantenimiento y la mejora de la calidad de los servicios de salud requieren la puesta en marcha y el mantenimiento a lo largo del tiempo, de una serie de estrategias y acciones desarrolladas de forma planificada y sistemática. Independientemente del sistema organizativo adoptado para las actividades de mejora de la calidad en cada institución, organismo o servicio, se hace necesario el desarrollo de un proceso de trabajo que permita la identificación y priorización de los aspectos, ya sean de estructura, proceso o resultado, que están condicionando la calidad de los servicios de salud y que son susceptibles de mejora. A partir de la identificación de dichos aspectos se necesita conocer cuáles son los factores que están en el origen (causas) de estos problemas de calidad, ya que serán dichas causas el objeto de las futuras intervenciones de mejora. Además resulta necesario definir los criterios y estándares de calidad relacionados con cada problema identificado con objeto de disponer de un modelo de comparación (evaluación). A partir de aquí nos encontramos en disposición de diseñar y llevar a cabo el correspondiente estudio de evaluación de la calidad que nos permitirá conocer la situación en la que nos encontramos y las deficiencias y fortalezas con las que contamos. La identificación de las posibles acciones de mejora y la implantación de las mismas resultan imprescindibles en el proceso de mejora de la calidad. Una vez transcurrido el tiempo necesario para que dichas acciones de mejora de la calidad puedan haber surtido efecto, se iniciará un nuevo proceso de reevaluación que nos llevará a la identificación de nuevas posibilidades de mejora y así continuar con esta tarea de garantizar la calidad de los servicios de salud. A este proceso se le denomina **ciclo de evaluación y mejora de la calidad,** propuesto en un principio por Palmer, y desarrollado y adaptado posteriormente por diferentes autores, entre ellos por el profesor Saturno. Dicho proceso está constituido por las siguientes fases (fig. 16-1):

1. Identificación y detección de las posibilidades de mejora.
2. Priorización de los problemas u oportunidades de mejora.
3. Análisis causal. Identificación de las causas de los problemas de calidad.
4. Determinación de criterios y establecimiento de estándares de calidad.
5. Diseño y realización del estudio de evaluación de la calidad.
6. Identificación y análisis de las acciones de mejora.
7. Implantación de las acciones de mejora.
8. Reevaluación.

IDENTIFICACIÓN Y DETECCIÓN DE LAS POSIBILIDADES DE MEJORA

La primera tarea es identificar qué área se va a evaluar o, lo que es lo mismo, determinar de qué problema o aspecto de la asistencia se quiere mejorar su calidad.

Por problema o aspecto de la asistencia podemos entender cualquier episodio que disminuya la calidad de la asistencia o que afecte de forma negativa a la salud o a la satisfacción de los usuarios. Por otra parte, podemos estar interesados en conocer si los diferentes componentes de la estructura, el proceso o el resultado reúnen los mínimos criterios de calidad, para permitir una adecuada asistencia.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

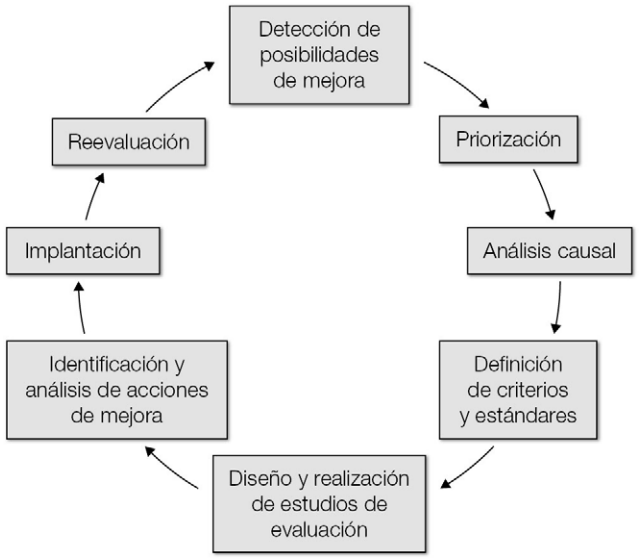


FIGURA 16-1. Ciclo de evaluación y mejora de la calidad. *(Fuente: Saturno P (ed.).* Tratado de calidad asistencial en atención primaria. *Madrid: Du Pont Fharma; 1997.)*

Existen múltiples métodos más o menos complejos para proceder a la identificación de problemas u oportunidades de mejora, propuestos por autores como Davins en 1997, Agra y García en 1998, Saturno y Gascón en 1996, entre otros. Ante la variedad, lo que debemos hacer es escoger el método que mejor se adapte a las características y recursos de nuestro entorno de trabajo.

Entre los diferentes métodos a utilizar podemos seleccionar:

- Los sistemas de monitorización: según Davins y Saturno, estos sistemas de monitorización consisten en el establecimiento y la evaluación periódica de una serie de indicadores que nos permiten identificar en cualquier momento las desviaciones de las normas establecidas como de buena calidad.
- La identificación de problemas concretos que se presenten en cualquier momento, durante la prestación de cuidados en atención primaria.
- Una de las fuentes más significativas en la identificación de situaciones susceptibles de mejora de la calidad en enfermería familiar y comunitaria son los propios usuarios. Para recoger la opinión de estos, en cuanto a los aspectos de la atención de enfermería que requieren mejoras, podemos utilizar diferentes técnicas:
- Las reclamaciones de los usuarios: también pueden ser utilizados para la identificación sistemática de problemas sobre los que intervenir para mejorarlos o eliminarlos.
- Las encuestas de satisfacción de los usuarios, mediante las que se recoge la opinión de manera uniforme de un grupo numeroso de individuos.
- El método a través de informadores clave: recogiendo la opinión de representantes de la comunidad, como pueden ser los presidentes de asociaciones de vecinos, representantes sindicales y de otras organizaciones sociales, ayuntamientos, etc. De acuerdo con Cuesta et al., mediante este método podemos conseguir un doble objetivo, por una parte, identificar problemas desde el punto de vista de la comunidad y, por otra, implicar a sus representantes en las actividades de mejora de la calidad, que se pongan en marcha posteriormente.
- Los grupos focales están siendo uno de los métodos más utilizados para la identificación de la opinión de los usuarios de los servicios de enfermería familiar y comunitaria, respecto a la calidad de los mismos, y utilizados recientemente por Prieto y Baraza.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- La opinión de los profesionales puede ser un elemento clave para la identificación de las oportunidades de mejora. Los métodos de trabajo con pequeños grupos son los utilizados con mayor frecuencia, en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria, siempre y cuando nos interese identificar las situaciones susceptibles de mejora desde el punto de vista y la opinión de los profesionales. Son métodos cualitativos que, de manera más o menos estructurada, utilizan las percepciones de los profesionales, basándose en el principio de que la experiencia, de los que prestan los cuidados, es una fuente clave de información acerca de los problemas de calidad que pueden ser mejorados. Otra de sus ventajas es la implicación de los profesionales en la identificación de los problemas, ya que serán ellos, probablemente, los responsables de la puesta en marcha de medidas concretas para mejorarlos. Algunos de estos métodos incorporan técnicas de priorización que permiten ordenar los problemas identificados según su importancia. Entre ellos la «tormenta de ideas», la «técnica de grupo nominal» y la «técnica Delphi» son los más utilizados.

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA

Puesto que es imposible la intervención al mismo tiempo sobre todos los problemas identificados, la priorización de los mismos es imprescindible. La determinación de las prioridades es un método de toma de decisiones, y en todo caso resulta necesaria la implicación de la mayoría de los profesionales en el proceso de priorización y el uso de técnicas de búsqueda del consenso. Existe un gran número de técnicas que pueden resultar útiles en el proceso de priorización, entre ellas, las más utilizadas en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria son: la escala de medida lineal, la comparación por pares y la priorización según criterios, entre los que hay que tener en cuenta el número de usuarios a los que afecta el problema, si están o no relacionados con riesgo grave para el paciente, en qué medida depende su solución del propio equipo de salud, su coste, etc. Métodos propuestos por Marquet, Davins, Agra, Saturno y Gascón, entre otros.

ANÁLISIS CAUSAL. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS DE CALIDAD

Una vez identificadas las oportunidades de mejora o los problemas de calidad y tras su priorización, resulta necesario identificar las causas de dichos problemas con objeto de poder diseñar estrategias de intervención que incidan directamente sobre los desencadenantes de los problemas de calidad. Además de la identificación de las posibles causas de un determinado problema, debemos conocer el peso específico que cada una de ellas tiene sobre la génesis del problema. Entre los posibles métodos a utilizar en el análisis causal, Uris y Pariente proponen el diagrama de causa-efecto, diagrama de flujo, histograma, diagrama de Pareto, diagrama de dispersión, diagrama de tendencias y gráficos de control.

De los anteriores resulta de especial utilidad el **diagrama causa-efecto** o **diagrama de Ishikawa.** Diseñado por Ishikawa en 1953, se conoce también como «diagrama de espina de pescado», y se basa en que un problema de calidad se puede atribuir a una gran variedad de factores o causas, y que resulta posible encontrar la relación causa-efecto entre estos factores. Las diferentes causas y factores pueden agruparse en unas cuantas categorías. El proceso para el diseño de este diagrama incluye los siguientes pasos (figs. 16-2 y 16-3):

1. En primer lugar habría que determinar el problema de calidad, atributo u oportunidad de mejora a analizar, este sería considerado como el «efecto».
2. El segundo paso es la identificación de todas las posibles causas o factores que pueden estar condicionando el problema de calidad que estamos analizando. Esta identificación se puede realizar utilizando cualquier técnica de consulta o discusión grupal, «tormenta de ideas», «grupo de discusión», etc.
3. A continuación, se agrupan las causas identificadas en diferentes categorías, según la afinidad entre sí. Las categorías más utilizadas son: las causas debidas a los profesionales, las relacionadas con los usuarios, las debidas al sistema de organización del centro, las relacionadas con la estructura (deficiencias estructurales, materiales, de personal, etc.), las causas debidas al entorno (cultura del centro, clima laboral, etc.). Además de estas cinco

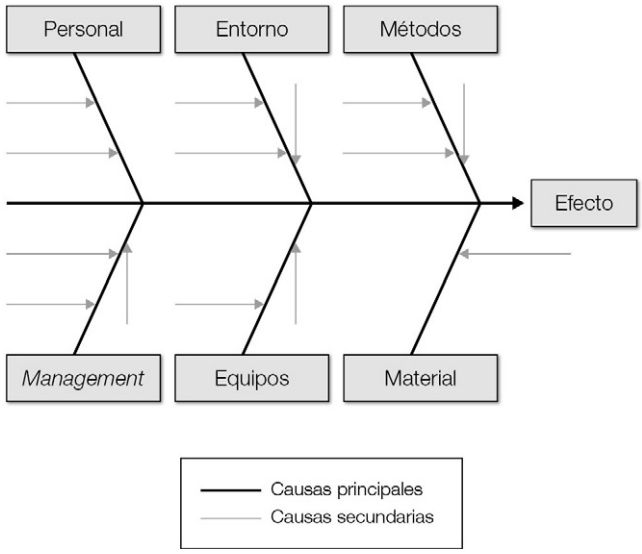


FIGURA 16-2. Diagrama causa-efecto, de Ishikawa. *(Fuente: Kume H.* Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. *Barcelona: Norma; 1992.)*



FIGURA 16-3. Diagrama causa-efecto de Ishikawa. Ejemplo «causas de la autorretirada de catéter». *(Fuente: Pallares L, García MJ.* Guía práctica para la evaluación de la calidad en atención enfermera. *Madrid: Olalla Ediciones; 1996.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

categorías en las que clasificar las posibles causas, se pueden identificar otras.
4. El cuarto paso consiste en determinar la importancia de cada factor, e identificar los factores o causas particularmente importantes que pueden tener un efecto significativo sobre el problema de calidad u oportunidad de mejora analizada.
5. Para finalizar se anota en el diagrama cualquier información que pueda ser de utilidad.

El **análisis de Pareto** o **diagrama de Pareto** aporta la utilidad de permitir valorar en cuánto influye cada una de las causas identificadas y seleccionar aquellas que son responsables de la mayor parte del problema. Se basa en la Ley 20/80 o principio de Pareto (el 20% de las causas son responsables del 80% del problema de calidad). Una vez se han identificado las posibles causas de la aparición de un problema de calidad mediante algunas de las técnicas anteriores, se procede a la elaboración de un diagrama de Pareto, el cual contempla los siguientes pasos:

1. Primer paso:
   a. Definir las unidades de medida de las diferentes causas: frecuencia, coste…
   b. Identificar los datos que se van a necesitar.
   c. Diseñar un estudio para la recogida de datos, especificando los métodos de recogida, el período de tiempo a recoger, etc.
2. Segundo paso: diseñar una tabla de recogida de datos en la que se incluyan las causas, la frecuencia y los totales.
3. Tercer paso: realizar la recogida de datos en el período de tiempo previsto y cumplimentar la tabla diseñada.
4. Cuarto paso: elaborar una tabla para el diagrama de Pareto con la lista de causas, los totales por causa, los totales acumulados, el porcentaje individual y el porcentaje acumulado (fig. 16-4).
5. Quinto paso: organizar las causas por orden de frecuencia de mayor a menor y cumplimentar la tabla con los datos recogidos. En último lugar, debe ubicarse un apartado para «otros» en el que incluir las causas menos frecuentes.
6. Sexto paso: dibujar un gráfico con dos ejes verticales y uno horizontal (fig. 16-5):
   a. El eje vertical izquierdo se debe marcar con una escala que va desde el 0 hasta el total acumulado o general.

Motivo de la reclamación	Número de reclamaciones	Total acumulado	Porcentaje de cada reclamación	Porcentaje acumulado
Trato inadecuado	104	104	52	52
Demora en la asistencia	42	146	21	73
Falta de información	20	166	10	83
Negación de asistencia	10	176	5	88
Aplicación de cuidados inadecuados	6	182	3	91
Errores en la valoración	4	186	2	93
Otros	14	200	7	100
Total	**200**		**100**	

FIGURA 16-4. Tabla de datos para un diagrama de Pareto sobre «motivos de reclamación de los usuarios». *(Fuente: Gutiérrez J, Jiménez MC, Pérez ML, Gallego M, Linares M. ¿Por qué reclaman los usuarios?* Revista ROL de Enfermería. *1997;230:12-6.)*

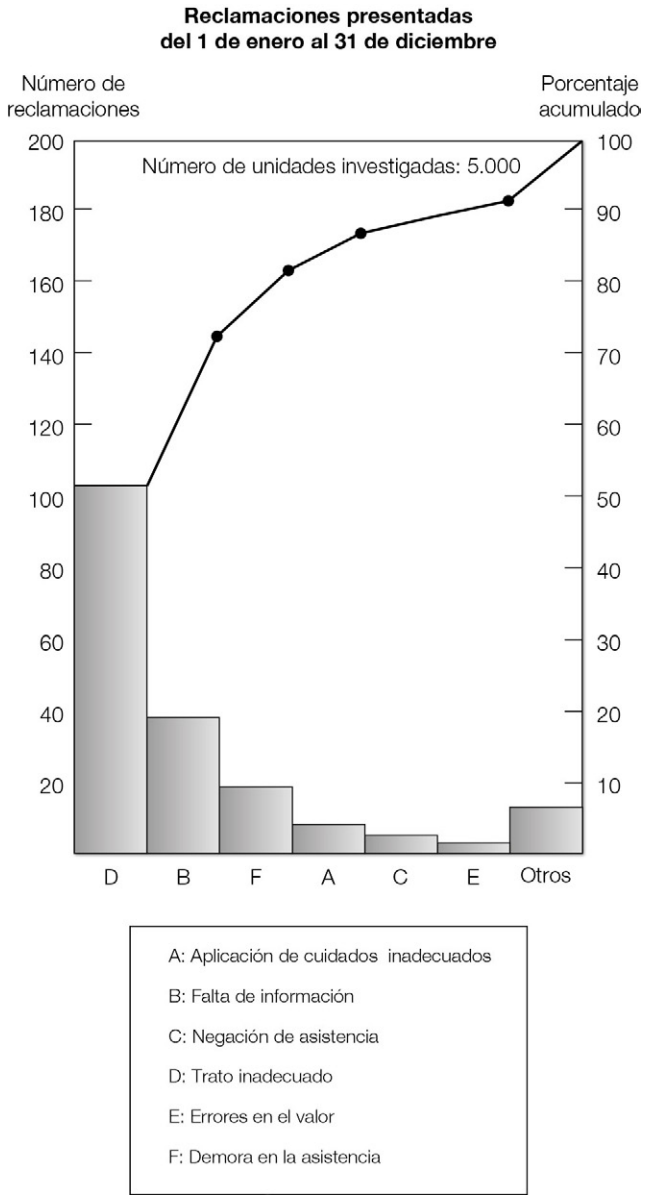


FIGURA 16-5. Diagrama de Pareto sobre «motivos de reclamación de los usuarios». *(Adaptado de Kume H.* Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. *Barcelona: Norma; 1992.)*

b. El eje vertical derecho se debe marcar con una escala desde el 0 hasta el 100%.
c. El eje horizontal se debe dividir en un número de intervalos igual al número de causas estudiadas más un intervalo para «otros».

7. Séptimo paso: construir un diagrama de barras con la frecuencia de cada una de las causas y siguiendo un orden de frecuencia de mayor a menor.
8. Octavo paso: dibujar una curva de frecuencias acumuladas que partiendo de la barra correspondiente a la causa que tiene una frecuencia de presentación mayor llega al 100% en la barra que corresponde al apartado «otros».

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

9. Noveno paso: anotar en el gráfico cualquier información necesaria (título, cifras significativas, unidades, período de tiempo…).

DETERMINACIÓN DE CRITERIOS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

Los criterios pueden definirse como las condiciones que ha de cumplir la práctica asistencial o la estructura o los resultados para que pueda considerarse de calidad.

Toda evaluación consiste en la comparación de una situación determinada con un patrón o modelo preestablecido. En la evaluación de la calidad es necesario establecer patrones o **criterios** de calidad con los que comparar el aspecto concreto de la atención que queremos evaluar.

Los criterios nos permiten pormenorizar los diferentes componentes, aspectos o dimensiones de los problemas de calidad que pretendemos evaluar y mejorar.

Los criterios se pueden clasificar atendiendo a diferentes características:

- Según el tipo de enfoque: de estructura, proceso o resultado.
- Según su origen: normativos y empíricos.
- Según el grado de especificación: implícitos y explícitos.

En la elaboración de los criterios hay que tener en cuenta que deben reunir las siguientes características:

- Han de ser realistas con las condiciones de trabajo.
- Objetivos y explícitos.
- Consensuados y aceptados por los profesionales.
- Flexibles, incluyendo las posibles excepciones de su cumplimiento.
- Elaborados de forma participativa.
- Formulados de forma sencilla y clara, en caso necesario se incluirán las aclaraciones pertinentes.
- Relevantes para la práctica.
- Limitados en número.
- Basados en conocimientos actualizados y con evidencia científica.

Con el objetivo de facilitar el uso correcto de los criterios, es necesario definir con detalle todos los términos expresados en ellos que pudieran dar lugar a confusión o interpretación subjetiva. Esto es lo que se conoce como «especificación o aclaración» de un criterio. Además resulta necesario identificar y especificar las posibles «excepciones» al cumplimiento del criterio, estas son situaciones en las que el incumplimiento del criterio está justificado y no supone un déficit en la calidad del aspecto analizado. A continuación, presentamos el ejemplo de un criterio de calidad para la «atención puerperal»:

Criterio: Realización de educación sanitaria sobre lactancia materna.
Excepciones: *En caso de alimentación con lactancia artificial de forma exclusiva.*
Aclaraciones: *Se educará al menos sobre la importancia, ventajas y técnica de la lactancia materna.*

Para la definición de los criterios de calidad se deben utilizar diferentes fuentes, entre ellas: la literatura científica sobre el tema, así como la evidencia científica, si la hubiera, la opinión y experiencia de profesionales expertos, la práctica más prevalente, la práctica de los profesionales o de las instituciones líderes, las conferencias de consenso entre expertos, las guías para la práctica clínica, los protocolos, las normas o las sistemáticas de funcionamiento, los códigos éticos y deontológico, las normas legales, el análisis causal del problema, etc.

Del conjunto de criterios de calidad referente a un problema u oportunidad de mejora se debe elegir un grupo de ellos que pueda ser representativo del conjunto del problema. Esta selección de criterios de calidad se realizará en función de su importancia o impacto sobre la calidad global del criterio, de la facilidad de su medida en la práctica profesional y de la capacidad de intervención sobre el mismo.

El **estándar** es el grado de cumplimiento exigible al criterio, la especificación cuantitativa de un criterio. Es el nivel de calidad consensuado dentro de ese criterio, desde cuyo valor hacia arriba, la práctica asistencial, se considera aceptable. Indica el límite que separa la calidad aceptable de la no aceptable. También se puede definir como el nivel de aplicación de un criterio.

Los estándares se pueden clasificar en:

- Ideales.
- Empíricos.

Los estándares han de ser establecidos para cada criterio, para un lugar y un tiempo determinado, para un centro y tipo de paciente/usuario concreto. No es adecuado el utilizar estándares establecidos para contextos distintos al que nos interesa.

Continuando con el ejemplo, un posible estándar para el criterio anterior sería:

Realización de educación sanitaria sobre lactancia materna ***en el 100% de las visitas puerperales.***

DISEÑO Y REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Es la parte más técnica del ciclo de mejora de la calidad y requiere una aplicación metodológica rigurosa. El diseño del estudio pretende medir el nivel de calidad de la dimensión o aspecto de la atención objeto de estudio (problema de calidad objeto de mejora, oportunidad de mejora…) comparando la realidad observada con los criterios previamente definidos.

En esta fase hay que realizar las siguientes actividades:

1. Definir y localizar la población diana.
2. Especificar la muestra.
3. Definir los tipos de datos a recoger, directamente relacionados con los criterios de calidad definidos previamente.
4. Determinar las fuentes de información de las que obtener los datos necesarios: el usuario, la historia de salud, otros sistemas de registro, los sistemas de evaluación ya existentes…
5. Diseñar los sistemas de recogida de datos, que dependerán fundamentalmente del tipo de datos y de la fuente de información. Entre los métodos más utilizados encontramos las encuestas, la observación más o menos estructurada, los grupos focales, las entrevistas, la auditoría, las técnicas de grupo, el análisis de la información disponible…
6. Diseño de una hoja de recogida de datos: dependerá del sistema de recogida de datos elegido, en un caso será el propio modelo de cuestionario a utilizar, la guía de observación, el modelo de entrevista, la guía de auditoría, etc.
7. Determinar y formar a los responsables de la recogida de los datos.
8. Pilotar la recogida de datos con un grupo reducido de casos para comprobar los posibles problemas o discrepancias a resolver antes del inicio definitivo del estudio.
9. Prever el tipo de análisis de datos a realizar y la forma de presentación de los resultados.
10. Proceder a la recogida de datos según lo previsto.
11. Analizar los datos recogidos y determinar el nivel de cumplimiento de cada criterio, a este indicador se le denomina **índice de calidad,** el cual se compara con el estándar establecido previamente y se determinan las posibles diferencias. Esto nos permitirá identificar los criterios de calidad que no se cumplen en el grado establecido en el estándar.

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE MEJORA

Los resultados del estudio de evaluación de la calidad, con la determinación de los índices de calidad, nos permitirán acotar el problema y nos facilitarán la determinación de las posibles causas. Las causas más frecuentes de falta de cumplimiento de los criterios de calidad se pueden clasificar en:

- Formación y motivación profesional.
- Organización del centro.
- Falta de recursos.

Una vez identificadas las causas del no cumplimiento de los criterios de calidad, se deberán determinar las posibles soluciones o acciones de mejora a poner en marcha para la mejora de la calidad. Tanto en la identificación de las causas como en la determinación de las posibles acciones de mejora, será interesante utilizar técnicas de consenso, a través de las cuales participen todos los profesionales implicados en su puesta en marcha. En la determinación de las acciones de mejora hay que tener en cuenta las limitaciones presupuestarias, las normas internas y externas a cumplir, la cultura de la organización y cualquier otra variable que pueda condicionar el éxito o fracaso de las acciones a poner en marcha. Una vez identificadas las diferentes acciones de mejora se deberían priorizar y seleccionar aquellas que resulten más eficaces y eficientes, las que sean factibles de poner en marcha, las que se consideren oportunas en el momento concreto de su aplicación y aquellas que reciban una mayor aceptabilidad por parte de los profesionales implicados en su puesta en marcha.

De acuerdo con Gené, la calidad es un compromiso de cada uno de los componentes del

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

equipo, especialmente de sus directivos, más que una tarea de una comisión específica. Como estrategia válida se deberían constituir «grupos de mejora» que abordaran cada uno de los temas u oportunidades de mejora, de tal forma que se involucrarán los diferentes profesionales implicados o relacionados, de una u otra forma, con la dimensión a mejorar.

IMPLANTACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA

La aplicación de las acciones de mejora dependerá, en algunos casos, únicamente de la voluntad personal de los profesionales que deben aplicarlas y, en otros, de estamentos superiores. Debe identificarse quién es el responsable de la implantación de las acciones de mejora, garantizar su puesta en marcha y establecer los mecanismos necesarios para que dichas acciones se mantengan a lo largo del tiempo.

En muchas ocasiones, las acciones de mejora hacen referencia a modificaciones de la práctica profesional. Dichas modificaciones, al igual que cualquier otro cambio, presentan ciertas reticencias por parte de los profesionales implicados. Los problemas de falta de conocimientos o habilidades técnicas se resuelven con actividades de formación continuada. La propia realización de los estudios de evaluación de la calidad ha demostrado ser una herramienta educativa de gran valor. Los problemas organizativos son los que se detectan con mayor frecuencia, estos problemas precisan, a veces, inversión en recursos humanos y materiales, pero a la larga son la solución más rentable. Los problemas de actitud, motivados por posturas intransigentes, ya sean personales o colectivas, son los de más difícil solución. Las estrategias pasan, fundamentalmente, por la implicación de todos los miembros del equipo en todo el proceso de mejora de la calidad y la discusión en equipo de las posibles alternativas de solución a los problemas identificados. La formación es un elemento que puede contribuir a la mejora de la motivación y al cambio de actitud.

Las siguientes acciones pueden favorecer y hacer más fácil los cambios necesarios para la implantación de las medidas correctoras: la información suficiente, comprensible y verídica sobre la situación y las medidas a poner en marcha, la educación que permite despertar el interés hacia el tema, la formación que facilita el adiestramiento sobre otras sistemáticas de trabajo, la participación de todos los profesionales implicados, los mecanismos que facilitan el *feedback* sobre los resultados obtenidos, la presión por pares por parte de aquellos con una actitud positiva hacia las nuevas sistemáticas de trabajo, el disponer del soporte suficiente a nivel técnico, de formación, de asesoramiento, etc., la existencia de incentivos y sanciones y el disponer de normativas de obligado cumplimento, si fuera necesario.

REEVALUACIÓN

El objetivo de esta última fase del ciclo de mejora de la calidad es determinar si se han producido los cambios recomendados, si se ha alcanzado la mejoría de la calidad y si esta se mantiene en el tiempo.

Transcurrido un plazo de tiempo determinado y con un diseño similar al utilizado en la etapa de evaluación de la calidad, se recogen y analizan los nuevos datos que permitan evaluar en qué grado se cumplen, ahora, los criterios inicialmente definidos.

Si el resultado de esta reevaluación es positivo y, por consiguiente, se ha conseguido una mejora significativa de la calidad en el aspecto o problema sobre el que se ha intervenido, podemos seleccionar un grupo de indicadores susceptibles de posterior monitorización, que nos permitan comprobar periódicamente el nivel de calidad en el que se encuentra la dimensión de la calidad estudiada.

En el caso contrario, en el que esta reevaluación demuestre que no se han logrado mejoras significativas en el nivel de calidad, deberíamos realizar un análisis de cada una de las etapas del ciclo de mejora, con objeto de identificar dónde se encuentran las posibles deficiencias. Puede suceder que sea necesario reconsiderar los propios criterios de calidad definidos o el nivel de los estándares, o bien que las acciones de mejora no sean las adecuadas, o que no se hayan puesto en práctica el tiempo suficiente, etc.

LECTURAS RECOMENDADAS

Agra Y, García S. Evaluación y mejora de la calidad asistencial (II). Identificación de problemas y selección de prioridades. Medifam. 1998;8(3):174-81.

Alda V, Mantilla-Morató T. La opinión de nuestra comunidad a través del libro de reclamaciones. Centro de Salud. 1996;436-9.

Baraza P, Martínez A, Vázquez J, Sabed-Ahmad N, Granados A, García C. Análisis de la calidad percibida en el programa de atención a la embarazada (Zona Básica de Salud de Roquetas, Almería). Centro de Salud. 1999;172-8.

Carbacho MS, García-Mata JR, Blecua M. La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:29-34.

Cuesta M, Marco MI, Muñoz A. Conocer la opinión de la comunidad para mejorar la atención de enfermería. Enfermería Científica. 1994;152-153:25-30.

Davins J. Las oportunidades de mejora o problemas de calidad. Definición y métodos de identificación. En: Saturno PJ (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo II. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 17-45.

Davins J. Construcción y análisis de indicadores para monitorizar la calidad. En: Saturno PJ (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo II. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 251-68.

Delgado A, López LA, Luna JD. La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. Gaceta Sanitaria. 1993;7(34):32-40.

Duch O, Paredes J, Montoya P, Casellas P. El ciclo de calidad aplicado al análisis del nivel de satisfacción del usuario en un área básica de salud. Rev Calidad Asistencial. 1999;14:651-60.

Frías Osuna A. Control de calidad en enfermería comunitaria. Criterios y estándares de proceso. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.

Frías Osuna A. Garantía de calidad en Atención Primaria de Salud. Criterios y estándares de proceso en enfermería comunitaria. Notas de Enfermería. 1991;1:73-87.

Frías Osuna A, Palomino PA, Pulido-Soto A, Sillero I, Fernández I, Rodríguez D. Programa de vacunaciones de Andalucía: identificación de indicadores de evaluación en el marco de la garantía de calidad. Gaceta Sanitaria. 1994;8(42):133-8.

Frías Osuna A, Pulido-Soto A. Mejora de la calidad en atención primaria de salud y enfermería comunitaria. En: Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 141-53.

Frías Osuna A, et al. Mejora de la calidad en enfermería comunitaria. En: Martínez JR, del Pino R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Fundación Avedis Donavedian. Manual para equipos de mejora de calidad. Barcelona: Sociedad Española de Calidad Asistencial; 1996.

García S, Agra A, Martínez M, Marín D, Sierra B, Díaz JM. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los centros de Atención Primaria. Medifam. 1993;3(3):138-44.

Gené J. Qué hacer para mejorar. Diseño de intervenciones. El manejo del cambio. En: Saturno PJ (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo II. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 2001-219.

Gutiérrez J, Jiménez MC, Pérez ML, Gallego M, Linares M. ¿Por qué reclaman los usuarios? Revista ROL de Enfermería. 1997;230:12-6.

Kume H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Barcelona: Norma; 1992.

Marquet R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma; 1993.

Massacolo MI. Opinión de usuarias sobre la calidad del programa de atención al embarazo en el Centro de Salud de Cartuja en Granada. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.

Mira JJ, Galdón M, Ignacio E, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial. 1999;14:165-77.

Moliner MA, Moliner T. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. Atención Primaria. 1996;17(15):400-6.

Pallares L, García MJ. Guía práctica para la evaluación de la calidad en la atención enfermera. Madrid: Olalla Ediciones; 1996.

Pascual-López L, Uris J, Alfonso-Domenech MD, Sanmartín D, Sanz-Sanz J, Campos-Malo C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. Atención Primaria. 1995;7:421-5.

Prieto MA, Gil E, Heierle C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:613-25.

Pulido-Soto A. Opinión y satisfacción de las mujeres con el programa de educación maternal. Centro de Salud "El Valle". Jaén 2003-04. Baeza: Universidad Internacional de Andalucía; 2004.

Sánchez JA, Saturno JP. Las encuestas de satisfacción. En: Saturno PJ (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo III. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 312-39.

Saturno PJ. Estrategias de implantación de las actividades de evaluación y mejora de la calidad. El ciclo evaluativo o ciclo de mejora de la calidad. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Murcia: Du Pont Pharma; 1996. p. 66-83.

Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública. 1995;69:163-75.

Saturno PJ, Gascón JJ. Identificación y priorización de oportunidades de mejora. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Murcia: Du Pont Pharma; 1996. p. 87-104.

Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial. 1998;13:437-43.

Urís J, Pariente E. Análisis de las oportunidades de mejora. La búsqueda de causas. En: Saturno PJ (ed.). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo II. Madrid: Du Pont Pharma; 1997. p. 49-74.

Varo J. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 7

Cartera de servicios

Gonzalo Duarte Climents y Begoña Sánchez Gómez

Agradecimientos

A José Ramón, por su paciencia y apoyo para la elaboración de este manuscrito.

CARTERA DE SERVICIOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

En 1991, aparece la cartera de servicios del INSALUD, como el catálogo de servicios que homogeneiza la oferta de servicios de los equipos de atención primaria. Desde entonces la cartera de servicios ha sido modificada y adaptada a las necesidades y demandas de la población, teniendo un peso importante en todo momento las actividades de promoción y prevención.

A lo largo de su desarrollo ha ido identificando normas mínimas y básicas de la intervención de cuidados de enfermería. Por ejemplo, las normas de consejo-información, normas de valoración en áreas de cuidados o la obligatoriedad de que se cumplan como criterio de buena atención las normas de planes de cuidados, estandarizados o no.

A partir de la cartera de servicios del INSALUD se van a desarrollar las diferentes carteras de servicios en los sistemas regionales de salud. El mayor salto conceptual se produce a finales de los años noventa con la irrupción del concepto denominado proceso asistencial y el cambio de visión que comporta.

En el año 2003 la cartera de servicios del INSALUD constaba de 38 servicios. Cada uno de ellos estaba compuesto de: indicador de cobertura, criterios de inclusión y criterios de calidad de la atención (denominados normas técnicas). La definición y actualización de estos elementos se fue realizando mediante consenso de profesionales basados en criterios relacionados con las mejores evidencias disponibles. Se buscaba la implicación de los profesionales mediante su participación en grupos de trabajo y el envío de sugerencias. El desarrollo de las carteras de los servicios regionales de salud transferidos antes del año 2003 siguió una dinámica similar.

El *Manual de procedimientos para la evaluación de la cartera de servicios* establecía la metodología anual para la evaluación de las coberturas, los criterios de inclusión y los criterios de calidad. Este manual también es revisado mediante grupos de trabajo y envío de sugerencias.

Un estudio del año 2003, que comparaba los contenidos y las características de las diferentes carteras de servicios de los servicios regionales de salud, concluía que:

- Todos los servicios de salud contaban con una oferta de servicios de atención primaria. Estas ofertas son similares en una gran parte de los servicios.
- En todos los servicios de salud cada servicio está definido por un indicador de cobertura, aunque no todos los indicadores son similares.
- Las mayores diferencias surgen en lo referente a los criterios de inclusión y los criterios de calidad. INSALUD, Canarias, Galicia y País Vasco optaban por criterios de calidad explícitos, mientras que en el resto de comunidades los criterios eran implícitos.
- En todos los servicios de salud se contempla una metodología de evaluación trimestral y/o anual en coberturas, y anual o bienal en criterios de calidad.
- La metodología de evaluación ha alcanzado distintos niveles de desarrollo técnico en los distintos servicios de salud.

A lo anterior podemos añadir que, por lo general, no se discrimina en la cartera entre los profesionales proveedores del servicio. Es decir, no se puede hablar de una cartera de servicios «enfermeros» en atención primaria explícita de forma generalizada.

Los objetivos a alcanzar por las gerencias de atención primaria para esta cartera de servicios se

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

pactan a través de los contratos-programa entre dichas gerencias y los servicios de planificación y evaluación de los servicios regionales de salud. Los contratos-programa se fundamentan sobre bases prospectivas, de eficiencia relativa y sobre niveles de actividad ponderada y justificable epidemiológicamente.

ORGANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tradicionalmente, el personal de enfermería en los consultorios realizaba las funciones de administración de inyectables y curas, tanto en el centro como en el domicilio, y del auxiliar del médico en su consulta. Hoy día ese rol parece plenamente superado, con la puesta en marcha de lo que se dio en llamar consulta de enfermería y, posteriormente, con la potenciación de la proyección comunitaria.

Las modalidades de atención del personal de enfermería en los centros de salud son cuatro:

- Consulta de enfermería, en la que se presta atención individualizada o familiar fundamentalmente por enfermedades crónicas y materno-infantiles, pero también de consejo y detección temprana de enfermedades.
- Visita domiciliaria, mediante la que se proporcionan cuidados en el domicilio, englobando actividades curativas, preventivas, rehabilitadoras y de enlace con otros servicios sociales y sanitarios.
- Trabajo con la comunidad, prestando atención a grupos de población, centrada en promoción de la salud y educación sanitaria, vigilancia del medio y participación comunitaria.
- Servicios comunes, que incluyen administración de inyectables y curas, métodos diagnósticos o toma de muestras, tanto en el centro como a domicilio.

Hay tres grandes modelos organizativos de la enfermería en los centros de salud: por actividades, por unidades de atención familiar (UAF) y sectorizados. La organización por actividades consiste en que una enfermera realiza las consultas de todos los pacientes del centro relativas a un programa o protocolo determinado. La principal ventaja es el conocimiento a fondo de la actividad que se realiza, y los principales inconvenientes son el encasillamiento en un tipo de actividad con el desconocimiento del resto y mayor dificultad para la coordinación con el médico.

Para superar las limitaciones de la organización por actividades nació la organización por cupos o por UAF. Cada enfermera trabaja con la población de un cupo médico y está ubicado en una consulta contigua a la del médico, preferentemente intercomunicada y con el mismo horario. Las ventajas fundamentales son que favorece la coordinación entre médico y enfermera, y su eficacia en cuanto a cribado oportunístico para actividades preventivas. Sus principales inconvenientes son que se le atribuye excesiva dependencia del médico y a veces el difícil acople horario entre ambos profesionales.

El modelo de sectorización nace con un doble requisito: atender a grupos familiares pertenecientes a un grupo geográfico determinado y disminuir la excesiva dependencia del médico que algunos sectores han achacado a la organización por UAF. Entre sus ventajas están que facilita el conocimiento de problemas familiares/sociales; menor dispersión geográfica, con lo que se rentabiliza el tiempo de la visita domiciliaria, y adaptación de las actividades con la comunidad a las características socioculturales. Las dificultades son mayor esfuerzo profesional y necesidad de actualización, difícil organización de las actividades y dificultad en la coordinación de médicos y enfermeras.

Otros autores lo enuncian como enfermería comunitaria o por sectores, la enfermería por familias o la enfermería por cupos. La enfermería comunitaria o por sectores genera una mayor complejidad organizativa y de coordinación con otros profesionales sanitarios. La enfermería por familias según la experiencia de las autoras es difícil de encontrar de forma pura. Generalmente, tiene en cuenta los turnos de los médicos y los pediatras de referencia, de modo que nunca sea un obstáculo para el usuario. La complejidad organizativa proviene fundamentalmente de la opción que se da a todos los ciudadanos de una misma familia de elegir médico general y pediatra. En la enfermería por cupos se establece con el médico la unidad básica de atención, y oferta a los ciudadanos sus servicios. Este es el modelo que cuenta actualmente con mayor arraigo y experiencia; aunque algunos detractores exponen que supone la dependencia de la enfermera del médico más que su colaboración.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONTENIDOS DE LOS SERVICIOS ENFERMEROS

Muchos autores coinciden, desde distintos puntos de vista, en la necesidad y la incapacidad hasta ahora de definir los contenidos concretos del trabajo de la enfermera, (se le llame a esto producto, servicio, actividad o contenido de la consulta). Hay distintos estudios sobre este aspecto, con resultados dispares. Algunos encuentran que la enfermera se dedica de forma fundamental a actividades preventivas o relacionadas con la prevención, otros que las actividades se centran principalmente en el control de patologías crónicas (prevención secundaria), otros distinguen en la organización del trabajo comunitario frente a programas y otros se centran en el punto de vista del usuario. Además de un problema de lenguaje y en algunos casos de concepto, lo que todo esto transmite es la falta de homogeneidad en el trabajo de la enfermería de atención primaria.

El marco legal configura un modelo de asistencia primaria basado en los criterios de accesibilidad y continuidad de los servicios y de coordinación con los demás niveles de atención, integrando el conjunto de actividades médico-asistenciales y de salud pública dirigidas tanto al individuo como a la comunidad.

Se establecen como áreas comunes de actuación para todos los miembros del equipo: atención directa, salud pública y control sanitario, administración y gestión, investigación y docencia, y otras como accesibilidad, eficacia y eficiencia, programas de actuación preferente —en casos de niños, ancianos, enfermos mentales, enfermedades crónicas e invalidantes, grupos de riesgo— y registros.

Hay que destacar por lo que se refiere a atención directa que se dispensará en consulta y en la comunidad. En consulta, en el centro de atención primaria o en el domicilio, de forma ordinaria o urgente, deberá estar basada en la historia clínica. En la comunidad, mediante actividades de fomento, protección y educación sanitaria, y mediante participación de la misma.

Se definen como áreas específicas de actuación del personal de enfermería los cuidados directos; la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social; la atención domiciliaria, y otras actividades propias dirigidas al autocuidado.

En lo referente a los cuidados directos, pueden ser prestados en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia —mediante protocolos establecidos o prescripción médica—, además de aplicar medios diagnósticos y terapéuticos.

La promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social se deben realizar en especial en los casos de problemas crónicos de salud, y prevenir cuando existan factores de riesgo. Todo ello posibilitando la participación y los registros.

La atención domiciliaria debe ser personalizada, y aplicada en especial en pacientes inmovilizados, terminales y en tratamientos que requieran especial supervisión.

Las actividades propias dirigidas al autocuidado se especifican en los siguientes puntos:

- El individuo sano, y en los casos de actuación preferente (niños, ancianos, enfermos mentales, crónicos).
- Educación sanitaria (individual y grupal).
- Salud mental.
- Salud comunitaria.
- Encuestas epidemiológicas e inmunizaciones.
- Formación e investigación.
- Administración y gestión.
- Seguir el cumplimiento de objetivos.
- Y todo lo que suponga promover el autocuidado.

REPARTO DEL TIEMPO

Uno de los grandes problemas a los que se enfrentan las enfermeras de atención primaria es la gestión de su propio tiempo. De manera orientativa puede ser útil para generar agendas considerar dos grandes bloques de servicios, las técnicas sanitarias y las «consultas». En las consultas podemos adoptar un enfoque «laxo» donde incluir todo lo que no es un acto puramente técnico instrumental. Estos dos bloques de servicios pueden ser prestados en dos contextos: el domicilio y el centro de salud.

Este sencillo enfoque nos permite diferenciar cuatro bloques de tiempo, dos fuera del centro de salud y dos dentro. Es importante desde el punto de vista de la gestión garantizar la oferta de estos servicios y/o tiempos. En función de los objetivos del sistema sanitario, estos tiempos pueden distribuirse de manera distinta. Por ejemplo, si se establece que el objetivo es aumentar el tiempo a domicilio se puede asignar la mitad del tiempo de agenda a los bloques de fuera, con

lo cual podremos analizar cuándo el tiempo de dentro estará «saturado» o, dicho de otra manera, cuál será el número máximo de consultas que podría realizar una enfermera.

Este sencillo enfoque se complementa con los ejercicios de análisis de plantilla a partir de la cartera de servicios.

PROFESIONALES

El cambio de contexto que surgió con la creación de la atención primaria fue favorecido por la aparición de la especialidad de medicina familiar y comunitaria como formación específica para trabajar en este nivel asistencial a nivel médico.

El Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería establece la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, y en la disposición transitoria segunda, la convocatoria de la prueba objetiva de acceso extraordinario. Podrán acceder titulados que acrediten el ejercicio profesional y superen una prueba de evaluación de la competencia, deberán encontrarse en una de las siguientes situaciones:

1. Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad que se solicite durante un período mínimo de 4 años.
2. Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad que se solicite durante un período mínimo de 2 años y, además, se acredite la adquisición de una formación continuada acreditada de al menos 40 créditos en el campo de la respectiva especialidad. Dicha formación complementaria podrá realizarse durante el plazo de presentación de solicitudes establecido en el apartado 4 de esta disposición transitoria. Se considerará cumplido el período de formación complementaria cuando el interesado acredite estar en posesión de un título de posgrado de carácter universitario que incluya una formación relacionada con la respectiva especialidad no inferior a 20 créditos o 200 h.
3. Haber ejercido durante al menos 3 años como profesor de escuelas universitarias de enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad de que se trate, siempre que, además, se acredite al menos 1 año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad solicitada.

La Resolución del 17 de julio de 2009, de la secretaría general de universidades, establece las bases de la convocatoria de la prueba objetiva (examen). La prueba se basa en los contenidos del programa formativo de la especialidad. El aspirante que haya sido admitido a la prueba objetiva correspondiente al acceso a una determinada especialidad, dispondrá de un máximo de dos convocatorias para realizar dicha prueba.

La Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. En esta orden se especifican las competencias de la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria.

Las competencias avanzadas que conforman el perfil profesional de este especialista se desarrollan en el ámbito familiar y comunitario, lo que en ningún caso significa la creación de ámbitos exclusivos de actuación, ya que dichas competencias se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

En el contexto del sistema sanitario, las competencias avanzadas de estos profesionales pueden agruparse en los siguientes apartados:

1. Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto por lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.
2. Competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.
3. Competencias vinculadas con la docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.
4. Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

5. Competencias vinculadas con la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible.

En las competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario se incluyen: clínica y metodología avanzada, atención en la infancia, atención en la adolescencia, atención a la salud general en la etapa adulta, atención a la salud sexual, reproductiva y de género, atención a las personas ancianas, atención a las familias, atención ante urgencias, emergencias y catástrofes, y atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.

NUEVO PAPEL

Como hemos visto, en el contexto actual de debate sobre la reforma de la atención primaria, el papel que debe desempeñar la enfermera es una cuestión clave a resolver. La necesidad de un cambio cualitativo se debe a que el rol de esta en atención primaria en nuestro contexto solo está definido de forma genérica. Una mayor definición y desarrollo en la línea que muestran las evidencias disponibles podría mejorar la eficiencia de estos profesionales (y por ello la del sistema). La insuficiente definición actual del papel de la enfermera en atención primaria queda patente ante la inexistencia de protocolos clínicos específicos e indicadores derivados de ellos que permitan planificar, gestionar y evaluar de forma adecuada a estos profesionales. Por ello, el desarrollo de la especialidad en salud comunitaria debe cumplir una función fundamental en los próximos años.

Un sistema sanitario cuya base es la atención primaria basa su eficiencia en que cada paciente debe ser atendido en el nivel asistencial que requiera su problema. Por ejemplo, las apendicitis no deben ser atendidas en atención primaria, ni las amigdalitis en atención especializada. Los fundamentos socioeconómicos, mencionados anteriormente, de la atención primaria son: la continuidad y longitudinalidad de la atención, y el papel de filtro/derivación hacia la atención especializada. Esto es lo que convierte a la atención primaria en puerta de entrada al sistema de salud.

En particular, la misión de la enfermera de atención primaria es resolver problemas relacionados con la salud de los usuarios. Estos problemas se entienden como necesidades de cuidados. Dichos problemas son especialmente importantes en determinados grupos de población, como los niños, adolescentes, personas con enfermedades crónicas y personas mayores. Para estos grupos concretos, la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica por enfermeras de atención primaria con el objetivo de mejorar la salud, minimizar las complicaciones y resolver problemas específicos puede redundar en mejores resultados clínicos, ganancias de calidad de vida, mejoras en la satisfacción de los usuarios y aumento de la eficiencia del sistema sanitario.

Si aplicamos los criterios generales de funcionamiento del sistema sanitario y los particulares de la enfermera al trabajo que desempeñan, es razonable pensar que si la enfermera de atención primaria fuera la puerta de entrada y distribución para determinados grupos de población (pensemos en especial en pacientes crónicos y personas mayores) se mejoraría la eficiencia del sistema. Las necesidades en materia de salud de estos grupos no son tanto de curación como de cuidado de la salud. Es decir, estos pacientes necesitan que se les enseñe a manejar su problema, se les realicen técnicas diagnósticas y terapéuticas poco complejas y se tomen medidas para evitar las complicaciones derivadas de su enfermedad. Por ello el «nivel» de atención sanitaria que necesitan se ajusta al perfil de oferta de la enfermera de atención primaria. Por ejemplo, si con los pacientes incluidos en los programas de atención a crónicos —los más conocidos diabetes e hipertensión— las enfermeras asumieran una responsabilidad mayor en la revisión del estado de salud y derivación hacia los médicos de familia ante una complicación o un problema agudo, los pacientes obtendrían al menos los mismos resultados en salud, y los médicos de familia obtendrían una disminución en la presión asistencial que soportan, aumentando de esta forma los niveles de eficiencia del sistema sanitario.

Las reformas organizativas de la atención primaria en países como el Reino Unido y Suecia van en la línea apuntada antes. Las enfermeras de atención primaria asumen mayor responsabilidad ante determinados problemas y grupos de población. En la literatura médica este papel se recoge como gestión de cuidados o gestión clínica en enfermería. *Gestionar los cuidados* significa recoger información específica sobre

las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención específico y coordinar las intervenciones con los distintos profesionales del equipo, familiares implicados, otros niveles asistenciales y otros sectores implicados.

En España, el 5% de los usuarios consumen el 52% del total del gasto sanitario en un año, y también tan solo el 1% de la población consume el 26%, y el 50% que menos consume representa el 3% del gasto anual. La concentración del gasto debería corresponderse con un mayor esfuerzo gestor en el 5% de los usuarios que representan más de la mitad del gasto sanitario. Ese mayor esfuerzo gestor requiere de una Atención Primaria de Salud que proporcione atención integrada.

Hay que preguntar ¿cómo puede la enfermera influir de manera positiva en este proceso de mejorar la eficiencia en la atención a este grupo de población? Una enfermera de atención primaria especialista en enfermería familiar y comunitaria puede aumentar la longitudinalidad de la atención al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados. Además, puede desempeñar un buen papel de filtro —ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias protocolizadas en los programas de crónicos, por ejemplo, el grupo que genera más gasto al sistema—. Puede asegurar la visión global del paciente —pensemos en los tiempos de consulta mayores en la consulta de enfermería que en la médica y en la alta presión asistencial médica—. Por último, puede ser la bisagra entre servicios sanitarios y sociales. Para conseguir todo esto, es necesario contar con enfermeras especialistas adecuadamente formadas (conocimientos, habilidades y actitudes) y que consigan que la población le reconozca como parte del primer contacto con el sistema sanitario.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aguilera Guzmán M, et al. Oferta de servicios en atención primaria. Aten Primaria. 2003;31(5):319-26.

Auñón A, Colomer A. La actividad de las enfermeras en los equipos de atención primaria. Centro de Salud. 1997;5(2):79-81.

Casanovas Y, Lázaro P, Mitjans J, Reixach M. Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. Enferm Clínica. 1995;5(2):61-8.

Decreto 117/1997, de 26 de junio (BOC n.º 95, del 25 de julio) por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de las zonas básicas de salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Duarte G, Izquierdo MD, Reyes JM. Análisis de la situación y líneas de desarrollo de la enfermería de atención primaria en Canarias. Servicio Canario de Salud. 2000.

Figueras J, et al. Health Care Systems in Transition. Suecia: WHO, Regional Office for Europe; 1996.

García L, Arias P, de la Cuesta A, Aguado M. Contenido de la consulta de enfermería en un centro de salud. Aten Primaria. 1992;9(4):187-91.

INSALUD. Cartera de servicios de atención primaria. Madrid: INSALUD; 2000.

INSALUD. Manual de procedimientos para la evaluación de cartera de servicios 2001. Madrid: INSALUD; 2001.

Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ. 2000;320:1043-8.

Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ. 2000;320:1053-7.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, Ley 11/94, de 26 de julio (BOC n.º 96 del 5 de agosto).

López-Casasnovas G. La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación. Cuad Econ de I. C. E. 2004;1(67):49-61.

Manual de desarrollo de procesos asistenciales integrados. Consejería de Salud; 2001.

Orden SAS/1729/, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Martes, 29 de junio de 2010. BOE n.º 157.

Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106(3):97-102.

Partanen P, Perälä M. Technology Assessment in Nursing. A systematic review of the Finnish and International Literature FinOHTA. Report n.º 8. 1998.

Pilas M, Ugalde M, Alberquilla A, González MC. Características de la demanda en la consulta de enfermería de atención primaria. Rev ROL Enferm. 1996;19(212):27-32.

Procesos de enfermería. Atención Primaria. Área 9. Instituto Madrileño de la Salud. 1998-2003.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. Viernes, 6 de mayo de 2005. BOE n.º 108.

Resolución del 17 de julio de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. Miércoles, 29 de julio de 2009. BOE n.º 182.

Rico A. Health Care Systems in Transition. Spain 2000. European Observatory on Health Care System. 2000.

Rivera F, Hernández Y, Martí E, Chaume A, Martínez C, Richart MJ. Estrategias organizativas en los centros de salud. Cuad Gestión. 1998;4(1).

Robinson R, Dixon A, Mossialos E. Health Care Systems in Transition. United Kingdom 1999. European Observatory on Health Care System. 1999.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Saltman R, Figueras J. European Health Care Reforms: analysis of current strategies. WHO, Regional Office for Europe; 1996.

Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ. 2000;320:1038-43.

Van-Der Hofstadt CJ, Baena C, Sánchez A, Mira JJ. Organización del trabajo de enfermería en atención primaria y satisfacción y estrés laboral: enfermería comunitaria versus enfermería por programas. Centro de Salud. 1995;3(10):757-60.

Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ. 2000;320:1048-53.

C A P Í T U L O 1 8

Competencias en cuidados

Begoña Sánchez Gómez y Gonzalo Duarte Climents

Agradecimientos

A José Ramón, por su paciencia y apoyo para la elaboración de este manuscrito.

DEFINICIÓN DE COMPETENCIA

Podemos atender diferentes acepciones para definir *competencia*. Si atendemos al *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua:* «Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado».

Con una búsqueda sencilla en la web podemos encontrar definiciones más amplias como: «La competencia laboral es la capacidad que una persona posee para desempeñar una función productiva en escenarios laborales usando diferentes recursos bajo ciertas condiciones, que aseguren la calidad en el logro de los resultados. Esta definición de competencia se relaciona con la inteligencia corporal-cinestésica e incluye competencias básicas y ciudadanas, además de competencias técnicas y organizacionales. Las competencias técnicas son aquellas que implican capacidad para trasformar e innovar elementos tangibles del entorno (procesos, procedimientos, métodos y aparatos) y para encontrar soluciones prácticas, así como la capacidad de identificar, adaptar, apropiar y transferir tecnologías. Las competencias organizacionales implican gestionar recursos e información, así como habilidades y actitudes para la prestación de un servicio».

La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Servicio Nacional de Salud, en su artículo 42, define la competencia como: «La aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean».

En resumen, desde una mirada coloquial y amplia, podemos decir que la competencia es «habilidad, destreza o capacidad». Esta definición nos sirve como resumen inicial de las definiciones expuestas, y como punto de partida para el análisis del concepto de gestión por competencias.

COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

Se ha realizado una revisión sobre competencias para conocer su estado en los países de nuestro entorno. Para hacer la revisión se ha recurrido a diferentes estrategias de búsqueda, con el objetivo de cubrir aspectos que están relacionados con la evaluación de competencias, gestión por competencias, formación por competencias, desarrollo por competencias y definición de competencias profesionales.

Como complemento a la revisión citada en el apartado anterior, también se solicita información directa a todas las consejerías de salud de España con el fin de conocer el desarrollo normativo en cuanto a las competencias profesionales. En este sentido, cabe decir que hay comunidades autónomas en las que el desarrollo normativo se amplía de forma específica para complementar las leyes de ámbito nacional.

La revisión de las publicaciones a nivel internacional sobre las competencias en profesionales de la salud muestra que son múltiples los organismos que trabajan desde la perspectiva del desarrollo de las competencias.

En la conferencia de Bellagio (Italia), la Pan American Health Organization Rockefeller Foundation y el CHANGE Project/United States Agency for International Development desarrollan un mapa de competencias de los agentes sanitarios y sociales con el fin de convertir los conocimientos, las habilidades y las actitudes en acción. El fin último es inducir un cambio social hacia la comunicación y el desarrollo.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

En relación con lo anterior, en EE. UU., uno de los aspectos de la atención sanitaria básico requiere que los profesionales sanitarios sean expertos en responder a las expectativas de los pacientes. Esto es, proporcionar tratamiento, coordinar la atención entre los equipos, apoyar los cambios de comportamiento y estilo de vida teniendo en cuenta la variabilidad de los pacientes y sus valores. Las descritas son una parte de las competencias necesarias. Unido a esto, la educación de enfermería tiene que innovar en los niveles micro y macro del sistema para adaptarse al siglo xxi. Con el fin de transformar verdaderamente la atención, la práctica y la educación, necesitan asociarse en el desarrollo curricular y el rol profesional de la enfermera, evaluarse, certificarse y relacionarlo con la educación.

Los hospitales magnéticos son una estrategia de calidad para atraer personal de enfermería competente a los hospitales americanos inscritos en esta iniciativa. La asistencia sanitaria basada en la evidencia es una competencia esencial para los proveedores de salud y una fuerza fundamental en los hospitales magnéticos, que se traduce en mejores resultados para los pacientes. En concreto, Newhouse et al. describen el enfoque estratégico para apoyar el desarrollo de la enfermería de la Universidad Johns Hopkins, siguiendo un modelo fundamentado en la práctica basada en la evidencia a través del liderazgo, las expectativas, el establecimiento de la estructura, el desarrollo de habilidades, y la asignación de los recursos humanos y materiales, así como incorporar el modelo y las herramientas en pregrado y educación de posgrado en la universidad.

Un enfoque basado en la evidencia para enfermería en salud comunitaria requiere que los educadores preparen profesionales con los conocimientos actitudes y habilidades pertinentes. Dicha educación debe estar basada en competencias.

En 2003, el Quad Council desarrolla en la Universidad de Rush (Chicago) competencias para ser aplicadas en dos niveles de la práctica de enfermería de salud pública: el personal de enfermería con un rol generalista y el director o especialista con rol de consultor. Este consejo de expertos está integrado por las organizaciones: Association of Community Health Nurse Educators (ACHNE), American Nurses Association´s (ANA) Congress on Nursing Practice and Economics, American Public Health Association-Public Health Nursing Section (APHA) y Association of State and Territorial Directors of Nursing (ASTDN).

Este documento describe un proceso de evaluación y revisión de un plan de estudios de posgrado para preparar especialistas en salud comunitaria. Para asegurar que el programa educativo aborda y desarrolla el conocimiento y todas las competencias pertinentes, este artículo documenta el proceso de integración de las competencias en el currículo de posgrado en diferentes niveles y orienta a los estudiantes para lograr el dominio de cada competencia al final del programa. Las enfermeras formadas a través de este enfoque estarán preparadas para superar la certificación nacional como especialista en salud pública o comunidad, y para asumir roles de liderazgo.

A partir de un estudio realizado con más de 50 enfermeras de plantilla ($n > 400$) de salud pública de Seattle y el condado de King (Washington), se obtuvo una herramienta para medir la competencia profesional de estas. Es fácil de usar y facilita un informe que proporciona la oportunidad para la comunicación real entre el empleado y el supervisor. Las enfermeras en todos los niveles de la práctica manifiestan que el informe describe y evalúa con eficacia su práctica.

En otro estudio consultado, el objetivo era integrar las competencias de la enfermera de salud pública en un instrumento de evaluación de desempeño integral, en los diferentes niveles de práctica y en un departamento de salud pública urbana. Para ello, sobre la base de revisión de la literatura médica de competencias de la enfermera de salud pública, se diseña una herramienta que evalúa el desempeño de cinco niveles de la práctica de enfermería (personal certificado, enfermera de salud pública, enfermera, enfermera clínica especializada, supervisor de enfermería) en ocho dominios o áreas de competencia (evaluación, desarrollo de políticas/planificación de programas, comunicación, competencia cultural, asociación o colaboración, promoción de la salud y prevención de enfermedades, liderazgo/sistemas de pensamiento). Los autores concluyen que disponen de un instrumento de evaluación del desempeño eficiente, que proporciona información significativa para los trabajadores de enfermería dentro de un marco de competencias de salud

pública. La adopción de estas herramientas en la práctica puede ayudar a las enfermeras a comprender mejor su papel en la población respecto a la salud pública.

El programa de formación para la enfermera de cuidados a pacientes agudos (ACNP) en la escuela de la Universidad de Columbia se modificó para incorporar estándares de evaluación de competencias y estrategias para promover un enfoque basado en la evidencia. Dado que el «*gold* estándar» de la información clínica es la información basada en la evidencia, las herramientas y técnicas que faciliten tanto la construcción de la evidencia para la práctica como la aplicación de pruebas a la práctica clínica son esenciales.

Brunt plantea un estudio para estudiar los criterios específicos de rendimiento de las competencias específicas de desarrollo del personal. Para ello, envió una encuesta a una muestra aleatoria estratificada de 300 enfermeras certificadas (RN), pidiéndoles que clasificaran los criterios de rendimiento con relación a los objetivos del trabajo y que proporcionaran sugerencias adicionales de cinco competencias subjetivas. La encuesta se realizó con criterios de desempeño para 10 competencias, se envió a la Organización Nacional de Personal de Enfermería para el Desarrollo (NNSDO) y grupos afiliados para su validación. Los datos obtenidos proporcionan un mecanismo para promover e impulsar la práctica basada en la evidencia. Por otra parte, las organizaciones pueden utilizar estos criterios de desempeño para determinar si las enfermeras reúnen las competencias especificadas y también como método de entrenamiento de competencias profesionales.

COMPETENCIAS ENFERMERAS EN ESPAÑA

La transformación, impulsada por las directrices de la Unión Europea para la enseñanza superior que está experimentando el mundo universitario, ha supuesto, entre otras, la organización de las enseñanzas en función del aprendizaje y la introducción de la educación basada en las competencias del alumno. La definición de las competencias del estudiante es una tarea fundamental, que permite coordinar la formación y determinar la priorización de los objetivos de aprendizaje, tanto en pregrado como en posgrado.

La elaboración de un programa educativo debe hacerse sobre la base de las competencias finales a obtener o en los resultados finales (*outcome-based education,* en terminología inglesa). La educación basada en los resultados es un instrumento de planificación curricular que nos pone de manifiesto que el producto que queremos define el proceso de producción y no a la inversa.

La gestión por competencias se plantea como una filosofía de gestión integrada de recursos humanos, una estrategia innovadora que incorpora modelos y herramientas novedosas en la gestión de las personas en las organizaciones empresariales.

En nuestro país, hay diversas experiencias en la gestión de competencias en enfermería. El Hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares, ha iniciado en 2010 un proyecto piloto de gestión por competencias en el ámbito enfermero. Ser competente profesionalmente consiste en demostrar un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes en torno a cada una de las competencias a evaluar que, junto con un código de buenas prácticas, permita desarrollar adecuadamente las responsabilidades asignadas.

USP Hospitales lleva a cabo un modelo de gestión por competencias, por el cual cada profesional sabe lo que se espera de él y a la organización le permite incentivar y reconocer su labor.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha la gestión por procesos asistenciales, en el año 2001. En la descripción de los procesos asistenciales, se incluyen las competencias que cada profesional debe tener respecto al proceso concreto y qué competencias espera el usuario del profesional que le atiende. También se han desarrollado mapas de competencias para la acreditación de profesionales por la Agencia de Calidad de Andalucía. Con esto, se pretenden certificar los diferentes niveles de carrera profesional integrando asimismo diferentes niveles de competencias.

La Fundación IAVANTE edita en 2002 *Gestión por competencias*, un libro que describe la gestión de las personas desde la perspectiva del capital, profesional, del capital intelectual y desde el capital emocional; describe los procesos de incorporación de profesionales, la evaluación y el desarrollo profesional y, finalmente, la comunicación interna y las relaciones profesionales respectivamente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En Canarias, el Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de las zonas básicas de salud en la comunidad autónoma de Canarias (BOC n.º 95, de 25 de julio de 1997) define las funciones del personal de enfermería en su artículo 19. Se especifica que son funciones de enfermería: dispensar cuidados directos, favorecer la atención personalizada, la aplicación de los medios diagnósticos y terapéuticos; actividades de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social establecidas en los programas de salud y carteras de servicio; potenciar y dispensar los cuidados propios de la atención domiciliaria, controles de salud, educación para la salud, educación maternal, fomento de la salud mental, atención a la salud comunitaria, encuestas epidemiológicas, evaluación de inmunizaciones, investigación de brotes epidemiológicos, y, en general, todo lo que suponga la promoción del autocuidado.

Por otra parte, también son funciones de enfermería: participar en actividades de formación pre- y posgraduada, continuada, de investigación, planificación, organización y desarrollo de programas sanitarios, de evaluación de la calidad, de satisfacción de la población; elaborar guías y protocolos diagnósticos y terapéuticos; llevar a cabo el seguimiento de objetivos y la participación ciudadana; realizar funciones administrativas y de gestión que se deriven de su actividad, y cualesquiera otras de análoga naturaleza acorde con su capacitación y titulación.

Dentro del plan de mejora de la atención primaria de la Comunidad de Madrid, la comisión científico-técnica del plan de mejora analizó la situación actual de la enfermería en atención primaria, estableciendo cinco líneas de trabajo estratégicas que obedecen a la agrupación de los factores que influyen en el papel de enfermería actualmente, siendo una de ellas las competencias y su relación con las funciones y la oferta de servicios de las enfermeras.

El estudio de las competencias a desarrollar por las enfermeras se determina como fundamental en las diferentes organizaciones por diferentes cuestiones complementarias: de una parte, la mejora de la calidad de la atención al ciudadano adaptando el nuevo papel de la enfermería a las nuevas necesidades de dependencia, asistencia personalizada, toma de decisiones informada y acompañada, y, por otra parte, la creciente demanda de asumir responsabilidades que reclaman los servicios sanitarios de las enfermeras.

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ESPAÑA

La Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria (EFyC) establece las competencias a adquirir y las actividades mínimas a desarrollar para ello. La formación práctico-clínica constituye el eje central del programa, ya que el sistema de residencia consiste, fundamentalmente, en «aprender haciendo». El aprendizaje de las competencias específicas que se deben adquirir, en forma de conocimientos, destrezas, actitudes y valores, comienza en la formación del grado y se va ampliando, a fondo y específicamente, en la formación especializada. Las competencias avanzadas que conforman el perfil profesional de este especialista se desarrollan en el ámbito familiar y comunitario.

Se trata, por tanto, de construir una enfermería clínica avanzada, entendida esta como: una profesión centrada en las necesidades de cuidados de los pacientes, las familias y la comunidad, cuya práctica clínica se basa en la evidencia, en el uso del método clínico y en el empleo de técnicas de intervención complejas, mediante un enfoque holístico de la salud. Esta definición propia de la enfermería clínica avanzada tiene su justificación en las diferentes definiciones que se hacen en nuestro entorno. Citando a Ramírez: «La enfermería de práctica avanzada (EPA) se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud. Esta práctica avanzada es ya un hecho en países como EE. UU. y Canadá».

Las características de su formación son: nivel avanzado, reconocimiento oficial de los programas de formación y sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación. La naturaleza de la práctica profesional se basa en lo siguiente: integra la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión;

alto grado de autonomía profesional y práctica independiente; gestión de casos, y capacidades avanzadas de evaluación de la salud, adopción de decisiones y de explicación de diagnósticos. Las competencias clínicas avanzadas reconocidas son: prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud; planificación, ejecución y evaluación de programas, y reconocimiento como puerta de entrada a los clientes/pacientes.

Según la posición oficial del Consejo Internacional de Enfermeras, la enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que está acreditado para ejercer.

Como nivel de entrada, se recomienda un título de nivel medio universitario (máster). En el informe publicado por la OCDE en el año 2012, «Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries», al analizar las diferentes definiciones en los 12 países estudiados, parte de la definición antes citada constata que son consistentes con la del CIE adaptada a cada contexto.

Las competencias descritas en la Orden SAS/1729/2012, de 17 de junio, se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre sobre la ordenación de las profesiones sanitarias.

El acceso a la formación, organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria se lleva a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008 10, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializada.

La guía, o itinerario formativo tipo, describe la aplicación del programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en la unidad docente multiprofesional de atención familiar y comunitaria (UDAFyC).

El seguimiento y calificación del proceso formativo de adquisición de competencias profesionales durante el período de residencia se llevará a cabo mediante la evaluación formativa continua, anual y final, tal y como indica el Real Decreto 183/2008, antes citado. Esto se desarrolla en el capítulo VI, artículos 16 a 29.

En un reciente estudio se eligen dos técnicas cualitativas: grupos focales y la técnica semicualitativa Delphi para analizar las competencias a alcanzar, en cada curso de la especialidad.

Los resultados principales identifican las competencias que pueden ampliarse, las que son consideradas demasiado amplias y las que se deben desarrollar. Además, se identifican elementos necesarios para el desarrollo de la especialidad, planificación de la formación y la gestión del conocimiento y de los recursos. Además, se desglosan secuencialmente las competencias, para facilitar la programación docente, la evaluación continua y el aprendizaje basado en problemas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Brunt BA. Identifying performance criteria for staff development competencies. J Nurses Staff Dev. 2002;18(6):314-21.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Sevilla. 2001.

Consejo Internacional de Enfermeras: Definición y características de las funciones de enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada [documento de posición oficial], junio de 2002. [Consultado el 9 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FSenfermera_atencion_directa_practica_avanzada-Sp.pdf.

Curran CR, Roberts WD. Columbia Universitýs competency and evidence-based Acute Care Nurse Practitioner Program. Nurs Outlook. 2002;50(6):232-7.

Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de las zonas básicas de salud en la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC n.° 95, del 25 de julio de 1997).

Delamaire M, Lafortune G (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers n.° 54, OECD Publishing. [Consultado el 9 de julio de 2012]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en.

Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 22.ª ed. Madrid; 2001.

Duarte Climents G. Modelo guía itinerario tipo. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado el 6 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/AcreditacionUltimo/modelo_GUIA_ITINERARIO_TIPO.pdf.

Falcó Pegueroles A. La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Educ méd. 2004;7(1):42-5.

Galao Malo R. Enfermería de práctica avanzada en España: ahora es el momento. Index Enferm (edición digital).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

2009;18(4). [Consultado el 9 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.index-f.com/indexenfermeria/v18n4/7090.php.
Glasgow ME, Dunphy LM, Mainous RO. Innovative nursing educational curriculum for the 21st century. Nurs Educ Perspect. 2010;31(6):355-7.
Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 18 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. BOE n.º 128, de 29 de mayo.
Kalb KB, Cherry NM, Kauzloric J, Brender A, Green K, Miyagawa L, et al. A competency-based approach to public health nursing performance appraisal. Public Health Nurs. 2006;23(2):115-38.
Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE n.º 45, de 21 de febrero.
Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. BOE n.º 157, de 29 de junio de 2010.
Miralles González L. Gestión por competencias. Granada: Fundación IAVANTE; 2002.
Newhouse RP, Dearholt S, Poe S, Pugh LC, White KM. Organizational change strategies for evidence-based practice. J Nurs Adm. 2007;37(12):552-7.
Noticias médicas. [Consultado el 16 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/1506/1/Evaluacion-por-competencias-enfermeras-en-el-Hospital-Principe-de-Asturias/Page1.html.
Palés J, Gual A. Recursos educativos en ciencias de la salud. Educ méd. 2004;7(Supl 1):4-9.
Pan American Health Organization, Rockefeller Foundation, The CHANGE Project/United States Agency for International Development. Mapping Competencies for Communication for Development and Social Change: Turning Knowledge, Skills, and Attitudes Into Action Based on the Conference "Competencies: Communication for Development and Social Change" Held at the Rockefeller Foundation Bellagio Study and Conference Center. Bellagio, Italy; 2002.
Presidencia del Gobierno. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280, de 23 de noviembre.
Ramírez García P. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. Enferm Clin. 2002;12(06):286-9. [Consultado el 9 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/enfermeriapractica-avanzada-historiadefinicion-13040316-articuloespecial-especial-2002?bd=1..
Sánchez-Gómez MB, Duarte Clíments G, Aguirre-Jaime A, Sierra-López A, Arias-Rodríguez A, De Armas-Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE. Revista de Enfermería. 2012;6(2):39-70.
Servicio Madrileño de Salud. Plan de mejora de la atención primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid; 2007.
Swider S, Levin P, Ailey S, Breakwell S, Cowell J, McNaughton D, et al. Matching a graduate curriculum in public/community health nursing to practice competencies: the Rush University experience. Public Health Nurs. 2006;23(2):190-5.
Unidad docente multiprofesional de atención familiar y comunitaria. Santa Cruz Tenerife sur, La Laguna Tenerife norte. Guía formativa o itinerario formativo tipo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. [Consultado el 6 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.docvadis.es/unidadefyctenerife/document/unidadefyctenerife/gu_a_o_itinerario_formativo/fr/metadata/files/0/file/06GuiaoitinerarioformativotipodelaespecialidaddeEFyCUDMAFyC_SC_LLv9.pdf.
USP Hospitales. [Consultado el 16 de junio de 2011]. Disponible en: http://www.usphospitales.com/web/usp/profesionales-grupo-usp.

C A P Í T U L O 1 9

Comunidad

José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

El concepto de comunidad es la clave para guiar la orientación y la práctica de los cuidados enfermeros comunitarios. La definición de lo que es una comunidad, quiénes la componen, cómo son las relaciones entre los componentes y sus atributos puede hacerse desde distintos puntos de vista.

La definición de comunidad desde el punto de vista de la epidemiología sería: «Conjunto de seres humanos, enfermos o no, que viven en un territorio definido por límites geográficos». Esta definición está de acuerdo con la preocupación de la epidemiología de comprender y describir los problemas de salud de la población, para lo cual la divide en poblaciones-diana, para trabajar con programas de salud raramente ligados entre sí. La comunidad se convierte de esta manera en una suma de poblaciones-diana.

Esta concepción de comunidad es la que subyace en el sistema de atención primaria español. Se ha cambiado al paciente por el grupo, de hipertensos, diabéticos, embarazadas, etc. Se trabaja de espaldas a la comunidad y permite a los profesionales de la salud seguir teniendo el control sobre la salud-enfermedad de los pacientes.

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la siguiente definición: «Una comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos y/o intereses y valores comunes. Sus miembros se conocen e interaccionan entre ellos. La comunidad funciona dentro de una estructura social particular en la que se crean y existen normas, valores e instituciones sociales». La definición de la OMS recoge el punto de vista sociológico. Esta definición reflejaría bien a las comunidades con vínculos fuertes y estables, ya sean históricos, culturales o económicos. En España se corresponderían muy bien con las comunidades del medio rural, pero no con las urbanas.

Thompson y Kinne definen la comunidad como un sistema basado en grados de cooperación y consenso en valores, normas y objetivos sociales. El sistema está compuesto de varios individuos, familias, subsistemas o sectores y sus interrelaciones. No es un agregado de esas partes, es una estructura única que incluye todas las partes, y las relaciones que las conectan. La antropología ha identificado varios sectores importantes: sector político, sector económico, sector sanitario, sector educativo, sector comunicación, sector religioso, sector del ocio y sector del bienestar. En esta definición, comunidad no está delimitada por límites ni geográficos, ni de intereses, ni de valores, y esto se ajusta mejor a las comunidades del presente donde los cambios migratorios no permiten a los individuos adquirir ese sentido de pertenencia a un lugar y a una cultura.

Esta visión de la comunidad, como algo global, permite a la vez no olvidarse del individuo y tener en cuenta que él forma parte de otros niveles que le influyen y a los que él influye. De esta manera los cambios que ocurren en un sector, a corto o a largo plazo, afectarán al resto de subsistemas e incluso al sistema total.

Esta idea de comunidad como un sistema se puede englobar dentro del paradigma enfermero de la transformación. En este paradigma la persona es considerada como un ser único con múltiples dimensiones que forman una unidad y que es indisociable de su universo, que se relaciona con el entorno influyendo en él y siendo a su vez influenciado.

Por eso, el término *comunidad* ha sido descrito como un concepto que tiene un alto nivel de uso, pero un bajo nivel de significado.

En la vida real, las personas que viven en un mismo lugar no son iguales, no siempre comparten los mismos intereses y pueden no llevarse bien. La mayoría de las comunidades no son homogéneas, son un pequeño reflejo local de la sociedad más grande o del país en el que

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

viven. En toda comunidad existen factores de armonía e intereses compartidos, pero también hay conflictos, ambos con efectos sobre la salud y el bienestar de la gente.

La comunidad es una fuerza social dinámica, con características demográficas, instituciones, condiciones ambientales y recursos bien definidos, que entre otras cosas promueven o impiden la salud y el bienestar de la población (Turabian, 1992).

Así pues, la responsabilidad de las enfermeras comunitarias, conjuntamente con el resto de profesionales sanitarios, está necesariamente compartida con el resto de elementos presentes en la comunidad: instituciones, en especial la administración local, otros servicios y profesionales de la comunidad, el tejido asociativo y los ciudadanos.

Pero en la participación comunitaria hay que desterrar el pensamiento de que somos el único recurso, o el más importante, y que la salud constituye su principal centro de interés comunitario. La salud, aun siendo importante, no es el único foco de interés de la comunidad; hay multitud de problemas que la preocupan y que no son percibidos por esta como problemas de salud —entendida desde la perspectiva biológica—, entre los que se encuentran el empleo, la educación, la cultura, el ocio, las relaciones sociales… que obligan a tener en cuenta el resto de recursos comunitarios (educativos, sociales, culturales, de ocio…) dado el papel relevante que pueden tener en cualquier proceso de intervención comunitaria. Se trata de tener una visión global y no únicamente sanitaria de los problemas de la comunidad (Fernández del Valle et al., 2000).

El proceso sin embargo no es sencillo. Una sociedad individualista, enajenada y, en gran medida, absorbida por la lucha del día a día; una administración que no escucha y que pone su interés en otros «intereses», y unos profesionales, en general, muy poco concienciados y preparados de que la salud es cosa de todos y que es necesario contar con los individuos, la familia y la comunidad como agentes de su propia salud hacen necesaria una nueva visión de la comunidad y su papel no tan solo como receptora pasiva de atención, sino también como parte activa del proceso.

Y los cambios que se plantean en la comunidad tienen su reflejo en las familias (núcleo fundamental de la comunidad). Así, podemos destacar cómo, dentro de los muchos cambios vividos en la familia, quizá sea la pluralidad de modelos y estructuras la más significativa. Los cambios económicos e ideológicos del entorno y la necesidad de seguir atendiendo a las demandas de todos y cada uno de sus miembros, tanto de salud como de crecimiento personal integral, hacen preciso un gran esfuerzo de adaptación, al que muchas veces no es capaz de dar respuesta.

Observamos como la familia, en época de cambios y crisis, de devaluación de la sociedad del bienestar, de problemas económicos, de crisis de valores y de ideologías… se mantiene como un espacio de apoyo al débil, al enfermo, al convaleciente. Es un espacio de protección de la intimidad, de solidaridad y gratuidad, de olvido de uno mismo por los otros, de diálogo y de reflexión conjunta sobre los propios proyectos o problemas individuales o del grupo familiar. Pero al mismo tiempo, la familia puede convertirse también en foco importante de conflictos, desórdenes, crisis y problemas que generan cambios en su estructura y a los que no siempre se está en disposición de poder ayudar desde el ámbito profesional con capacidad de diálogo y empatía y también con una buena dosis de creatividad, que permitan conjugar la individualidad de cada uno de sus miembros, la idiosincrasia del grupo familiar y su proyección en la comunidad.

COMUNIDAD Y SALUD

Los conceptos de salud y enfermedad están estrechamente ligados con la experiencia humana determinada por la interrelación entre la identidad biológica y la identidad cultural de los individuos y la vinculación de estas con la comunidad como contexto social y natural. Ambos conceptos se sitúan en el núcleo de los valores de las sociedades humanas, ya que son expresión de muchos de los supuestos fundamentales sobre el sentido de la vida y de la muerte. Esto implica que las diferentes concepciones de salud y enfermedad tienden a estar basadas en visiones religiosas o morales sobre la existencia humana, por lo que muestran las diferencias estructurales y culturales que configuran las relaciones de poder de la comunidad (Turner, 2000). De aquí la dificultad de encontrar un consenso sobre estos conceptos.

Para conseguir los objetivos de salud en la comunidad, los sistemas de salud adoptan diferentes formas de organización de acuerdo con los

valores y las motivaciones de la comunidad en que se desarrollan. Estas formas están relacionadas con los agentes que interactúan (ciudadanos, profesionales, pacientes…); las organizaciones que prestan los servicios sanitarios (hospitales, centros de atención primaria…), y por último el contexto del sistema sanitario. Este contexto viene condicionado por el modelo de Estado, la situación socioeconómica y los valores y las motivaciones de los diferentes actores involucrados en el sector.

Dada la estrecha interrelación entre salud, individuo y comunidad, los sistemas de salud, como sistemas sociales, se enfrentan a los retos relacionados con los cambios tecnológicos, económicos, sociales y culturales que se han producido en las últimas décadas.

Como consecuencia de los movimientos sociales y culturales de orientación liberadora de finales de los sesenta, Castells, Tubella et al. (2007) señalan el incremento sustancial del nivel de autonomía de las personas y de la comunidad con respecto a las instituciones del estado y las grandes empresas. Este rasgo cultural no depende de la tecnología, sino de la evolución social. En particular, resulta de la crisis de legitimidad de las instituciones políticas y del mundo de los negocios, de la afirmación de la personalidad individual como valor por encima de las normas sociales y de la expresión de identidades colectivas distintas de los valores dominantes. Este incremento en el nivel de autonomía es especialmente relevante en el ámbito de la salud, ya que afecta tanto a la capacidad de los individuos para tomar decisiones sobre su propia salud, o la de sus allegados, como a sus niveles de exigencia y confianza en los sistemas de salud. Ambas tendencias transforman el rol tradicionalmente pasivo de los pacientes y los convierte en ciudadanos con derechos y deberes respecto a su salud y a los sistemas sanitarios (Lewis, Eysenbach et al., 2005).

Sin embargo, a menudo los conceptos de salud —enfermedad que tiene en la comunidad el vulgo— son diferentes de los manejados por los profesionales que, según se considera, son los que poseen habilidades y conocimientos especiales en los campos de la salud y la enfermedad. Así, podemos destacar, por ejemplo, que el término «enfermo» es más claro para quienes lo utilizan, es decir, los profesionales de la salud, que para aquellos en quienes se aplica, o sea los pacientes.

En este mismo sentido cabe resaltar la creciente resistencia de la comunidad a los planteamientos realizados por los profesionales, para entender que se están enviando mensajes distintos y a menudo contradictorios. Además, también son conscientes de que los mensajes de hoy son distintos a los de hace una década. Y pese a que los conceptos emitidos por los profesionales gozan de mucha influencia y constituyen un importante punto de referencia para la comunidad, esta finalmente reinterpreta estos conceptos.

SALUD COMUNITARIA

Hablar de salud comunitaria significa entenderla como el conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida. Este concepto de población definida haría referencia específicamente a la que compete al ámbito de trabajo de los equipos de atención primaria. Es decir, las zonas o áreas básicas de salud. Aunque nada se opondría a considerar también ámbitos territoriales distintos, siempre y cuando se consideren estos como un todo. Pero la circunstancia de que en el modelo legislativo, directivo y organizativo de la reforma de la atención primaria de salud en España no hubiera nada, salvo contenidos retóricos, que concediera elementos sustantivos a la salud de la comunidad acabó debilitando el discurso conceptual que se desarrolló en las décadas de los sesenta y de los setenta.

La salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública, al introducir el importante capítulo de la responsabilidad y participación de la comunidad en todos los procesos de salud.

La salud comunitaria se diferencia de la salud pública en que esta es una acción gubernamental. En la salud comunitaria, el Gobierno sigue interviniendo, pero también la comunidad participa. En el concepto actual, la salud pública equivale a la salud comunitaria si se le añade el polo participativo de la comunidad. Cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades y participan activamente junto a los servicios de salud en la solución de problemas a través de los programas de salud locales.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La salud comunitaria, por lo tanto, es el programa de salud pública local, planificada sobre la base de los problemas y las necesidades específicas de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública.

La noción de salud comunitaria enfatiza la participación de la comunidad y la planificación local y descentralizada de la valoración real de las necesidades de salud de las poblaciones; la integración y coordinación de todas las actividades sanitarias-sociales-ambientales; una nueva concepción de la salud con una orientación epidemiológica de las actividades; en los niveles de atención; en la cobertura universal, y en el predominio de lo general sobre la especialidad, es decir, lo mayoritario sobre lo minoritario.

La práctica de la salud comunitaria la podemos encontrar en gran parte del ejercicio de algunas profesiones de la salud, especialmente en el medio rural, en la cual el cuidado y la responsabilidad de la atención a comunidades definidas recaía en unos servicios asistenciales mínimos integrados, en su núcleo más básico, por los médicos de cabecera y las enfermeras.

Se sistematizaron conceptos como los de atención primaria orientada a la comunidad, entendiendo por esto la práctica unificada en la atención primaria de la atención clínica individual y familiar con la atención a la salud comunitaria. En otros lugares, también ha estado definida como la práctica de la salud pública desde la atención primaria.

Actualmente, podríamos hablar de que las experiencias en salud comunitaria empiezan a tener una masa crítica de la que difícilmente se podrán sustraer tanto los profesionales como la población y la administración de servicios de salud, incluyendo la salud pública, por las grandes potencialidades que presentan. También hay que incluir en este terreno la salud comunitaria que emerge a través del desarrollo comunitario, no solo desde el dispositivo sanitario, como reflejo de la responsabilidad por la salud de la propia comunidad

COMUNIDAD Y ENFERMERÍA

Los expertos han acordado que los conceptos que constituyen el metaparadigma de la enfermería son los de persona, salud, comunidad y los propios cuidados enfermeros.

Muchas disciplinas tienen un metaparadigma y múltiples modelos conceptuales (Fawcett, 1997). Cada modelo conceptual proporciona un único punto de vista de los conceptos del metaparadigma formulados desde los valores, las experiencias, la filosofía y la forma de ver el mundo del autor del modelo. Por ejemplo, los modelos más utilizados en enfermería comunitaria entienden que las personas están en continua interacción con un entorno dinámico que les rodea. El entorno puede afectar a la salud de las personas o puede ser afectado o modificado por las acciones de las personas. Así, el entorno es el contexto donde se desarrolla la práctica de la enfermería comunitaria y de salud pública. El centro del cuidado es la comunidad y el objetivo del cuidado es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La función del metaparadigma, según Hernández (1999), es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual. Con el concepto de persona, que incluye al individuo, la familia y la comunidad, se identifica al receptor o los receptores de cuidados; con el entorno se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; el concepto de salud se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal; el concepto de cuidado es la propia definición de enfermería, es decir «las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras». Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

En cualquier caso, la enfermería comunitaria como contrapunto a la salud comunitaria es el conjunto de actividades que ambas disciplinas desarrollan en atención primaria y que suponen la prestación integrada de servicios preventivos y asistenciales a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad, así como la investigación de los factores ambientales, sociales y conductuales causantes de la enfermedad y la promoción de su corrección.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cashman SB, Anderson RJ, Weisbuch JB, Schwarz MR, Fulmer HS. Carrying out the Medicine/Public Health Initiative: the roles of preventive medicine and community-responsive care. Acad Med. 1999;74:473-83.

Castells M, Tubella I, et al. La transición a la sociedad red. Barcelona: Ariel-UOC; 2007.

Fawcett J. The estructural hierarchy of nursing Knowledge: components and their definitions. En: King IM, Fawcet J (eds.). The language of theory and metatheory. Indianapolis: Center Nursing Press; 1997.

Ferge Z. Citado por Garcés Ferrer J. En: Garcés Ferrer J. La nueva sostenibilidad social: nuestro ideal de una sociedad más justa. Barcelona: Ariel Sociología; 2000. p. 77-83.

Fernández del Valle J, Herrero Olaizola J, Bravo Arteaga A. Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida. Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.

Garcés Ferrer J. La nueva sostenibilidad social. Barcelona: Ariel Sociología; 2000.

Hernández Conesa J. Conceptos de enfermería. Teoría y método. Madrid: McGraw-Hill; 1999.

Lewis D, Eysenbach G, et al. Consumer Health Informatics. Informing Consumers and Improving Health Care. New York: Springer; 2005.

Magill MK. Medicine and Public Health. Whose Agenda? Arch Fam Med. 1999;8:81-2.

Marchoni AM. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular; 2001.

Martínez Riera JR. Enfermería de salud pública vs. enfermería comunitaria. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

ÓNeil M. 1978. Santé communautaire et communauté: de l´influence de deux conceptions de communauté sur les interventions quebecoises en education sanitaire. Conferencia parte de las notas del curso del profesor Georges Desrosiers de la Administración de los Servicios de Salud en la Universidad de Montreal.

Gálvez Vargas R, et al. (ed.). Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 10.ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 10-1.

Turabian JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid: Díaz Santos; 1991.

Turner BS. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S (eds.). The Handbook of Studies in Health & Medicine. London: Sage Publications; 2000.

World Health Organization; Community Health Nursing. Report of a WHO Expert Committe, Tech. Rep. Series n.° 558. Geneva: World Health Organization; 1974.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 0

Consulta de enfermería

José Ramón Martínez Riera

ANTECEDENTES, DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

La declaración de Alma-Ata estableció las bases de la reforma de la atención primaria en España. En el objetivo 28 de la citada declaración se hacía especial énfasis en la necesidad de cubrir las necesidades básicas «de la población mediante la provisión de un amplio rango de servicios de promoción de salud, curativos, rehabilitadores y de soporte y apoyando activamente las actividades de autocuidados de los individuos, familias y grupos».

Con el fin de dar respuesta a dicho objetivo y en el marco de la reforma de atención primaria, se intenta crear un marco de actuación para que este primer contacto de la población con el sistema sanitario se consolidara como el elemento clave en el proceso de atención permanente. Se trataba de pasar de tratar problemas específicos a trabajar en promoción de la salud y el cuidado continuo e integral de las personas. Este proceso empezó en 1985, aunque las primeras modificaciones legislativas comienzan 1 año antes, propiciando una serie de cambios estructurales y funcionales.

Todos estos cambios tuvieron su reflejo en la legislación sanitaria, comenzando con el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas, y terminando con la Ley General de Sanidad (14/1986).

Estos cambios legales llevaron a que en los centros de salud las enfermeras desarrollaran sus competencias más en consonancia con su formación teórica, no solo dirigiendo su actuación a la prestación de cuidados curativos, sino también a la atención de personas sanas mediante la prevención y promoción de la salud y la educación sanitaria individual o grupal, potenciando el autocuidado de la población y optando por actividades con carácter personalizado, asignando un grupo de población a cada enfermero de manera que la población identificase a este al igual que hacía con su médico de cabecera.

Dentro de este desarrollo normativo y legislativo conviene destacar la aparición de la Orden de 14 de junio de 1984, en la que se modifica el estatuto del personal auxiliar sanitario y auxiliar de clínica de la Seguridad Social (26-4-1973) que, aunque anterior al Real Decreto sobre estructuras básicas, supone para las enfermeras un paso cualitativo en el reconocimiento de unas nuevas funciones más acordes con su formación y cualificación profesional. La modificación más interesante para la enfermería consiste en la introducción del artículo 58 bis, que dice así: «Las enfermeras y los diplomados en enfermería o ayudantes técnicos sanitarios de atención primaria prestarán, con carácter regular, sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población en colaboración con los programas que se establezcan por otros organismos y servicios que cumplan funciones afines de sanidad pública, educación nacional y beneficencia o asistencia social. Conforme a su titulación, centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de salud».

Posteriormente, los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas desarrollaron normativas específicas conducentes a la regulación y funcionamiento de las consultas de enfermería.

Desde su origen, las consultas de enfermería han sido consideradas como un elemento de control de la demanda en las fases iniciales de los centros de salud, debido a la alta prevalencia de procesos crónicos-degenerativos que originan una demanda creciente sobre los servicios sanitarios.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Su instauración y desarrollo no estuvo exenta de polémica; ya que los médicos contemplaron las mismas como un elemento de intrusismo profesional y una clara injerencia en sus competencias. Con el tiempo y ante el rechazo jurídico y popular a sus denuncias, la consulta de enfermería se fue consolidando en el ámbito de la atención primaria.

Por otra parte, las enfermeras acogieron su implantación como una forma de reivindicación de su autonomía profesional al entender que pasaban de ser «enfermeras de los médicos a enfermeras de la comunidad», pero con una evidente falta de formación para llevarlas a cabo y con una errónea concepción de las mismas al pretender hacerlas miméticas a las de los médicos, convirtiéndose en muchos casos en una consulta para eliminar la burocracia de la consulta del médico y atendiendo a patologías crónicas sobre la base de protocolos derivados de las consultas médicas y con muy poco o nulo contenido de cuidados específicos de enfermería.

La consulta de enfermería, desde su implantación ha sido definida de diferentes maneras:

- Como la actividad de encuentro y comunicación entre el usuario y el personal de enfermería para el conocimiento y la solución de los problemas de salud realizados en los locales del centro de salud.
- La actividad para la mejora de control y seguimiento de enfermos crónicos.
- Se plantean para dar respuesta a las necesidades de cuidados de estos en los aspectos específicos de enfermería en las áreas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de estas se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico.
- Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente (Egan, 1975).
- Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda (Lippit/Lippit, 1978).

Partiendo de estas definiciones, el concepto de consulta de enfermería se debe entender en una doble acepción:

- Un lugar donde la enfermera realiza prevención, promoción y rehabilitación de la salud a personas de una forma integral, con una participación activa por parte del usuario y/o la familia, buscando el autocuidado y la independencia dentro de un trabajo de equipo multidisciplinar.
- Acción de atender la enfermera a la persona o familia en un espacio de tiempo determinado, en el que se solicitan sus servicios para la resolución de un problema de salud en el ámbito de sus competencias y funciones.

Los objetivos generales de la consulta de enfermería son:

- Mejorar la atención que se presta a los usuarios/clientes en los centros de salud a través del reconocimiento en todos ellos de la consulta de enfermería.
- Ofrecer los cuidados de enfermería en relación con la prevención, el fomento, la recuperación y la rehabilitación de la salud para mejorar el control y seguimiento de los procesos crónicos u otros procesos, así como de los síntomas de riesgo que en cada centro se cataloguen, incluyendo las actividades de los programas de salud.
- Favorecer el autocuidado y la adecuada utilización de los recursos sanitarios a través de la educación sanitaria al usuario y/o la familia.
- Facilitar la gestión de los cuidados de enfermería.

EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL

Así pues, la consulta de enfermería se convierte en muchos casos en reducto o nicho ecológico de los profesionales, en la que se toman las constantes una y otra vez a los crónicos, que son siempre los mismos, y que es una buena forma de legitimar su condición de enfermo sin remedio, cautivo del sistema y, por lo tanto, obligado a demandar atención sanitaria. Y si bien es cierto que el médico tiene un sesgo grave hacia lo orgánico («la cura»), no lo es menos que el «cuidado de enfermería» se queda muchas veces con este planteamiento de consultas por patologías en cuidado de los órganos (fig. 20-1).

Ante esta perspectiva se introducen modificaciones tendentes a dotar de contenido a las consultas de enfermería, sobre todo en aspectos de prevención de la enfermedad a través de la educación para la salud y posteriormente la aplicación de metodología enfermera a través del proceso de atención de enfermería y la utilización de diagnósticos enfermeros, pero con una gran variabilidad y sujetas a los diferentes tipos de organización de cada centro de salud, lo que conduce al desánimo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 20-1. Elementos negativos de la consulta de enfermería.

de los profesionales y a la escasa valoración de los mismos, al tiempo que no se consigue salvar uno de los problemas más importantes de este tipo de consultas como es el de evitar que se conviertan en fondos de saco al no existir un flujo adecuado de entrada y salida de pacientes en relación con el cumplimiento de objetivos previamente pactados entre profesional-paciente para alcanzar el autocuidado como objetivo fundamental de la intervención en la consulta de enfermería programada, lo que provoca la cronificación de los problemas, la dependencia del sistema por parte de los pacientes y la duplicidad de actuaciones.

Por otra parte la asignación de profesionales de enfermería se realiza casi exclusivamente en función del número de médicos y la atención enfermera se organiza por tareas, lo que es contrario a una política de calidad de cuidados, es un modelo no profesional de organización que impide una visión integral de la atención enfermera de un paciente y propicia una productividad basada en los números y no en los resultados.

Con este planteamiento de las consultas de enfermería de trabajo dispensarial se favorece el aumento de la utilización, ya que cuantos más profesionales intervengan en el cuidado de un paciente, más demanda se genera. Asimismo, al romper la continuidad de la atención también se dispara la utilización generada por el profesional.

En este contexto además existe cierto mito sobre la conveniencia de las consultas de enfermería programadas como generadoras de mayor salud de los pacientes, al tiempo que se mitifica también la consulta programada en cuanto a reductora de la utilización. Sin embargo, algunos programas de salud en sí mismos aumentan mucho la utilización.

Desgraciadamente desde los niveles de gestión se incentiva la mayor captación de pacientes en las consultas de enfermería dentro de los programas de crónicos, pero no se hace lo mismo con la atención eficiente desde el punto de vista de la utilización (buenos resultados de salud con un menor número de visitas).

Con este panorama las consultas de enfermería están cuestionadas y no generan, en la mayoría de los casos, satisfacción en los usuarios, en los profesionales y en la organización, por lo que se deben realizar planteamientos serios de cambio que conduzcan a una racionalización de los recursos empleados.

La situación ideal del paciente con enfermedades crónicas, además del buen control, es el buen control por él mismo. El control interno de la salud por los pacientes, además de un mejor control objetivo de la enfermedad, añade la satisfacción personal de no depender tanto de los servicios sanitarios, por lo que este debe ser el objetivo principal de las consultas de enfermería.

En un contexto de planificación y gestión centralizadas y en un entorno económico restrictivo en que el ahorro es el objetivo más apreciado, las asignaciones de recursos se suelen hacer con tendencia a la baja y, en muchos casos, no se valoran prioritariamente las necesidades reales que plantea la asistencia, haciéndose asignaciones sobre la base de otros criterios que no contemplan la adscripción de población a enfermería, lo que favorecería la longitudinalidad de la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios, así como la autonomía y el reconocimiento profesionales.

Diferentes estudios demuestran la bondad del modelo de «enfermera de referencia» como método para incrementar el grado percibido de calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del usuario y la satisfacción laboral del personal de enfermería, así como a solventar algunos de los problemas que subyacen al modelo organizativo implantado actualmente en atención primaria, en general, y en las consultas de enfermería, en particular.

En cualquier caso, a la hora de planificar el trabajo de los diferentes profesionales de los centros de salud habrá que tener en cuenta que basar los cambios organizacionales sin tener en cuenta a todos los implicados conduce a la

«suboptimización», es decir, intentar resolver la parte de un problema que afecta a un grupo o colectivo en particular sin tener en cuenta al resto, lo que acarrea un empeoramiento del resultado final.

Cuando existe una carencia de recursos y de ideas para hacer frente a las necesidades que plantea la población y que se derivan, en muchas ocasiones, de los nuevos modelos de atención que el sistema sanitario trata de imponer para contener el gasto, nos damos cuenta de la importante pérdida de saberes tradicionales sobre la salud que pertenecían al mundo de lo popular fundamentalmente porque los profesionales nos hemos apropiado de ellos o los hemos combatido hasta erradicarlos, y que ahora queremos que de nuevo adquieran y se hagan responsables de su cuidado, pero que evidentemente resulta complicado al haberse modificado sustancialmente el hábito de comportamiento de los usuarios que ven en el sistema sanitario y en sus profesionales los únicos responsables de su salud.

Así pues, las consultas de enfermería deben configurarse como ese espacio en el que se trate de dar respuesta a las necesidades planteadas por la población desde una perspectiva holística en la que su participación es fundamental. La efectividad requiere ordenar los problemas de salud en relación con los procedimientos necesarios para atenderlos. Se tiene que huir de situaciones inertes, endogámicas y sin valoración alguna de las consecuencias de actuar o no con criterios de coste social.

En una situación ideal, la utilización de recursos sanitarios dependería exclusivamente del nivel de salud de la población; sin embargo, la realidad es muy diferente y la interacción de factores relacionados con la utilización es múltiple y de difícil individualización.

Según Borrás, la morbilidad y mortalidad de la población deberían ser los determinantes principales de las necesidades sanitarias, pero el nivel socioeconómico, la distribución por edad de la población y la oferta de recursos explican una parte importante de la variabilidad del índice de frecuentación en atención primaria. Por su parte, De la Revilla dice que: «La decisión de utilizar los servicios sanitarios es consecuencia de una compleja interacción de factores relacionados con el estado de salud del individuo, la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud y la disponibilidad y oferta de los servicios sanitarios».

Las consultas de enfermería deben alejarse de concepciones paternalistas y limitadas a la atención de enfermos crónicos para configurarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuesta a la demanda habitual de un número importante de pacientes. Situarse como puerta de entrada contribuirá a eliminar una cierta invisibilidad de los servicios de enfermería de cara a la población y a hacer visible su contribución a la salud de la población y a la satisfacción de sus necesidades.

Seguir manteniendo como puerta exclusiva de entrada en atención primaria la consulta médica resulta ineficiente, al provocar un auténtico efecto de embudo que masifica las consultas de los médicos de familia y potencia efectos por todos conocidos (demoras, tiempos medios reducidos en las consultas, etc.) que implican insatisfacción en la población y los propios profesionales. Un modelo de atención compartida de los dos principales proveedores de servicios de atención primaria (médicos de familia y enfermeras comunitarias), con servicios accesibles de forma directa y mejor orientados a la naturaleza de dichas demandas (terapia frente a cuidados, problemas biológicos frente a sociosanitarios) a la hora de orientar la provisión de los servicios, alejándose de la creencia de que la consulta programada es paradigma exclusivo de racionalización de la atención, pues en atención primaria se ha observado asociación inversa entre el número de consultas programadas y la presión asistencial.

Las demandas de los usuarios actúan como señales que modulan los comportamientos profesionales. Para que un determinado servicio sea demandado por los usuarios debe haberse consolidado previamente como necesidad percibida. Esta percepción va a depender de las expectativas generadas y de la utilidad percibida, y, por tanto, en buena parte, de la «venta» que los profesionales hagan de este servicio, del tiempo que lleve en cartera la prestación del mismo y de su nivel de implantación. Analicemos seguidamente cada uno de estos aspectos por separado en relación con los cuidados de enfermería.

En cuanto a la difusión de la consulta de enfermería y lo que en ella se oferta, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- No se ha llevado a cabo una estrategia concreta de marketing por ninguno de los posibles actores (administración, colectivos profesionales, etc.), que enfatice los puntos fuertes y las ventajas de la consulta de enfermería.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- La población que tiene acceso a la consulta de enfermería es reducida, por lo que el darse a conocer de forma pasiva es difícil.
- A veces, se ha olvidado mejorar la calidad en aquellos aspectos mediante los cuales la población ha valorado tradicionalmente al colectivo de enfermería (las actividades delegadas del diagnóstico y tratamiento médico, la amabilidad, la empatía, etc.), con lo que se pierde una oportunidad de afianzar la confianza y el reconocimiento social, para así preparar el terreno del cambio.

Los usuarios siguen identificando mayoritariamente a la enfermera con actividades delegadas del médico y, por tanto, centrando su nivel de satisfacción en este tipo de actividades. Esto tiene como consecuencia un escaso reconocimiento social de los cuidados y el hecho de que las demandas de los usuarios todavía no actúan como facilitadoras de la implantación de cuidados que se ofertan en las consultas de enfermería.

Por otra parte, la evaluación que actualmente se hace de las consultas de enfermería parece excesivamente burocrática, está centrada en el proceso de atención y es únicamente cuantitativa. Es necesario introducir cambios significativos en este sentido para evitar su deterioro técnico y el desprestigio, generando mecanismos de evaluación de interés común para el financiador, el proveedor y el profesional que permita una evaluación trascendente centrada en los resultados, con componentes cualitativos y cuyo proceso esté abierto en el tiempo.

Resulta imprescindible, por lo tanto, establecer nuevos espacios de atención a la población por parte de enfermería que favorezcan la atención inmediata de determinados problemas de salud planteados por la población a través de la consulta de enfermería a demanda que conjuntamente con la consulta de enfermería programada configuren una atención accesible, individualizada, humana, integral, eficaz y eficiente.

La situación en España en relación con la reestructuración de las consultas de enfermería ha supuesto una mejora en la metodología de trabajo y la apertura a otros grupos de población, al enmarcarse más en buscar una extensión de los servicios enfermeros que una expansión de su rol o un ensayo de modelos de gestión alternativa a la demanda en atención primaria.

Ya son importantes los estudios realizados en los que se ofrece evidencia sobre las ventajas de las consultas de enfermería a demanda; sin embargo todavía es escasa su implantación en nuestro país, lo que genera que las enfermeras queden atrapadas en la atención de un subgrupo de población con lo que esto conlleva de falta de racionalización de un recurso tan valioso (tanto en coste como en oferta de servicios) como es el de enfermería. Estas evidencias están propiciando la expansión del rol enfermero en la gestión de la demanda asistencial en atención primaria.

Actualmente, las consultas de enfermería, en su mayoría, tienen como principales problemas:

- Población diana limitada a pacientes crónicos, que reduce la prestación de los cuidados a la población.
- Canal de acceso a la consulta de enfermería limitado a la obligada derivación médica, que impide la captación de población susceptible de cuidados.
- Formato de las consultas, exclusivamente programadas, lo que supone una rigidez inefectiva e ineficiente de la atención.
- Ausencia de una metodología homogénea basada en un marco teórico concreto.
- Una evaluación centrada en proceso de atención y sin abordar los aspectos cualitativos.
- Falta de organización de las demandas de la población a enfermería.

Este panorama en el que se encuentra la enfermería de atención primaria y, en consecuencia, la modalidad de la atención a través de la consulta de enfermería, ha llevado incluso a que en algunos informes de reciente publicación (año 2000) en los que se revisa el grado de consecución de los 38 objetivos de *Salud para todos* que formulase la OMS en 1977 se llegue a decir que: «Aún no se han definido ni el papel ni los objetivos del trabajo de enfermería en atención primaria y la desjerarquización consecuente es un motivo de fricción en el trabajo diario en los centros de salud. No se han evaluado las nuevas actividades, como la consulta de enfermería, aunque su organización parece disminuir la longitudinalidad de la atención».

Para cambiar esta situación resulta imprescindible redefinir el contenido y desarrollo de las consultas de enfermería, para lo cual se deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones previas:

- Aumentar la capacidad de resolución de las consultas de enfermería.
- Asegurar la implementación de la enfermera de referencia que permita una relación

enfermera-paciente como la mejor herramienta terapéutica en la prestación de cuidados.
- Disminuir la incertidumbre de los profesionales y aumentar su seguridad en el ámbito de decisión que les compete.
- Asegurar la confianza de los usuarios del servicio.
- Un proceso de discusión e información interna, entre las enfermeras y con los otros miembros del equipo, que favorezca la organización del equipo.
- Una buena comunicación externa de los centros hacia la población afectada, orientándola en el consumo más adecuado de los servicios.

NUEVOS PLANTEAMIENTOS. CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA

Aunque el acceso directo a la consulta a demanda de los usuarios ha estado previsto desde prácticamente la creación de esta modalidad de atención, su utilización ha sido escasa y desigual, debido a las razones referidas anteriormente cuando se argumentaba el escaso reconocimiento social de los cuidados de enfermería.

Muchas han sido las voces que han argumentado que el nivel de atención primaria como puerta de entrada del sistema sanitario se convertía en principal regulador de la demanda. Sin embargo este planteamiento, aparentemente obvio, no se ha cumplido y la regulación de la demanda sigue siendo una asignatura pendiente, cuando no un arma arrojadiza por parte de quienes menos creen en este modelo de atención.

Algunas experiencias positivas de gestión de la demanda que se están llevando a cabo en otros países están caracterizadas por la utilización de enfermeras licenciadas *(nurse practitioners)* como primer punto de contacto del sistema (es decir, con el objetivo de realizar un filtro de la consulta médica), para la atención de patologías leves o enfermedades crónicas. Estas experiencias se enmarcan en una corriente de cambio de algunos sistemas de salud (fundamentalmente anglosajones) que intentan mejorar la eficiencia mediante el replanteamiento de las funciones de enfermería en el nivel de atención primaria.

Por lo tanto, el nuevo planteamiento de la consulta de enfermería se identifica como un servicio ofertado a cada persona que acude a la consulta, bien sea de forma espontánea, derivado por otro profesional o programada-concertada.

La consulta de enfermería a demanda se plantea pues partiendo de la definición de demanda, que es entendida como el proceso de comportamiento poblacional dinámico en el cual se combinan los recursos, conocimientos y patrones de comportamiento con la tecnología, los servicios y la información disponible con la finalidad de restaurar, mantener y promover la salud.

Podemos pues diferenciar tres tipos de consulta de enfermería: la consulta de enfermería programada, la consulta de enfermería a demanda-programada y la consulta de enfermería a demanda (fig. 20-2).



FIGURA 20-2. Tipos de consulta de enfermería según acceso.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CONSULTA DE ENFERMERÍA PROGRAMADA

Aquella que realiza cada enfermera con los pacientes de su población incluidos en alguno de los programas o subprogramas del centro de salud, siguiendo un protocolo o guía clínica (fig. 20-3).

Objetivos

- Conseguir el autocuidado de su problema de salud, potenciando la autoestima y la autonomía personal.
- Potenciar las actividades de promoción y prevención a través de la educación para la salud.
- Dar respuesta a los problemas de salud planteados.
- Favorecer la comunicación y la confianza enfermera-paciente-familia.
- Pactar objetivos y consensuar el tiempo de consecución.
- Establecer planes de cuidados sobre la base de una valoración previa (p. ej., patrones funcionales de Gordon) y a un marco teórico (p. ej., Dorotea Orem).
- Realizar una evaluación conjunta de los objetivos

Los pacientes podrán entrar en dicha consulta:

- Por derivación de otro profesional del equipo, según los criterios de la guía clínica o protocolo.
- Por captación de la propia enfermera, según los criterios de la guía clínica o protocolo.
- A petición del usuario, según los criterios de la guía clínica o protocolo.

Consulta de enfermería a demanda programada

Aquella que realiza cada enfermera con los pacientes de su población incluidos en alguno de los programas o subprogramas del centro de salud y que ya no están en la consulta de enfermería programada por alguna de las siguientes razones (fig. 20-4):

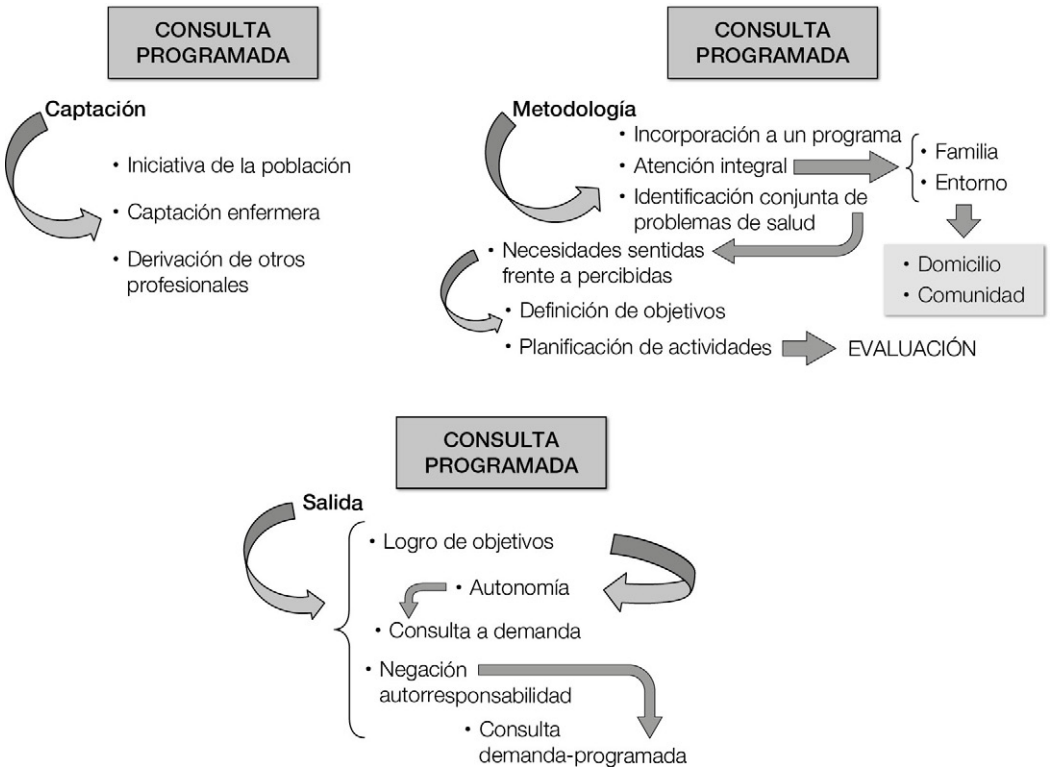


FIGURA 20-3. Consulta de enfermería programada.

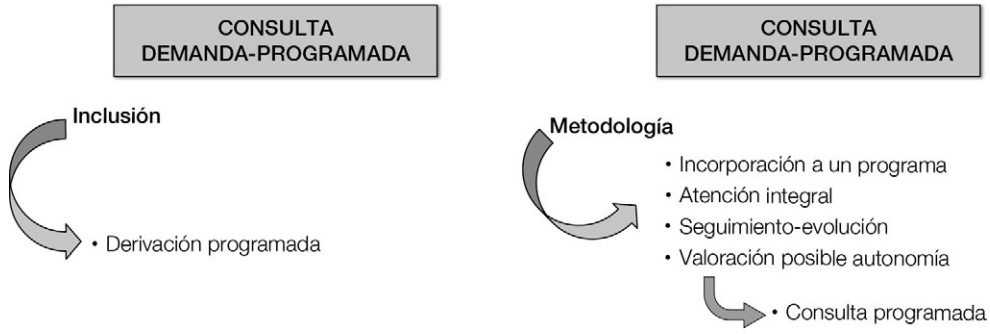


FIGURA 20-4. Consulta de enfermería demanda-programada.

- Han alcanzado un grado de autonomía y autocuidado suficiente.
- No se han alcanzado los objetivos pactados tendentes a conseguir el autocuidado en los plazos previamente establecidos.

Objetivos

- Potenciar el autocuidado.
- Potenciar las actividades de promoción y prevención.
- Evitar la adherencia asistencial.
- Favorecer la autonomía personal.
- Dar respuesta a los problemas de salud planteados.

Los pacientes podrán entrar en dicha consulta:

- Por derivación desde la consulta de enfermería programada tras la valoración de la enfermera responsable, en relación con las dos razones anteriormente planteadas.

CONSULTA DE ENFERMERÍA A DEMANDA

Aquella que realiza cada enfermera con los pacientes de su población, sin previa programación, porque el usuario acude o solicita ser visto en el día por aspectos que competen a la enfermería (fig. 20-5).

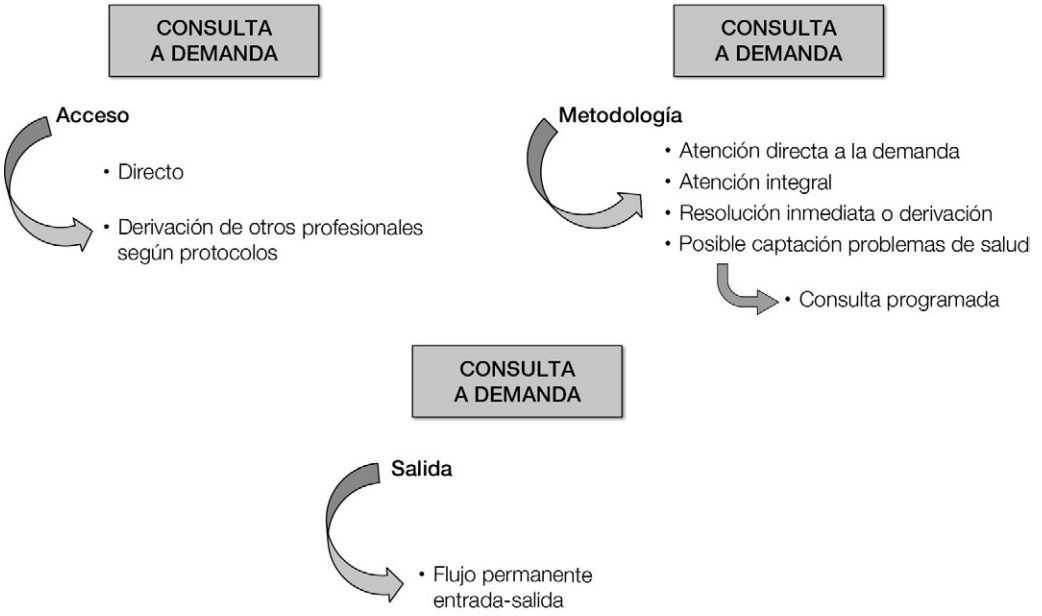


FIGURA 20-5. Consulta de enfermería a demanda.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Objetivos generales

- Prestar atención inmediata de enfermería a determinados problemas y/o necesidades de salud mediante la citación directa demandada por el propio usuario u otros profesionales.
- Ampliar y mejorar los servicios sanitarios ofertados a toda la población en el ámbito de la Atención Primaria de Salud mediante el incremento de los servicios prestados en la consulta de enfermería.

Objetivos específicos

- Establecer la enfermera de referencia para favorecer una adecuada relación enfermera-paciente.
- Reforzar la confianza de los usuarios en relación con el servicio prestado por las enfermeras.
- Favorecer la comunicación entre las enfermeras y los otros miembros del equipo de atención primaria.
- Aplicar un modelo metodológico común en todas las actuaciones de enfermería unificando criterios, que permita disminuir la incertidumbre de los profesionales en la toma de decisiones e implique una disminución de la variabilidad en la práctica enfermera.
- Aumentar los conocimientos y las habilidades de la población asignada en materia de salud-enfermedad a fin de potenciar y fomentar el autocuidado por parte de las personas, familias y comunidad.
- Potenciar la detección de necesidades y/o problemas sociosanitarios y la derivación (fig. 20-6), si procede, a los profesionales idóneos para su resolución.

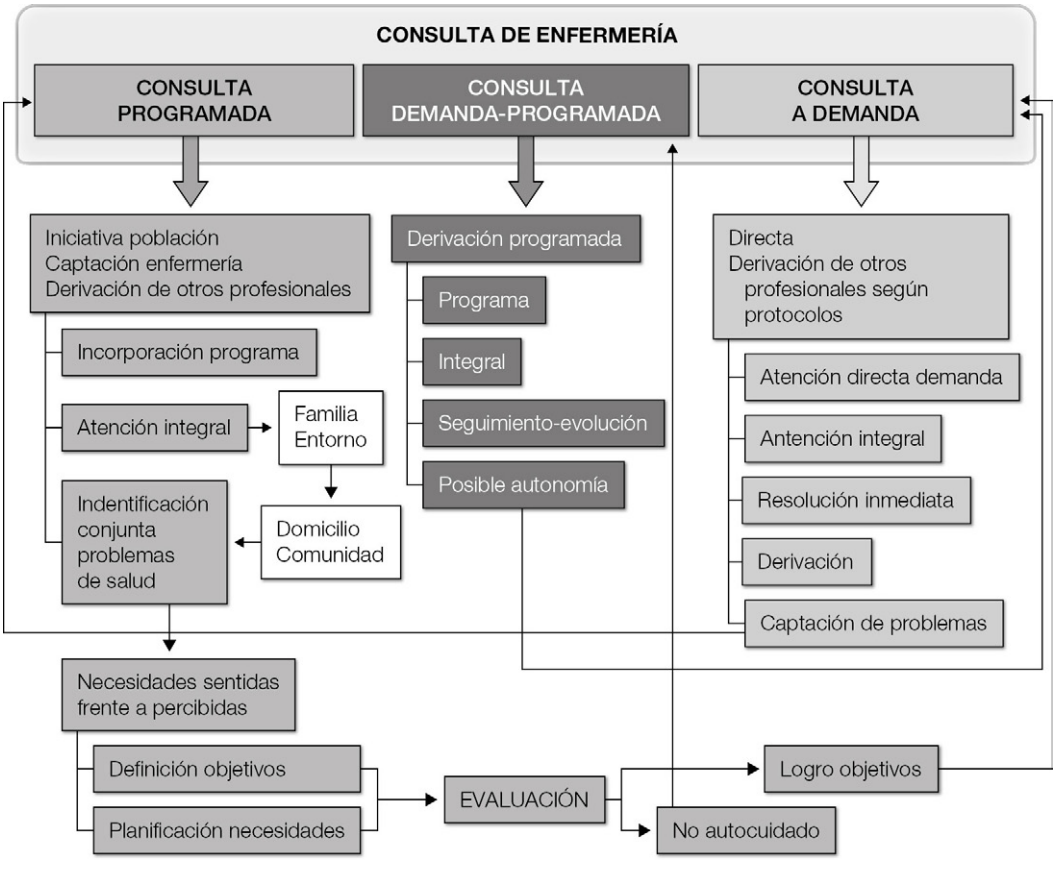


FIGURA 20-6. Tipos de consulta de enfermería y circuitos de incorporación/derivación/salida.

LECTURAS RECOMENDADAS

Agudo Polo S, González Pascual JL. Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios? Enf Clínica. 2002;12(3):104-8.

Borrás JM. La utilización de los servicios sanitarios. Gaceta Sanitaria. 1994;8:30-49.

Brugués Briugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca T, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. Aten Primaria. 2008;40(8):387-91.

Corrales Nevado D, et al. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Atención Primaria. 2000;25:34-7.

Curtis L, Netten A. The costs of training a nurse practitioner in primary care: the importance of allowing for the cost of education and training when making decisions about changing the professional-mix. J Nurs Manag. 2007;15:449-57.

De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en atención primaria. Barcelona: Doyma; 1991.

Decreto 98/1988, de 8 de septiembre. Reglamento de normas básicas de funcionamiento de los equipos de atención primaria en la Comunidad de Madrid. BOCM n.º 227, de 23 de septiembre de 1998; n.º 235, de 3 de octubre de 1998.

Del Pino Casado R, Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):311-37.

Elbaz M. Cartera de servicios en AP. Garantía de calidad. Revista Metas de Enfermería. 2000;3(24).

Gentil Diniz MI, Marinho Chrizostimo M, Simeão dos Santos MS, Machado Tinoco Feitosa Rosas AM, Oliveira LV. Relación histórica de la consulta de enfermería con la vivencia profesional. Enferm glob [revista en internet]. 2009;15. [Consultado el 12 de octubre de 2010]. Disponible en:. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100021&lng=es.

Girbés M, Jurado JJ, Rodríguez J, Esteban F, Aréjula JL, Fontova T, et al. Enfermería en atención primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). Rev Adm Sanit. 2005;3(1):49-65.

Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GP in primary care: modeling economic data from randomised trials. Br J Gen Pract. 2006;56:530-5.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002;324:819-23.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios. Cuadernos de Salud n.º 3. 1986.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005;CD001271.

Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007).

López-Santos V, Sánchez-Ramos JL, Toronjo-Gómez Á, Pedregal-González M, Rojas-Ocaña MJ, Contreras-Martín Á. Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en atención primaria: el cuestionario GATHA-ENFERMERÍA. Index Enferm. 2008;17(3):173-7.

Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en atención primaria. Enf Comunitaria. 2005;1(1):35-42.

Martínez Riera JR, Pérez Pont I, Martínez Cánovas P. Importancia de la enfermera de referencia en la actividad de enfermería en atención primaria. Enferm Cient. 2003;258-9.

Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en atención primaria. Reflexión de una necesidad. Rev Adm Sanit. 2003;1(3):425-40.

Mas Garriga X, Solé Dalfó M, Licerán Sanandrés L, Riera Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? Aten Primaria. 2006;38:192-8.

Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Consulta de enfermería para pacientes crónicos. Revista Rol de Enfermería. 2001;24:467-71.

Rigol Cuadra A, Lluch Canut T, Ugalde Apalategui M. Consulta de enfermería en salud mental. Revista ROL de Enfermería. 1989;125:17-20.

Rodrigo Tolsá D. Consulta de enfermería: aparición, evolución y perspectivas. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R (eds.). Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad. Unidad de Procesos de Enfermería. Consulta Enfermera. 2010.

Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 1

Continuidad de cuidados: nuevas figuras de gestión

María Dolores Saavedra Llobregat y José Ramón Martínez Riera

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (Ley 11/1994, de 26 de julio) recoge distintos aspectos de la coordinación entre niveles y la continuidad de los cuidados, y es interesante reseñar que entre los ejes estratégicos que están dando mejor resultado a nivel internacional es desarrollar los denominados sistemas integrados de salud, que tienen, entre otras características, la de utilizar herramientas de coordinación de cuidados.

En esta línea, no es extraño encontrar cada vez con mayor frecuencia dentro del entorno europeo más servicios integrales de salud y de atención compartida, y aparecen los conceptos de *transmural care* en los Países Bajos y de *share care* en el Reino Unido. Asimismo, surge la figura de la *specialist liaison nurse* (enfermera de enlace), cuya misión es garantizar esa deseada continuidad en la asistencia, facilitando la coordinación entre estamentos y entre niveles de asistencia pero que, básicamente, hace de agente del cliente cuando este precisa servicios sanitarios y sociales.

La continuidad de cuidados se considera como un concepto central que favorece el bienestar y el funcionamiento de los pacientes en función del grado de atención que necesitan, facilita la efectividad de los diferentes servicios, está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo y permite dar una respuesta a las necesidades de las personas con problemas de salud. No obstante, y a pesar de disponer de evidencias sólidas y de estar avalado este concepto por declaraciones gubernamentales, la realidad nos indica que existen dificultades para poder hacerlo operativo. La presencia de estas dificultades repercute en el afrontamiento y la recuperación de los problemas de salud, pues no se contempla el funcionamiento psicosocial de la persona o el impacto que los problemas de salud ocasionan en la familia.

Así pues, derivados de la continuidad de los cuidados podemos identificar los beneficios que exponemos a continuación.

Beneficios para los usuarios

Disponer de información y planificar ingresos/altas conlleva los siguientes beneficios:

- Reducción de los días de hospitalización y, con ello, la permanencia del paciente el mayor tiempo posible en el domicilio.
- La organización de los recursos sociosanitarios para el apoyo en los cuidados domiciliarios.
- Personalización de la atención antes y después del alta.
- Disminución de la ansiedad y mejora de la comunicación del usuario y familia con los profesionales.

Beneficios para el sistema sanitario

Para la mejora de la calidad y el uso eficiente de los recursos, es condición indispensable la coordinación entre ámbitos asistenciales, de forma que la atención a la salud se organice de manera efectiva, como un proceso integral, con garantías de continuidad en la atención prestada a cada individuo. El reto de la gestión sanitaria en la actualidad es el de conducir los esfuerzos de la organización en la consecución de mejorar la calidad, al tiempo que se reducen los costes en la producción de salud, ya sea en el hospital o en cualquier otro ámbito.

Beneficios en atención especializada

Los gestores responsables de centros hospitalarios, para mejorar su administración, asumen la necesidad de reducir costes, aumentando la actividad al tiempo que se mantiene la complejidad. En los últimos años, las gerencias de los hospitales se esfuerzan para conseguir acortar la estancia media, no solo por repercusiones de índole económicas y/o administrativas, sino también

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

por su relación, directamente proporcional, con indicadores de calidad asistencial como pueden ser las tasas de infección nosocomial, la demora quirúrgica y el grado de satisfacción de los usuarios.

En lo que a atención especializada se refiere, la continuidad de los cuidados de enfermería puede incidir sobre la estancia media, propiciando una disminución de la misma, ya que un paciente, aun necesitando cuidados, puede seguir la recuperación en su domicilio o en otro centro, con las mismas garantías que en el centro hospitalario donde ha sido atendido.

La continuidad de los cuidados de enfermería garantiza una comunicación más eficiente entre las enfermeras de atención especializada, los pacientes y sus familiares/cuidadores y las enfermeras de atención primaria, lo que permite el seguimiento de forma consensuada de los cuidados específicos para cada paciente, una mayor coordinación entre niveles en el seguimiento de los planes de salud de la población y un aumento de la calidad percibida por los pacientes.

Beneficios en atención primaria

En lo que a la atención primaria se refiere, la continuidad de los cuidados de enfermería repercute en la mejora de la atención domiciliaria, facilita la captación en los programas de salud de las personas mayores y/o con patologías crónicas, en los programas de atención infantil, etc., y contribuye también a disponer de criterios objetivables para priorizar la atención.

Con relación a los cuidadores familiares, se debe tener en cuenta un aumento del coste de los cuidados formales e informales de los pacientes con altas precoces y, por otra parte, la planificación de altas e ingresos en cuidadores familiares permite un ahorro en los cuidados formales.

NUEVAS FIGURAS DE GESTIÓN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Ante el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y el aumento de la dependencia, se hace necesaria una mayor coordinación entre niveles asistenciales, así como de dotación en recursos, para adaptar la asistencia a los cambios en la demanda. Esta evolución exige al sistema y a los profesionales sanitarios nuevas alternativas para mejorar la atención.

Se espera que España sea uno de los países más envejecidos del mundo en el año 2050, y en la actualidad este envejecimiento poblacional está comportando un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos con frecuencia incapacitantes. Frente a este pronóstico, se debe actuar generando o proponiendo nuevas figuras.

Enfermera gestora de casos

Las diversas definiciones que intentan explicar qué es la gestión de casos tratan de presentarla como una herramienta utilizada por las enfermeras para dar una continuidad de cuidados a la persona, que sigue una metodología científica de valoración, diagnóstico, objetivo, intervención y evolución, y que permite y exige el trabajo en equipo, así como la coordinación entre diferentes actores.

Como señala la profesora Carmen Ferrer Arnedo, a través de la herramienta de la gestión de casos por parte de la enfermera comunitaria se pueden conseguir logros como:

- Mejora del estado de salud de la persona y de la familia, gracias a una mayor calidad de los cuidados y de la gestión de las prestaciones.
- Mejora de la satisfacción del usuario y de la familia.
- Fomento de la globalidad y continuidad de la atención, desburocratizando y unificando los sistemas sociales y sanitarios, lo cual favorece la agilidad del sistema.
- Optimizar y racionalizar el consumo de servicios, tanto sociales como sanitarios.

Las enfermeras comunitarias gestoras de casos tienen entre sus competencias:

- Proporcionar atención individualizada e integral desde un entorno sociosanitario.
- Valorar las capacidades del individuo, la familia y la comunidad:
  - Emitiendo un juicio y coordinando la asistencia multidisciplinaria.
  - Consiguiendo cubrir las necesidades.
  - Mejorando la calidad del servicio.
  - Obteniendo una mayor relación coste-efectividad.
- Ser referentes para la continuidad de cuidados entre atención primaria y atención hospitalaria. Entendiendo esta continuidad de los

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cuidados como un proceso de anticipación a las necesidades que el paciente tendrá después del alta.
- Dirigir los esfuerzos, tanto hacia el paciente como hacia los cuidadores familiares que les atienden.

Trabajan con el objetivo de encontrar un equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema. Con este propósito las enfermeras ayudan al paciente y a la familia a recorrer el sistema de salud con eficacia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario.

La enfermera comunitaria gestora de casos es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos, entendiendo esta como el proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente y la familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados.

La enfermera comunitaria gestora ofrece además un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad; promueve su autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad; garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares; fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes y asegura la continuidad de la atención.

Por lo tanto, centran su práctica profesional en las siguientes bases:
1. Actuación ante grupos de pacientes y familias especialmente vulnerables. Casos complejos.
2. Fundamentación de sus actuaciones en planes de cuidados normalizados y procesos asistenciales integrados.
3. Gestión de los recursos, así como coordinación de los distintos servicios y profesionales, a favor del paciente durante su estancia hospitalaria y su transferencia al alta.

Objetivos

- Garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidado del paciente con complejidad, generalmente domiciliario, y de su cuidador familiar.
- Favorecer la atención domiciliaria o ambulatoria desde los equipos de atención primaria a toda persona incapacitada y/o de riesgo, que cumpla los criterios establecidos en el plan de mejora de la atención domiciliaria.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores familiares.
- Facilitar la prestación de la atención domiciliaria.
- Crear y/o mantener los mecanismos de coordinación del equipo de atención primaria con la red social.
- Conocer y mejorar los mecanismos de coordinación con los profesionales de otros espacios de intervención.
- Gestionar la adquisición de material específico, potenciando circuitos de recogida y reutilización.
- Facilitar la prestación de la atención ambulatoria a pacientes complejos.
- Valorar y coordinar con el equipo de atención primaria para el control y seguimiento de estos pacientes de manera ambulatoria en consultas.
- Facilitar el acceso a la realización de técnicas asistenciales.

Criterios para la identificación de pacientes con complejidad que requieren gestión de casos

Población diana: casos complejos.

Una vía indirecta para identificar pacientes que requieren gestión de casos es la consideración del alto riesgo de ingreso hospitalario no programado o urgente.

Los grupos de pacientes diana, de alto riesgo, susceptible de gestión de casos son:
- Pacientes de edad avanzada: anciano frágil.
- Pacientes con numerosas visitas a urgencias de hospital.
- Pacientes dependientes graves o moderados.
- Situaciones familiares con déficit de sistemas de apoyo al cuidador principal.
- Pacientes con cuidadores que tienen riesgo de deterioro en su rol y peligro de claudicación.
- Pacientes cuidados por familiar de edad avanzada o con limitaciones físicas o psíquicas.
- Pacientes con pluripatología y/o polimedicados.
- Pacientes con patología de alto riesgo de complicación y/o reagudizaciones.
- Pacientes paliativos.
- Pacientes en etapa final de la vida.

Constituyen, por lo tanto, la población diana de gestión de casos, los pacientes de avanzada

edad, dependientes, con pluripatologías, polimedicación y/o necesidad de ayudas técnicas en el hogar, además de factores añadidos de tipo familiar y social, como son falta de sistemas de apoyo, disfunción familiar, déficit en las condiciones adecuadas de la vivienda y escasos recursos económicos.

Son también población diana de la gestión de casos los cuidadores familiares, sobre todo aquellos que requieren intervención inmediata por sobrecarga intensa percibida con riesgo de claudicación en el rol, sobrecarga moderada, y aquellos que presentan riesgo o deterioro en el rol del cuidador.

La captación de pacientes para gestión de casos se produce:

- Al alta del hospital, descubriendo situaciones de intervención inmediata a través del enlace con la enfermera gestora de casos hospitalario y la información del informe médico y de enfermería al alta. Se valora la situación general, previamente a la visita en domicilio, con los datos de la historia y la información obtenida telefónicamente por pacientes y/o familiares.
- Derivación de pacientes para gestión de casos, por los profesionales del equipo de atención primaria. Se trata de pacientes nuevos para captación o pacientes que, por cambios en la situación, requieren de nuevo valoración e intervención, cambios que le afecten, como reagudizaciones, empeoramientos o falta de control de síntomas, o de su entorno (cuidadores), que hacen necesaria una movilización de recursos para retornar a una situación de estabilidad en el cuidado domiciliario, garantizando, en la medida de lo posible, una buena atención.
- Por propia demanda de pacientes y cuidadores.

La incorporación de este nuevo perfil de enfermería, con sus dos variantes: enfermera gestora de casos comunitaria y enfermera gestora de casos hospitalaria contribuye a mejorar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos y de sus cuidadores.

No se trata de figuras aisladas, sino que forman parte de un modelo integrado de atención de casos complejos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Gallud J, Soler P, Cuevas D. New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia. International Journal of Integrated Care. 2012;12:1-6.

González-Llinares RM, Aramburu I, Ruiz de Ocenda MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(4):232-6.

Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. BMJ. 1999;319:1547-90.

Jordá-Solà G. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. JANO. 2005;1.582:55-6.

Martínez Riera JR. Interrelación Cuidados de enfermería más allá de los niveles de atención. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Oportunidades para la atención integral. Enferm Comunitaria. 2005;1(2):37-48.

Nieto García E, Monleón Just M. La enfermera gestora de casos en un modelo de cuidado integrado. JANO. 2009;1737:28-30.

Valentín V, Camps C, Carulla J, Casas A, González Barón M. Organización de los cuidados continuos. Psicooncología. 2004;123:7-24.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 2

Control de la salud infantil

Ana Lucía Noreña Peña

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, los avances en el conocimiento de los problemas de salud, el crecimiento de los recursos sanitarios y la educación para la salud han permitido conseguir importantes adelantos en la atención infantil. La creación de programas que vigilan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños está encaminada a lograr unas condiciones de salud óptimas para esta población. En la edad infantil, la promoción de la salud juega un papel fundamental. Las principales causas de mortalidad y morbilidad en el adulto se relacionan con hábitos que comienzan a desarrollarse en la infancia y adolescencia. Por tanto, las medidas preventivas encaminadas a mejorar la salud desde la niñez tienen una indudable repercusión en la calidad de vida del individuo en etapas posteriores.

En el ámbito de atención primaria, las actividades de promoción de la salud infantil inciden de manera directa en la identificación de factores de riesgo y en la detección precoz de patologías. Estas acciones se realizan a través de intervenciones terapéuticas y educativas cuyo objetivo es la adquisición de hábitos saludables durante las primeras etapas de la vida. El objetivo fundamental de los programas de salud infantil es contribuir a la promoción y vigilancia del estado de salud de los niños para que estos tengan un adecuado crecimiento y desarrollo. Las estrategias sanitarias que se han implementado para atender las necesidades de esta población están encaminadas a valorar los siguientes aspectos: detección de anomalías en el crecimiento, actividad que se realiza a través de un exhaustivo seguimiento en las distintas etapas de la infancia; instauración de programas de vacunación; verificación de los logros, y avances de los menores, en lo correspondiente a su desarrollo cognitivo, psicomotor, en el área del lenguaje y en la esfera socioemocional.

A continuación, se exponen las diferencias conceptuales entre el crecimiento y el desarrollo. Además, explica brevemente los factores que intervienen en ambos procesos, cómo se evalúan estos factores y se dan a conocer algunas de las características principales de las diferentes etapas de la infancia, incluyendo la adolescencia.

CONCEPTOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se entiende que el crecimiento y desarrollo son un conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano, desde su concepción hasta su edad adulta, y también el resultado de la interacción de factores genéticos, aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. De este modo, si las condiciones de vida son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse de forma completa. En caso contrario, en condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se podrá ver limitado.

Existen múltiples factores que determinan la expresión que puede alcanzar un individuo, en cuanto a su crecimiento y desarrollo. La herencia, la vida intrauterina y el mismo acto de nacer, al igual que el entorno, determinan cuáles van a ser las condiciones físicas, cognitivas y psicosociológicas de cada individuo.

Crecimiento

Es el proceso de incremento de la masa en un ser vivo. Es una noción anatómica, cuantitativa, susceptible a ser evaluada numéricamente, que refleja ganancia de peso y talla y ocurre básicamente por medio de dos mecanismos:

- *Hiperplasia:* aumento del número de células, que ocurre a través de la multiplicación celular.
- *Hipertrofia:* aumento del tamaño de las células.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 22-1. Factores que determinan el crecimiento

Factores endógenos	• Genéticos • Neuroendocrinos • Metabólicos
Factores exógenos	• Socioculturales • Económicos • Nutricionales • Psicoemocionales • Proceso salud-enfermedad

Factores que determinan el crecimiento

Los factores que intervienen en el crecimiento orgánico y de los tejidos están íntimamente ligados unos con otros y se pueden clasificar en dos tipos, unos de carácter endógeno y otros de tipo exógeno (tabla 22-1). Dentro de los factores endógenos se encuentran el potencial genético y los factores neuroendocrinos y metabólicos, y en los exógenos están los factores psicoemocionales y el proceso salud-enfermedad, entre otros. Por ejemplo, un factor endógeno es la herencia, la cual determina el potencial de crecimiento y desarrollo del niño, y un factor exógeno sería el ambiente y/o entorno en que vive el niño, este último influye directamente en la máxima expresión del potencial genético.

El correcto funcionamiento de todos estos factores está determinado por la ingesta de nutrientes para su aprovechamiento, además posibilita la consecución de un cuerpo saludable proporcionando al organismo el sustrato de proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, vitaminas, agua y fibra requeridos para la formación y reparación de tejidos.

Factores endógenos

GENÉTICOS. Están relacionados con la herencia. Los genes obtenidos de los progenitores marcan las posibilidades de crecimiento y desarrollo de un individuo. La constitución genética de un individuo tiene algunas formas de manifestación, así podemos ver un determinado aspecto corporal (somatotipo), el cual puede ser delgado o alto (ectomórfico), grueso o bajo (endomórfico) o musculoso (mesomórfico). Es importante conocer que la herencia genética influye en todo el curso de la vida, sin embargo, el grado de expresión del potencial genético que tiene cada ser humano depende directamente del ambiente en que se desarrolle.

NEUROENDOCRINOS. Son las hormonas y las sustancias que ayudan a mantener un balance apropiado en el organismo e intervienen en el crecimiento tisular, como: la insulina, la hormona del crecimiento, la hormona tiroidea, el glucagón y los corticoesteroides.

METABÓLICOS. Incluyen todos los que intervienen en las reacciones químicas de las células. Están influidos por la secreción hormonal, el estímulo del sistema nervioso simpático, el clima, el sueño, la nutrición y el ejercicio.

Factores exógenos

AMBIENTALES. Son todos aquellos elementos que están implícitos en la relación del individuo con otras personas y con el ambiente en el que se desenvuelve. Los componentes bióticos y abióticos del medio conforman el contexto en el que el niño crece. La cultura también está determinada por estos elementos que, a su vez, influyen directamente en las costumbres y en los hábitos que manifestará el individuo. El ambiente en el que el niño se desenvuelve debe cubrir tanto las necesidades físicas básicas (comida, vestido, vivienda, etc.) como psicológicas (juego, cuidado, afecto y emociones). Dichas necesidades varían dependiendo de la etapa de desarrollo y la edad del menor. Por ejemplo, el lactante depende totalmente de sus padres y requiere de unas necesidades nutricionales distintas.

ECONÓMICOS. Están relacionados con la disponibilidad, accesibilidad de alimentos y a los servicios de salud. Estos factores son diferentes en cada región y/o país. Por ejemplo, los países desarrollados muestran una tendencia de crecimiento mayor en peso y talla de su población, en comparación con los países en vía de desarrollo.

NUTRICIONALES. Una adecuada nutrición es un factor determinante para que pueda darse un proceso de crecimiento y desarrollo en condiciones normales. El aporte adecuado de nutrientes en el niño y adolescente es decisivo para conseguir un estado de salud y un desarrollo pondoestatural óptimo. Así, todos los procesos que repercuten en el crecimiento y el aumento de los tejidos guardan relación directamente con la absorción de nutrientes, el aprovechamiento y la utilización de los mismos por el organismo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PSICOEMOCIONALES. La esfera afectiva cumple un papel fundamental desde la concepción e influye tanto en el crecimiento prenatal como en todas las etapas de la vida. Especialmente en la infancia, ayuda en todo el proceso de evolución física y permite construir una bases psicoemocionales sólidas para el individuo. Es importante conocer que dentro de las etapas del ciclo vital, algunas presentan una gran complejidad a nivel emocional; este es el caso de la adolescencia, donde el joven se enfrenta a decisiones de carácter psicológico, social y afectivo. Las características de la adolescencia hacen que este necesite de un núcleo familiar capacitado para responder a sus demandas. De ahí la importancia de que se establezca un vínculo afectivo entre padres e hijos lo suficientemente fuerte para que la familia proporcione las mejores condiciones y cuidados que los niños y adolescentes requieren.

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. El estado de salud y enfermedad del niño tiene repercusiones en su crecimiento. Cuando el niño manifiesta alguna alteración y/o enfermedad puede experimentar consecuencias de forma transitoria y otras de manera permanente. Este tipo de repercusiones dentro del proceso salud-enfermedad hacen que sea importante evaluar periódicamente el estado de salud del menor y conocer cómo se desarrolla su historia personal, familiar y social.

Tipos de crecimiento

En el organismo se pueden observar distintos tipos de crecimiento de acuerdo con los tejidos y con la edad, esto sucede debido a que el crecimiento de los órganos tiene un ritmo propio y no todos crecen al mismo tiempo. El conocer cómo nuestro organismo va paulatinamente ampliando sus capacidades nos permite comprender los mecanismos que operan y llevan a generar una mayor complejidad de funciones orgánicas y estructurales. En la tabla 22-2 se muestra un resumen de cuáles son los principales tipos de crecimientos y sus correspondientes características.

Otros tipos de crecimiento

- *Frecuencia respiratoria:* sufre variaciones a lo largo del tiempo, inicialmente es mayor, para declinar paulatinamente y llegar a las cifras del adulto en la edad escolar (tabla 22-3).
- *Frecuencia cardíaca:* a menor edad es rápida y va disminuyendo con el tiempo (tabla 22-4).
- *Presión arterial:* es más baja en el nacimiento, sufre un ascenso gradual con el aumento de la edad (tabla 22-5).

TABLA 22-2. Tipos de crecimiento

General	Es el crecimiento del organismo como un todo: crece el esqueleto, el hígado, el vaso, los músculos, los riñones, el corazón, los pulmones, etc. Presenta un proceso acelerado de los 2 a los 4 años de edad, después alcanza un período de meseta para, finalmente, incrementar su ritmo en la adolescencia, en esta etapa vuelve a acelerarse la velocidad y el ritmo de crecimiento.
Linfático	Está relacionado con el crecimiento de ganglios linfáticos y amígdalas que alcanzan su máximo tamaño en la edad escolar. Además, abarca el crecimiento del timo, el cual se da aproximadamente hasta la edad de 7 años. Una de las características principales de este tipo de crecimiento es que guarda una relación directa con la producción de inmunoglobulinas y defensas. El crecimiento de los ganglios puede sufrir una hipertrofia casi del 200% hasta los 11 años, esto se evidencia con la presencia común de adenopatías sublinguales, axilares, etc.
Neural	Es el del tejido nervioso. En el período prenatal y los primeros 2 años de vida posnatal presenta un comportamiento muy acelerado, así crecen el cerebro, el cerebelo, el bulbo raquídeo, la medula espinal y el sistema nervioso periférico. Durante las distintas etapas de la infancia, el crecimiento neural se vuelve más complejo y presenta variaciones en la velocidad y el ritmo: • Del nacimiento a los 2 años se da un crecimiento rápido • De los 2 a 3 años el crecimiento se torna más lento • A partir de los 3 años las neuronas se especializan y se presenta una mayor actividad alrededor de las conexiones sinápticas
Genital	Es mínimo en los primeros años de vida, pero a partir de la pubertad sufren un marcado aumento. A través de los mecanismos de crecimiento y desarrollo, los órganos genitales y sus anexos alcanzan las dimensiones del adulto entre los 18 y 20 años.
Mixto	Es la combinación de los tipos de crecimiento anteriores. En él están incluidos el crecimiento de las glándulas suprarrenales, timo, tiroides e hipófisis.

TABLA 22-3. Frecuencia respiratoria según la edad

Edad	Frecuencia respiratoria
Neonatos	35-40
1 mes-1 año	30-35
1-6 años	20-25
6-14 años	18-20

TABLA 22-4. Frecuencia cardíaca según la edad

Edad	Frecuencia cardíaca
Prematuros	130-140
0-1 año	110-120
1-2 años	100-110
2-6 años	90-100
6-12 años	85-90
12-18 años	70-75

TABLA 22-5. Presión arterial según la edad

Edad	Presión arterial	
	Sistólica	Diastólica
0-1 año	80	50
2-6 años	100	65
7-10 años	105	70
11-15 años	115	70

- *Agudeza visual:* la más baja se registra en el momento del nacimiento y solo se alcanza la del adulto al final de la edad preescolar. En los niños menores de 3 años es difícil su medición, esta se realiza por medios electrofisiológicos complejos; de los 3 años en adelante se utiliza la carta de Snellen modificada para su evaluación, la aplicación de la misma consiste en que el niño dice lo que ve a una distancia determinada.
- *Crecimiento de senos paranasales:* los senos paranasales y las mastoides son cavidades localizadas en el interior de los huesos del cráneo y la cara cuya función es la protección neumática de estos huesos y colaborar en las funciones respiratorias. Su crecimiento se traduce en la adquisición de la neumatización. También es referenciado como el crecimiento del cráneo y de la cara.
- *Crecimiento de la dentición:* en el niño, la dentición es de dos clases: la decidua, o de leche, y la permanente. Cada una de las dos clases tiene una modalidad de crecimiento y una cronología de aparición. Los primeros dientes suelen hacer erupción alrededor de los 6 meses y los primeros molares aparecen casi siempre a partir de los 6 años; toda la dentición se completa al terminar la adolescencia o al empezar la adultez joven. Es común que la erupción dentaria sea más temprana en el sexo femenino (fig. 22-1).

Períodos de crecimiento

La infancia representa un período evolutivo de extraordinaria importancia que influye en el resto de la vida del individuo. La vida del ser humano, desde la fecundación hasta la muerte, es en sí misma una evolución, un cambio ininterrumpido en el que cabe diferenciar etapas bien marcadas, estrechamente relacionadas entre sí e interdependientes.

Período de crecimiento prenatal

- *Período embrionario:* desde la fecundación hasta la semana 12 de gestación. Esta etapa se caracteriza por una actividad intensa de multiplicación celular (hiperplasia) con un escaso aumento del tamaño del embrión.
- *Período fetal:* desde las 13 semanas hasta las 40 de gestación. Hay una combinación de los procesos de hiperplasia e hipertrofia. Desde la semana 28 a la 38 de gestación el crecimiento fetal es muy acelerado. A partir de ese momento disminuye el ritmo de crecimiento.

Períodos de crecimiento posnatal

- *Primera infancia:* abarca desde el nacimiento hasta los 3 años. El crecimiento se da de manera acelerada, y es una etapa sensible a las carencias nutricionales, a las infecciones y otras enfermedades.
- *Segunda infancia o intermedia:* comprende desde los 3 años hasta el comienzo de la edad puberal. La velocidad del crecimiento se mantiene constante.
- *Etapa de aceleración o empuje puberal:* es un período de rápidas transformaciones, se caracteriza porque los menores presentan grandes cambios en la constitución somática y en su desarrollo psicosocial. Las niñas alcanzan en promedio su máxima velocidad de crecimiento a los 12 años y los niños a los 14 años.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

	Dentición primaria	Dentición permanente
Dientes superiores		
Incisivo central	8-12 meses	7-8 años
Incisivo lateral	9-13 meses	8-9 años
Canino	16-22 meses	11-12 años
Primer premolar		10-11 años
Segundo premolar		10-12 años
Primer molar	13-19 meses	6-7 años
Segundo molar	25-33 meses	12-13 años
Tercer molar		17-21 años
Dientes inferiores		
Tercer molar		17-21 años
Segundo molar	23-31 meses	11-13 años
Primer molar	14-18 meses	6-7 años
Segundo premolar		11-12 años
Primer premolar		10-12 años
Canino	17-23 meses	9-10 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

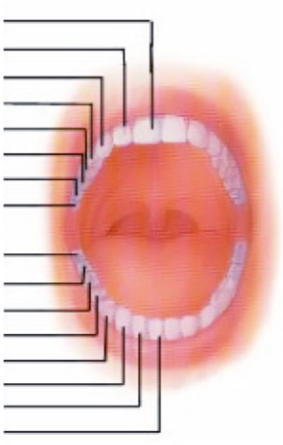


FIGURA 22-1. Dentición infantil.

- *Fase de detención final del crecimiento:* finaliza aproximadamente en la media de la segunda década de la vida. No todos los tejidos detienen su crecimiento en la vida adulta, hay algunos como la piel y la mucosa intestinal que a través de los procesos de desgaste y regeneración conservan su capacidad de crecimiento toda la vida.

Evaluación del crecimiento

Para evaluar cómo se está dando el crecimiento de los menores, se han desarrollado una serie de indicadores que permiten conocer su evolución el tiempo y determinar si el crecimiento se está dando adecuadamente. Es importante tener en cuenta que cada niño crece con su propio ritmo y sus medidas finales serán el resultado de su herencia, nutrición y desarrollo. Se considera que la detención del crecimiento finaliza hacia los 20 años de edad.

La evaluación del crecimiento se hace por medio de indicadores directos e indirectos:

- Indicadores directos: medidas antropométricas, edad ósea, desarrollo dental y genital.
- Indicadores indirectos: información que suministran los padres y adultos responsables de los niños, es decir, su historia personal y familiar.

Evaluación antropométrica

Conforman los indicadores más difundidos para la vigilancia y el control del crecimiento, por la información que proporcionan, la facilidad que se tiene para tomarlos y la posibilidad que hay de registrarlos y continuar su seguimiento. Se refiere a la toma de medidas del cuerpo como lo son el peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico, entre otros. Cada una de las medidas mencionadas es comparada con los valores normales para la edad del niño.

Estas mediciones hacen referencia a:

- *Peso:* masa corporal total.
- *Talla:* representa el crecimiento del esqueleto y sus miembros, es la medida de la longitud del niño en posición de decúbito supino.
- *Perímetro cefálico:* representa de forma indirecta el crecimiento del cerebro.
- *Perímetro branquial:* mide el espesor de los tejidos musculares, óseo y graso del antebrazo (indicador del estado nutricional).

Actualmente la OMS, a través de estudios realizados en población infantil, tiene disponibles curvas de crecimiento (gráficas) y tablas de valores de referencia para las distintas medidas antropométricas —peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial— y en las diferentes etapas de la infancia y adolescencia. Estos

instrumentos sirven para controlar el adecuado crecimiento de los menores y detectar posibles trastornos.

DESARROLLO

Se entiende por desarrollo el avance de la diferenciación de las células y tejidos, lo que significa complejidad creciente de las estructuras orgánicas y funcionales e implica la diferenciación y madurez de las células. El desarrollo, a su vez, se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. Es un proceso complejo que permite que el niño sea capaz de desarrollar nuevas funciones mediante la maduración. Indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización en las esferas: biológica, psicológica, cognoscitiva, ética, sexual, cultural y social (tabla 22-6).

Factores que determinan el desarrollo

El niño es el gestor de su propio desarrollo, aunque recibe influencias de dos tipos: de carácter genético (herencia) y de carácter ambiental. La interacción de estos factores hace que el desarrollo sea óptimo si el niño tiene un cuerpo sano y además un ambiente favorable.

Los elementos que conducen a que el niño se desenvuelva en un ambiente favorable se exponen en el cuadro 22-1.

CUADRO 22-1. Factores ambientales en el desarrollo del niño

- Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.
- Higiene personal.
- Afecto.
- Higiene hogar.
- Estímulos favorables para el crecimiento y desarrollo (sueño, aprendizaje, hábitos saludables, etc.).
- Posibilidad de comunicación con los demás y socialización.
- Juego (tiempo y espacio).

Áreas de evaluación del desarrollo del niño

Cada niño/a gesta su propio desarrollo a través de sus condiciones particulares de vida y la estimulación psicoafectiva que recibe de su núcleo familiar y social. Todo el proceso madurativo del niño es susceptible de evaluación; el examen exhaustivo de los logros alcanzados en la infancia se realiza por medio de diferentes escalas o instrumentos que permiten conocer el comportamiento y avance en las áreas principales del desarrollo: motricidad gruesa, motricidad fina, área personal-social, lenguaje. Este tipo de escalas y/o formas de valoración son empleadas en los programas de atención infantil y en los controles periódicos que se realizan con el fin de vigilar el

TABLA 22-6. Adquisición de destrezas en el área psicomotriz durante el primer año de vida

Edad	Dominio de músculos	Habilidades motoras gruesas	Habilidades motoras finas
1 mes		Levanta la cabeza	Mano como garra
1-3 meses	12 pares oculomotores	Sostén cefálico, posición prona, se apoya sobre sus antebrazos y levanta la cabeza y el pecho	Pinza rudimentaria Se mira las manos que están abiertas, las lleva a la boca
4-6 meses	Cabeza y brazos	Acostado se da la vuelta, se ayuda a sentarse levantando las piernas hacia delante, sentado lleva sus pies a la cabeza	Pinza palmar Desarrollo de la prensión, agarra objetos y los pasa de una mano a otra
7-9 meses	Músculos de tronco y manos	Permanece muy bien sentado, intenta gatear, estira sus brazos para que lo cojan	Se forma entre el pulgar y los demás dedos Ayuda a sostener la taza
10-12 meses	Piernas, pies y dedos	Se pone de pie agarrándose de muebles, barandillas o cuna, puede gatear si lo dejan en el suelo, puede andar cogido de los muebles o cuando se le lleva de las manos	Pinza con el pulgar y el índice Es capaz de beber con una taza o con cuchara aunque derrame su contenido

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

adecuado crecimiento y desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta la adolescencia.

Además de estas escalas, existen distintas teorías que recogen una visión del proceso evolutivo y facilitan una panorámica de cuáles son los aspectos que se deben contemplar a la hora de evaluar cómo el niño se adapta a la sociedad, integra nuevos conocimientos, desarrolla habilidades y destrezas motoras, perfecciona los movimientos finos, adquiere competencias socioemocionales, etc. Todas las teorías plantean distintas etapas evolutivas del ser humano, cada una de ellas susceptible de evaluación por parámetros establecidos, reconocidos y validados. Dentro de las corrientes de pensamiento más destacadas y que han realizado sus aportes en este sentido, encontramos: la escuela psicoanalítica, con su máximo exponente Sigmund Freud, vertiente que evalúa el desarrollo psicoemocional; Jean Piaget, cuyos conceptos permiten entender el desarrollo cognoscitivo del menor; Erik Erikson, a través de sus conceptualizaciones se puede comprender la adaptación psicosocial del hombre, y Lawrence Kohlberg, enfocado en el estudio del desarrollo moral del ser humano.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA INFANCIA

La infancia está definida como el período inicial de la vida, es la primera de las cuatro etapas del ciclo vital, seguida de la adolescencia, y se extiende biológicamente desde el nacimiento hasta la pubertad; sin embargo, aunque biológicamente es la pubertad lo que marca el final de este período, las culturas determinan una demarcación final diferente, según la edad en que se ubique, el acceso a la adolescencia o adultez. Con el fin de conocer brevemente cómo el niño experimenta sus cambios tanto biológicos como psicoafectivos y sociales, es importante conocer las diferentes características de cada una de las etapas por las que atraviesa el ser humano en sus primeros años de vida.

Etapa lactante

Incluye desde el nacimiento a los primeros 2 años de vida. En esta etapa, el crecimiento es menor que en la vida intrauterina pero mayor que en las etapas preescolar y escolar. El niño, a su vez, presenta una gran maduración en todos los campos. Es una etapa crucial debido a los grandes cambios visibles del niño en el aumento de peso y talla como en los hitos que alcanza en su desarrollo. Debido a la importancia que tienen las habilidades psicomotrices que el niño comienza a mostrar y a afianzar, en la tabla 22-6 se relacionan la adquisición de destrezas, su evolución y el dominio que debe alcanzar durante el primer año de vida.

Etapa preescolar

El crecimiento en esta etapa (2-6 años) de la edad preescolar se da en forma *desacelerada* hasta los *4 años* cuando empieza un crecimiento regular. El crecimiento de la columna influye en el aumento de la talla, teniendo un promedio aproximado de *5-6 cm/año,* y contribuye a que aproximadamente a los 4 años de edad *desaparezca la lordosis* (curvatura hacia delante de la columna vertebral) de la región lumbar y además del abdomen de batracio (prominencia abdominal), características que tiene el niño desde que nace hasta esta edad, en la que comienza a tener mayor esbeltez y mejor figura. En esta etapa ocurren avances en el desarrollo, consecuencia del crecimiento de los huesos y de los músculos que van adoptando proporciones de adulto; los huesos se endurecen y favorecen la protección de los órganos, los músculos desarrollan mayor elasticidad y firmeza. El tronco y las extremidades se alargan y el arco plantar se hace más visible. El sistema nervioso adquiere mayor madurez posibilitando ampliar habilidades y posibilidades de interactuar con el mundo por sí solo. Se estimula la capacidad respiratoria, circulatoria y física por el juego que el niño realiza y el vigor que utiliza para explorar el mundo, utilizando a la vez su cuerpo: correr, saltar, brincar. El sistema inmunológico mejora su potencial para defender al organismo de agresores ambientales, lo que permite al niño crecer con condiciones corporales adecuadas. El desarrollo en esta etapa se caracteriza por el mayor dominio del cuerpo mediante el logro del control de esfínteres (25 y 30 meses) y por la adquisición de ciertas habilidades motrices. El niño avanza en la construcción de su creatividad a través de la consolidación de la autonomía y el desarrollo de la comunicación verbal, se pasa de ser un niño egoísta a tener una forma práctica de actuar; ahora es capaz de tener una gran iniciativa para planear sus juegos y hacer las cosas.

Etapa escolar

El escolar es el niño desde los 6 años de vida hasta llegar a los 10-11 años de edad. En esta etapa comienza el segundo brote de crecimiento y se presenta el máximo crecimiento del tejido linfoide. Durante la edad escolar, la distribución de la grasa se hace de manera uniforme en todo el cuerpo, y es habitual que sobre los 9 años de edad aparezca un poco de acumulación de grasa en el abdomen cuyo fin es servir de ayuda al estirón puberal. El niño presenta una vigorosa actividad física, concentrando sus actividades en tareas concretas, juegos de grupo con reglas que es capaz de acatar y cumplir. En la etapa escolar se amplía el proceso de socialización, a través de sus relaciones con los compañeros de la escuela, maestros, padres y entorno. El pensamiento del niño llega a ser concreto, y aumenta su curiosidad intelectual. Durante esta etapa el niño construye el principio de realidad desarrollando el sentido del deber y la responsabilidad.

Etapa adolescente

La adolescencia es el período de crecimiento y desarrollo comprendido entre la niñez y la adultez y, por lo general, se la considera una etapa de transición. Dura aproximadamente una década, desde los 10-12 años hasta finales de los 19-20 años; aunque el punto de iniciación o de finalización no están definidos claramente. En esta época del ciclo vital es posible identificar momentos distintos, con diferentes estadios de crecimiento físico, como también de necesidades e intereses a nivel emocional, social y cultural. Durante esta etapa se presentan numerosos y notables cambios biológicos; la adolescencia se asemeja, desde el punto de vista fisiológico, a la etapa fetal y a los primeros 2 años de vida, por el ritmo acelerado de crecimiento que presenta. Se pueden observar modificaciones en la composición corporal, en los sistemas circulatorio y respiratorio, así como en los caracteres sexuales. Precisamente, es el desarrollo de los rasgos sexuales lo que permite determinar, de algún modo, los límites cronológicos a esta etapa. La adolescencia ofrece oportunidades para el crecimiento, no solo en la dimensión física, sino también en distintas esferas del ser humano como son: la competencia cognoscitiva y social, la autoestima y la identidad. Se podría decir que esta etapa es decisiva para definir los rasgos de personalidad y para consolidar las características intelectuales, psicológicas y emocionales del individuo.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aguilar MJ. Tratado de enfermería infantil. Barcelona: Elsevier; 2003.

Ball J, Blinder R. Enfermería pediátrica. Asistencia infantil. Madrid: Pearson; 2011.

Caballero C, González-Meneses A. Tratado de pediatría social. 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000.

Calvo MT, Hidalgo MI, Pollán C. Pediatría extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para atención primaria. Madrid: Ergón; 2008.

Díaz Gómez NM, Gómez CI, Ruiz MJ. Tratado de enfermería de la infancia y adolescencia. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

Freire W. Los nuevos estándares de crecimiento de la OMS. Rev Ecuat Pediat. 2007;8(1):32-41.

González P. Enfermería de la infancia y adolescencia. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.

Posada A, Gómez JF, Ramírez H. El niño sano. 3.ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2005.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 3

Cuidador familiar

Cristina Francisco del Rey y Francisca Casas Martínez

CONCEPTO

En la literatura médica especializada encontramos diferentes nombres para conceptualizar el significado que damos en este capítulo al término **cuidador familiar.** Un repaso a la bibliografía nos ofrece concreciones respecto a la persona que se ocupa del cuidado de otra que no puede autocuidarse, con adjetivaciones como principal, doméstica, artesanal, informal, crucial, no profesional, etc.; incluso encontramos con frecuencia que estos nombres aparecen en masculino, en textos y estudios en los que se pone de manifiesto que la actividad adscrita al cuidador familiar es llevada a cabo, de manera mayoritaria, por mujeres, por lo que a lo largo de todo el capítulo utilizamos, sobre todo, el término de **cuidadora familiar.**[1]

Pilar Isla (2000) hace referencia en su trabajo a los conceptos de *cuidador familiar y de cuidado doméstico* y, sin embargo, a la hora de conceptualizar el significado, lo hace al término de **cuidado informal,** que describe como: «Aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen». Con el mismo nombre lo describen en su trabajo García-Calvente et al. (2004) como: «Relaciones afectivas y de parentesco y pertenecientes al terreno de lo privado; se trata de «asuntos de familia» en los que el resto de la sociedad no está implicada. Se desarrolla en el ámbito de lo doméstico y, como tal, queda oculto a la arena pública. Es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género».

En este capítulo se toma como referencia a Barrera et al. (2006), que utilizan el término *cuidadores familiares* y lo describen como: «Las personas adultas, con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante y participan con él en la toma de decisiones. Los cuidadores realizan o supervisan las actividades de la vida diaria y buscan compensar las disfunciones que existen en el receptor del cuidado».

El contenido de este capítulo se desarrolla a partir del concepto de cuidadora familiar, para posteriormente analizar la importancia que adquiere para la enfermería y reflexionar sobre las repercusiones que los cuidados familiares tienen para quienes los reciben y los proporcionan, para concluir con un análisis sobre las necesidades y los problemas de las cuidadoras, como objeto de interés de las enfermeras, con necesidades de apoyo para el desempeño de sus acciones de cuidados y, en otros casos, como posibles clientes de la enfermería por la repercusiones que la dedicación a otra persona tiene sobre su salud.

CUIDADOS FAMILIARES

Aunque no es del todo acertado hablar de sistema informal de cuidados, o sistema familiar de cuidados, por no ser una red estructurada que responda a una organización, sí que se pueden incluir en este concepto las actividades de cuidados que se llevan a cabo en el ámbito familiar, y que representan hasta más del 80% del total de los cuidados que se ofrecen, muy por encima de los que se abordan en el «sistema formal» (Durán, 1991 y 2001).

Los cuidados familiares se enmarcan en una relación de afecto y reciprocidad que, según Domínguez Alcón (1999), se pueden explicar como un sistema caracterizado por no estar

[1]A lo largo de todo el capítulo se utiliza el término cuidadora familiar en femenino porque todos los estudios que se realizan sobre este tema, y que consideran la variable sexo, coinciden en que son las mujeres quienes se ocupan del cuidado de otras personas cuando estas no pueden hacerlo por sí mismas.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

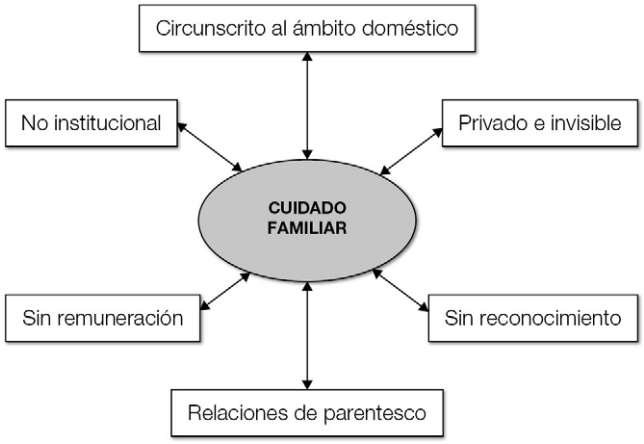


FIGURA 23-1. Características de los cuidados familiares.

institucionalizado, no ser retribuido[2], prestarse en el ámbito doméstico, las acciones que se llevan a cabo permanecen sin reconocimiento, se basa en relaciones de parentesco y queda circunscrito al ámbito de lo privado e invisible (figura 23-1).

Son múltiples las razones que justifican que cada vez se dé más importancia a «cuidar en familia», entre las causas cabe destacar:

- El progresivo y significativo aumento de personas con problemas de dependencia, por diferentes causas como la edad avanzada, la cronicidad, el aumento de la supervivencia con discapacidades, etc., que precisan de una atención completa y continuada y que generalmente reciben una asistencia muy limitada por parte del sistema formal. En el *Libro Blanco* editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), se estima que de las personas que requieren cuidados de larga duración, tan solo el 6,5% los recibe de los servicios sociales. Las nuevas fórmulas de atención a los procesos de enfermedad, como la hospitalización domiciliaria, las intervenciones quirúrgicas ambulatorias, la atención domiciliaria, etc., que tienen gran interés por optimizar los recursos sanitarios, hacen que personas atendidas con estos modos necesiten del apoyo de sus allegados en el domicilio.
- La idea de que la familia es una fuente de bienestar y de calidad de vida para las personas dependientes. La vida en la familia y las relaciones de afecto proporcionan seguridad, tanto en los aspectos físicos como psicoafectivos, estado que va a repercutir positivamente en la percepción y en las conductas de salud, desde lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta recuperar la salud o adaptarse a los cambios o limitaciones que impone la enfermedad (Bazo, 1990). Al mismo tiempo, las relaciones de reciprocidad producen bienestar y satisfacción moral y social entre quienes ofrecen cuidados a otros; este hecho se pone de manifiesto en estudios del IMSERSO.
- También durante los procesos de hospitalización se cuenta con la familia para que permanezcan cerca de sus allegados mientras permanecen ingresados, y se ocupen de llevar a cabo los cuidados básicos que precisan. Según Quero (2007), esta realidad, que la autora describe como «los cuidadores familiares en el hospital», es propia de nuestra cultura y se aleja de las costumbres de países de nuestro entorno, en los países europeos vecinos «la familia no participa ni está presente de manera relevante durante el proceso de hospitalización».

El propio Ministerio de Sanidad reconoce la importancia de los cuidados fuera del sistema formal; en el documento sobre el «Modelo de atención sociosanitaria» de 2001 se recoge la

[2]Esta característica habrá de revisarse a la luz de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias (noviembre, 2006) y su progresiva aplicación.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

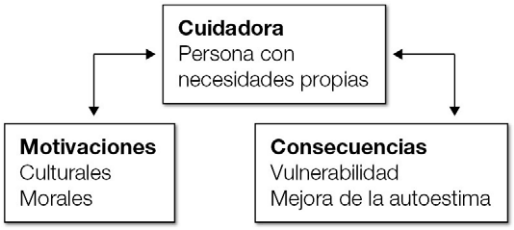


FIGURA 23-2. Mirada a la cuidadora familiar.

tipología de enfermos que reciben atención en sus domicilios, en la que se identifica a enfermos geriátricos, personas con enfermedades mentales crónicas y grandes minusvalías, enfermos terminales y personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional.

Además de la importancia que los cuidados familiares tienen desde la perspectiva sociosanitaria analizada, es de resaltar su valor desde una perspectiva individual relacionada con el propio significado de las necesidades de cuidados y modos de satisfacción, como construcciones culturales y expresiones relacionadas con la autonomía y dignidad de la persona. Por lo que, generalmente, cuando una persona necesita ayuda en sus autocuidados encuentra en el ámbito familiar la manera más natural de recibir el apoyo necesario. Entre la persona cuidada y la cuidadora se establece una relación en la que el afecto está presente, al tiempo que se incorporan los valores culturales compartidos como conductas cuidadoras.

Como se observa en la figura 23-2, existe un sentimiento de obligación moral con las personas dependientes, sentimiento que tradicionalmente se ha relacionado con la mujer por el mandato de género asignado y que ha supuesto que históricamente sean estas las que en el hogar vengan ocupándose de los familiares que padecen algún tipo de dificultad para desenvolverse en su cotidianidad. Esta idea, hasta no hace mucho tiempo, tomaba más valor con la mujer sin responsabilidades familiares a la que se consideraba disponible para dedicar su tiempo y energía a cualquier miembro de la familia que necesitase ayuda en sus cuidados, considerando normal la dedicación a los demás y que además lo hiciese con una actitud de complacencia. Por el contrario, la no dedicación era considerada una conducta reprobable (tabla 23-1).

Actualmente, el cuidado de otra persona sigue siendo una realidad de las mujeres, como se pone en evidencia en diferentes estudios. Martínez (2005) identifica que el 86,6% de las personas dedicadas al cuidado de otras son mujeres. El Consejo Económico y Social Español calcula esta cantidad alrededor del 85%, mientras que García et al. (2004) cifran la dedicación de las mujeres en un 92%. Aunque algunas autoras vienen planteando un previsible cambio en esta realidad. Duran (2000) argumenta que es previsible una crisis en la dedicación de las mujeres al cuidado familiar, debido a los cambios que se vienen produciendo en los sistemas sociales y domésticos, especialmente con la incorporación de la mujer al trabajo remunerado fuera del hogar, que plantea nuevas maneras de vida en familia, con la consecuencia de que cada vez es más difícil encontrar la existencia de una mujer, madre, hermana, hija, etc., con una plena disposición a la familia para que se ocupe de las personas dependientes.

De lo que no cabe ninguna duda es que el cuidado familiar no puede quedarse en una responsabilidad individual o familiar de quienes

TABLA 23-1. Razones por las que se lleva a cabo el cuidado familiar

Motivos	Porcentaje
Por obligación moral	90,6
Es algo que me genera gran satisfacción	79,7
Es algo que me dignifica como persona	78,8
La persona a la que cuido está muy agradecida y eso me gratifica y me recompensa	78,5
Mi círculo de relaciones sociales valora mucho los cuidados que presto a esta persona	58,5
No me queda otro remedio	50,7
Encuentro apoyo en mis convicciones religiosas	44
Económicamente no me puedo plantear otra solución	46,6
Hay mucha gente de mi entorno que considera que no debería hacer ese sacrificio	21

Fuente: *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. El entorno familiar. IMSERSO; 2005.

tienen a su cargo personas con problemas de dependencia, sino que hay que comenzar a mirar esta realidad como un problema social que requiere de las medidas sociales y de los recursos necesarios para abordarlo responsablemente. Aquí las enfermeras tienen un papel fundamental por ser los cuidados humanos el ámbito de su dominio disciplinar y de responsabilidad profesional.

IMPORTANCIA DE LA CUIDADORA FAMILIAR PARA LA ENFERMERÍA

El sistema familiar de cuidados y su relación con el sistema formal está siendo objeto de estudio. Se han descrito diferentes modelos explicativos que van desde planteamientos que consideran a ambos modelos como sistemas completamente independientes a aquellos que destacan su interrelación. Chapeell et al. (1991) describen el modelo de complementariedad, en el que contempla los dos sistemas y las tareas que se abordan en cada uno de ellos como independientes. Pennig (1990) desarrolla lo que denomina modelo de sustitución, en el que contempla una relación entre ambos sistemas en los que las actividades se complementan en función de la capacidad de cada uno de ellos. Una tercera propuesta es el modelo holístico, que reconoce la importancia de un sistema informal compuesto por una amplia red social, en la que incluye, además de la familia, a grupos de ayuda mutua, voluntariado, asociaciones, etc. En este sentido, la American Nurses Association (ANA) (1995) reconoce su importancia y propone una serie de estrategias para que desde la enfermería se propicie la inclusión y participación de las cuidadoras en redes sociales. Sobre los posicionamientos de esta asociación se profundiza más adelante.

Desde la perspectiva enfermera es importante reconocer la importancia del papel de la cuidadora familiar en relación con el proceso natural de los cuidados (autocuidados-cuidados de apoyo por cercanos-cuidados enfermeros) con el fin de analizar su significado e intervenir de acuerdo al cómo y al dónde se produce la necesidad de apoyo a la cuidadora o asumir profesionalmente los cuidados que requiere la persona dependiente.

MODELOS DE RELACIÓN ENTRE CUIDADORA Y SISTEMA FORMAL

Twigg y Atkin (1994) ofrecen un modelo explicativo sobre el papel que desempeña la cuidadora familiar que resulta de utilidad para analizar la relación que se produce entre esta y los servicios sanitarios y sociales, que bien nos puede servir para analizar la relación cuidadora familiar-enfermera. De los modelos que tratan de explicar la relación entre cuidadora y servicio se distinguen los del **cuidador como recurso, el cuidador como cotrabajador, el cuidador como cliente y el cuidador como elemento de producción de bienestar** (tabla 23-2).

El modelo de la **cuidadora como recurso** centra la atención en la persona que requiere los cuidados, la cuidadora solamente es considerada en función de la ayuda que presta a la persona dependiente. Desde esta perspectiva, cobra significado la mirada que se proyecta desde la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2009) con la propuesta de las etiquetas diagnósticas de *cansancio del rol del cuidador,* como dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia, y la de *riesgo de cansancio del rol del cuidador,* es decir, el cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia. En este mismo planteamiento está la propuesta de interrelaciones, de diagnósticos de NANDA, clasificación de resultados de enfermería (NOC) y clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Johnson et al. (2007) proponen resultados como

TABLA 23-2. Modelos de relación entre la cuidadora y los servicios sanitarios. Adaptación de la propuesta de Twigg a la relación entre la cuidadora familiar y la enfermería

Cuidadora	Consideración
Recurso	Invisibilidad. Es considerada en función de la persona cuidada
Cotrabajador	Relación simétrica con la enfermera. Cuidados compartidos
Cliente	Valor en sí mismo. Persona con posibles necesidades de cuidados
Promotora de bienestar	Importancia para el sistema formal. Prevalencia de criterios económicos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

por ejemplo: *alteración para desempeñar el papel de cuidador de la familia, bienestar del cuidador familiar*, *ejecución del rol,* etc., y sus respectivas intervenciones: *apoyo al cuidador principal, aumento del afrontamiento y los cuidados intermitentes, apoyo al cuidador principal y potenciación de roles.* En esta propuesta se pone de manifiesto la importancia de la cuidadora como recurso, que interesa en la medida en que puede garantizar el cuidado de quien requiere de la ayuda, quedando exenta de consideración en sí misma.

La consideración de **la cuidadora como cotrabajadora** concede a esta un significado activo y la sitúa en una relación simétrica con la enfermera, una y otra llevan a cabo los cuidados que requiere la persona con el objetivo de conseguir la mejor atención posible. Esta mirada supone, desde nuestro punto de vista, un avance significativo en relación con el modelo de la cuidadora como recurso. Desde esta perspectiva, los objetivos y las actividades de cuidados serán consensuados y compartidos entre quien requiere de la ayuda en sus cuidados, la cuidadora familiar y la enfermera, para lo que es necesario contar con el deseo de esta para ayudar a la persona que la necesita. El papel de la enfermera es fundamental en el seguimiento periódico y oportuno de la evolución de la persona que requiere ayuda y, también, muy especialmente de la disposición que la cuidadora mantiene.

En cuanto a la visión de **la cuidadora como cliente,** se explica desde la necesidad de considerarla como objeto de interés de la enfermera como cliente en sí misma, por los problemas que puede llegar a padecer como consecuencia de su dedicación al otro. Desde esta perspectiva, la cuidadora familiar pasa a ser para la enfermera una persona necesitada de ayuda y objeto de interés de sus cuidados como cliente independiente del cliente primario, que será considerado en este punto como un factor etiológico que influye en los cuidados de salud de la cuidadora y en sus respuestas. En el *Libro Blanco* sobre la atención a personas en situación de dependencia en España (2004), se describe una serie de situaciones que son interpretadas como indicativas de una percepción negativa de su salud por parte de las cuidadoras. El 32% de las cuidadoras familiares han tenido que tomar o toman pastillas, el 25% no siguen tratamiento aunque creen que lo necesitan, un 20% han tenido que ir o van a rehabilitación, el 11% han tenido que ir o van a la consulta del psiquiatra o del psicólogo y un 10% declaran que no tiene tiempo de ir al médico.

Como venimos viendo, pueden darse situaciones en las que el sujeto principal de los cuidados profesionales sea la cuidadora familiar y en las que conseguir que esta se encuentre en buenas condiciones de salud sea la única forma de que la persona que necesita ayuda la reciba con la debida calidad. En este planteamiento cobra significado lo que la NANDA (2009) desarrolla como factores relacionados con los diagnósticos a los que nos referíamos anteriormente. En el apartado de estado de salud de la cuidadora se incluyen como etiologías: problemas físicos, psicológicos o cognitivos, adicción o dependencia, patrones de afrontamiento marginales, expectativas irreales sobre sí misma e incapacidad para satisfacer las experiencias propias o ajenas. Situaciones que, desde nuestro punto de vista, representan los auténticos problemas de la cuidadora que requieren atención enfermera.

La visión de **la cuidadora como elemento de producción de bienestar** contempla a esta desde una perspectiva en la que priman los aspectos económicos. Ya se ha apuntado anteriormente la importancia del sistema familiar de cuidados para la planificación del sistema formal, ya que difícilmente podría asumir este las atenciones y costes que actualmente se ofrecen desde el sistema familiar. Según diferentes trabajos, las cuidadoras emplean una media de entre 5 (Durán, 2001) y 9,94 h diarias (Martínez, 2005). Los diversos estudios ponen de manifiesto que una gran parte de las cuidadoras destinan a esta actividad un tiempo similar al de un trabajo retribuido. En la EDDES, referida anteriormente, la frecuencia significativamente más alta es la referida a una dedicación al cuidado de la persona dependiente por encima de 40 h semanales. Los resultados en cifras globales son igualmente significativos. Durán (2001) cuantifica en 9.075 millones de horas la dedicación anual al cuidado de personas ancianas y enfermas, en una proporción muy similar, lo que según la autora equivale a 5,2 millones en empleos. De este tiempo, más del 80% lo dedican las mujeres.

Aunque una mirada enfermera también nos lleva a considerar la importante aportación que la cuidadora familiar hace al bienestar de quien es cuidado por esta. Los cuidados de allegados, como actividad derivada de la falta de capacidad de la otra persona para sus autocuidados, se llevan a

cabo con acciones que pueden ser como para uno misma o como los haría la persona dependiente por ella misma si pudiese. Los cuidados familiares, por tanto, responden a los valores y la cultura de referencia de quienes los reciben y ofrecen, lo que produce una mayor percepción de bienestar.[3]

REPERCUSIONES DE LOS CUIDADOS FAMILIARES PARA QUIENES LOS RECIBEN Y PROPORCIONAN

Entre las repercusiones positivas que se atribuyen a los cuidados familiares se puede destacar:

- El impacto positivo en las respuestas humanas cotidianas, tanto en lo relacionado con la salud como con la enfermedad.
- Sitúan a la persona cuidada en condiciones que la permiten responder óptimamente a las difíciles situaciones que conlleva la pérdida de la salud. En múltiples estudios se pone de manifiesto el efecto positivo que tienen la familia y las redes sociales en las personas que cuentan con estos apoyos (Bazo, 1990; Donati, 1994; Nieto, 2004).
- Producen un alto nivel de satisfacción en quienes los reciben, ya que se ofrecen con un buen grado de aproximación a sus hábitos y costumbres y dentro de un ambiente de naturalidad e intimidad.
- Complementan al sistema formal de salud, tanto en estructuras como en recursos, para ofrecer la totalidad de los cuidados que precisan las personas socialmente dependientes.

Como se ha tratado de poner de manifiesto, es la consideración de la cuidadora como cotrabajadora la que nos parece más pertinente para garantizar una atención de calidad a quienes requieren de ayuda; al tiempo que considerar a la cuidadora familiar como cliente secundario nos parece simplemente una responsabilidad profesional. Así que nos referiremos en este apartado a las repercusiones que el cuidado de otro tiene en quienes lo llevan a cabo, los problemas más comunes que plantean y las posibles respuestas por parte de la enfermería.

Las cuidadoras familiares, además de ser mayoritariamente mujeres, desempeñan sus tareas en solitario, no cuentan ni con el apoyo de otras personas del ámbito familiar, ni de instituciones. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) el 83,5% de las cuidadoras no recibe ninguna ayuda, tan solo el 7% tiene ayuda de empleada de hogar y un 8% recibe ayuda de diferentes organismos repartidos en porcentajes prácticamente insignificantes (ayuntamientos, asociaciones, ONG, comunidades autónomas, empresas privadas, centros de día residencias y diputaciones). En este estudio no se especifica si se recibe algún tipo de ayuda por parte del sistema de salud formal.

Los problemas con los que se encuentra la cuidadora familiar, derivados de las situaciones a las que hace frente, presentan una gran variedad de manifestaciones. La situación de la persona dependiente exige a la cuidadora dedicación, conocimientos, capacidades y habilidades muy diversas, lo que frecuentemente repercute negativamente sobre su salud y su calidad de vida, como se pone de manifiesto en múltiples trabajos, como se apuntaba anteriormente. Según García et al. (2004), en un estudio realizado en Andalucía, el 68% de las cuidadoras perciben que el cuidado al otro afecta de forma importante a áreas de su vida como la salud, el trabajo extradoméstico, la economía, el uso del tiempo o las relaciones sociales y familiares.

Pérez et al. (1996) describen el síndrome de la cuidadora como un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona produciéndole una importante frustración e incluso hasta conflictos religiosos, lo que se ha dado en llamar *crisis del cuidador*. Estos autores describen la clínica de este síndrome con sus respectivos síntomas, diferenciando: alteraciones médicas, en las áreas física, psíquica o psicosomática; alteraciones sociales; problemas laborales; alteraciones familiares, y problemas económicos y legales. Frecuentemente estos problemas e inconvenientes que vive la cuidadora familiar son interiorizados e invisibilizados por las razones de carácter moral que en las que fundamentan su dedicación a la otra persona.

Como se viene poniendo de manifiesto a lo largo de todo el capítulo, las cuidadoras familiares se ocupan del cuidado de las personas allegadas que se encuentran en situaciones de dependencia, y lo hacen en aspectos que tienen que ver con sus necesidades básicas relacionadas

[3]Es habitual escuchar de las cuidadoras expresiones como «lo hago así, porque es así como le gusta».

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

con las actividades de supervivencia y de la vida diaria. Cuando se destacan las áreas relacionadas con los cuidados, sobresale de manera especial lo relacionado con la higiene, como el aseo íntimo (bañarle, ducharle); la eliminación, como el cambio de empapadores y acompañar al servicio; en relación con la actividad y el descanso, la cuidadora familiar se ocupa de movilizar y ayudar a andar, levantar y acostar a la persona dependiente, y respecto a la alimentación de ayudarle o darle de comer. Dentro del área relacionada con el seguimiento y tratamiento de la enfermedad, la cuidadora familiar se encarga del control de la medicación y de hacer gestiones y acompañar al médico. Finalmente, también asume la realización de las tareas domésticas.

El sistema sanitario, y de forma particular las enfermeras por representar los cuidados su dominio profesional y por la relación de proximidad que establece con las cuidadoras, tienen que considerar a las cuidadoras como parte de sus recursos, valorar sus aportaciones, recoger sus necesidades y diseñar acciones en su planificación para que las acciones de las cuidadoras se realicen con satisfacción para quienes las reciben, las ofrecen y el sistema formal.

Desde la perspectiva enfermera, cuando los cuidados de salud se asumen por la cuidadora familiar, bien porque sean los propios afectados quienes eligen resolverlo en su medio, o bien porque el sistema formal no disponga de los recursos para solucionarlo, o sean consecuencia de las políticas sociosanitarias, las enfermeras tenemos la responsabilidad de establecer las relaciones necesarias entre el sistema formal y el informal para que la ayuda que reciben las personas sea de calidad y el hecho de ofrecerla no suponga un problema para quien la lleva a cabo.

La ANA, en su declaración de posición sobre los cuidados informales, considera lo que en este capítulo venimos describiendo como cuidado familiar como una parte importante de la atención de la salud, que pasa por el reconocimiento social del rol de la cuidadora. Al tiempo que insta a las enfermeras al estudio de mecanismos para ofrecer apoyo a las cuidadoras, desde la amplia consideración de la que debe ser objeto. Por una parte, como recurso imprescindible para el sistema de salud, por asumir los cuidados de salud de la persona dependiente y, por otra parte, como posible clienta de los servicios de salud, en general, y de enfermería en particular. Esta asociación también viene desarrollando iniciativas que propicien decisiones políticas encaminadas a paliar los costes emocionales y económicos, así como redes comunitarias y de financiación que provean de servicios de apoyo a las cuidadoras encaminadas a facilitar su papel, hacerlo más llevadero y, como objetivo más ambicioso, para que el papel de cuidadora contribuya a su crecimiento personal.

Entre las medidas que se proponen desde distintos ámbitos, destacan las de la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo de las cuidadoras familiares. De estas recomendaciones, las hay de carácter general que requieren de acciones políticas, como son:

- Promover, crear y estimular servicios que faciliten el descanso a las cuidadoras, tales como estancias diurnas o temporales en centros para los enfermos a su cargo y programas de vacaciones o de acogimiento familiar temporal para las personas dependientes.
- Prestaciones económicas directas e indirectas, como pago por el cuidado, compensaciones por reducción o abandono de la actividad laboral, financiación de ayudas técnicas, deducciones fiscales, cobertura de las cotizaciones a la seguridad social durante el tiempo dedicado al cuidado o ayudas para la adaptación de viviendas.[4]
- Medidas laborales a favor de las personas cuidadoras, como pueden ser la flexibilidad y facilidad en los permisos y horarios,[5] posibilitar excedencias con reserva del puesto de trabajo o jubilaciones anticipadas.

Estas propuestas de la ANA son acordes con las necesidades expresadas por las cuidadoras familiares. Según el *Libro Blanco,* las preferencias de apoyo del 64% de las cuidadoras están en la atención domiciliaria, los centros de día y los servicios de apoyo, mientras que tan solo el 34% priorizan la ayuda económica.

[4]Aunque no se contemplan de manera específica, con la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias (noviembre, 2006) se pueden cubrir estas propuestas.

[5]Generalmente, cuando una persona ejerce una actividad retribuida, esta dedicación es considerada para facilitar la realización de otras, pero no sucede lo mismo cuando se tiene una carga familiar que normalmente ni se considera.

Otras de las medidas propuestas en las que las enfermeras están siendo impulsoras actualmente son:

- El fomento y la creación de asociaciones de cuidadoras.
- La información y formación a las cuidadoras, que les proporcionan la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades, el apoyo en situaciones de crisis en la evolución de la persona cuidada y terapias de apoyo psicológico y emocional.
- Promover el desarrollo de la investigación social sobre las necesidades de las cuidadoras familiares.
- Desarrollo del voluntariado social, desde los servicios sanitarios y sociales, para que se implique en el apoyo a las personas dependientes y a sus cuidadoras.
- Elaboración de guías de apoyo familiar. Esta medida es especialmente significativa para las enfermeras ya que, como se apuntaba anteriormente, son las acciones relacionadas con los cuidados de salud de la vida diaria las más demandadas por las personas dependientes y, en consecuencia, las que mayor dedicación requieren de la cuidadora familiar (tabla 23-3).

Medidas dirigidas a la cuidadora familiar

Todo lo relacionado con los cuidados familiares es de interés para la enfermería. En relación con la cuidadora familiar es fundamental valorar y respetar su decisión para cuidar o no de las personas de su entorno que se encuentran en situación de dependencia. Cuando una persona decide dedicarse al cuidado de otra, el papel de la enfermera es de apoyo y recurso de la cuidadora, lo que implica llevar a cabo todas las acciones de cuidados que la cuidadora no puede realizar. Si la cuidadora cuenta con capacidades y recursos para hacer frente a las necesidades de cuidados de la persona que tiene a su cargo, la enfermera mantendrá un papel de garante para que estos se lleven a cabo adecuadamente, evaluando periódicamente la evolución de la persona y la disponibilidad de la cuidadora.

Pero el valor de la cuidadora familiar en sí misma requiere de una mirada que facilite contemplarla como una persona que tiene sus propias necesidades, que deberán ser tenidas en cuenta por el sistema y por las cuidadoras formales (las enfermeras), para proporcionarles el asesoramiento y el apoyo necesarios. Además, hay que tener muy presente los motivos que llevan a una persona a ocuparse del cuidado de otra, como se ha apuntado anteriormente, está la actitud de entrega y desprendimiento de uno mismo por la construcción cultural y moral de su papel, que hace necesario asegurarse de que se asume libremente el papel de cuidadora. Obligar a una persona a cuidar de otra cuando no cuenta con los conocimientos, la motivación o las habilidades para hacerlo es una irresponsabilidad por parte del sistema formal, ya que difícilmente se van a proporcionar unos cuidados de calidad. También es oportuno valorar la vulnerabilidad de la cuidadora familiar, ya que la dedicación a otra persona puede repercutir negativamente en su salud y bienestar, si bien también puede hacerlo positivamente. Es imprescindible ayudar a la cuidadora a conjugar las necesidades del otro con las propias y reforzar estas (v. fig. 23-2).

En diferentes estudios se pone de manifiesto la repercusión negativa que la dedicación a otra persona tiene sobre la cuidadora familiar. García et al. (1999) identifican que también ellas padecen problemas crónicos físicos (62,9%), más de la mitad (57,4%) han tenido que tomar algún medicamento en las 2 últimas semanas y la percepción que tienen sobre su salud es de regular, mala o muy mala para el 35%. En el *Libro Blanco* se sostiene que la mitad de las cuidadoras (51%) expresan que lo hacen porque no les queda otro remedio y la mayoría (88,5%) afirman que las personas a las que atienden deberían contar con

TABLA 23-3. Medidas para mejorar las condiciones de vida de las cuidadoras familiares

Generales	Relacionadas con la enfermería
Promover, crear y estimular servicios que faciliten el descanso	Fomentar la creación de asociaciones
	Información y formación
Prestaciones económicas	Promover el desarrollo de la investigación
	Desarrollo del voluntariado social
Medidas laborales de conciliación de la vida laboral y el papel de la cuidadora	Elaboración de guías de apoyo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

acceso a servicios públicos de atención en el domicilio y a centros de día. Estos datos ponen de manifiesto la sensación de sobrecarga con la que viven las cuidadoras el papel que les ha tocado desempeñar. Para valorar el estado de la cuidadora y sus respuestas previsibles se puede contar con la ayuda de la escala de sobrecarga del cuidador.

Aunque, como se señalaba anteriormente, también hay que resaltar que el cuidado de otra persona puede llegar a tener aspectos positivos, como favorecer el crecimiento personal y producir satisfacción a quien brinda esta ayuda, al comprobar los efectos beneficiosos que produce la ayuda al otro, por la capacidad de solidaridad que caracteriza desde siempre al ser humano.

Considerar a la cuidadora familiar en sí misma requiere de un análisis de su situación y verla desde los problemas que puede presentar. La literatura médica apunta como más generales, los siguientes:

- La aparición de sentimientos contradictorios por causas muy variadas relacionadas con su papel de cuidadora, como considerar que no dedica todo el tiempo necesario al otro, experimentar cansancio, compartir las tareas con otras personas, sentir que abandona a la familia, etc. Es imprescindible ayudar a la cuidadora para que emerjan los sentimientos de culpa y para que aprenda a permitirse vivirlos como algo normal derivado de su situación.
- La inseguridad que produce no disponer de los conocimientos y las habilidades precisos que sustenten las acciones que son necesarias para la persona a la que cuida.
- La necesidad de adaptarse a enfoques dispares, ya que la referencia para el cuidado se basa en los hábitos y las costumbres de quien los necesita y de quien los ofrece, y estos son muy diferentes, incluso en el mismo ambiente cultural.
- El déficit de recursos para proporcionar los cuidados, que pueden ser limitados, inadecuados, o suponer una carga económica. Las cuidadoras, además de no ser profesionales, no disponen de los recursos con los que normalmente se cuenta en el sistema formal y esto lo suplen con habilidades y esfuerzos que pueden generar inseguridad, estrés y frecuentemente malestares.
- Los problemas que conlleva para la cuidadora hacer compatibles las actividades habituales con la dedicación a la ayuda de quien la necesita. Algunas cuidadoras tienen que dejar su trabajo, otras tienen que ajustar los horarios para hacer compatible la actividad retribuida con la de cuidadora y prácticamente todas tienen que renunciar a su tiempo de ocio (Robinson, 1997).
- El dejar el papel de cuidadoras también tiene repercusiones negativas para estas en aspectos relacionados con su economía y su salud, ya que pueden llegar a experimentar una sensación de pérdida cuando dejan de serlo. Esto requiere de servicios de ayuda para la cuidadora familiar durante el proceso de cuidados y en el período inmediatamente posterior a que deje de serlo.

Además de la atención individualiza que requiera cada cuidadora familiar, resulta de interés el propiciar la participación de estas en actividades de grupo como complementarias de la atención. Actualmente, las experiencias que se vienen realizando con este tipo de intervención contemplan contenidos como:

- Conocimientos y habilidades sobre la propia salud que ayuden a las cuidadoras a vivir satisfactoriamente y a situarlas en condiciones óptimas para consigo mismas y para ayudar a las personas cercanas que lo precisen.
- Preparación para hacer compatibles la dedicación al cuidado de otra persona con la dedicación a su individualidad y para que, llegado el momento, no se viva la pérdida de este papel de cuidadora con sentimientos negativos para una misma.
- Información sobre los recursos comunitarios y sociosanitarios con los que se puede contar en el contexto que tiene lugar su situación, tanto para el beneficio de la persona que cuida, como para el propio.
- El fomento y el apoyo a los grupos de autoayuda, entendidos desde la perspectiva de la Organización Nacional de la Salud. Según esta organización, los grupos de ayuda mutua pueden resultar beneficiosos para cualquier persona que desee compartir con otras que tengan problemas similares la búsqueda de soluciones a su problema de salud. Desde aquí es desde donde las enfermeras podemos fomentar su creación y la participación de las cuidadoras en ellos.
- Proporcionar conocimientos y habilidades para gestionar los problemas de salud

colectivos, para participar en la planificación y en la ejecución de programas de salud, así como en las decisiones políticas que afectan a cambios ambientales y de los servicios de salud y de los servicios sociales, dando así sentido a la verdadera participación comunitaria.

Como conclusión, señalar que la oportunidad de abordar las necesidades de las cuidadoras familiares, de manera individual y en grupo es responsabilidad de la enfermería, por estar todo lo relativo ellas relacionado con los cuidados de salud, y ser elementos imprescindibles para que las personas con necesidad de ayuda en sus cuidados se encuentren en las mejores condiciones de salud y bienestar posibles. Al tiempo que se consideran las propias necesidades de cuidados de salud de las cuidadoras familiares.

LECTURAS RECOMENDADAS

American Nurses Association (ANA). Position statement on informal caregiving. South-Carolina-Nurse (SC-Nurse). 1995;2(2):12-3.

Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familiares y Discapacidad. IMSERSO; 2004.

Barrera L, Pinto N, Sánchez B. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Investigación y educación en Enfermería. 2006;23(1): 36-46.

Bazo MT. La sociedad anciana. Madrid: CIS; 1990.

Chappell N, Blanoford A. Informal and formal care: Exploring the complementarity. Ageing and Society. 1991;(2).

Domínguez Alcón C. Sociología del cuidado. Enfermería Clínica. 1999;(4):179-81.

Donati P. Manual de sociología de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

Durán MA. El análisis de exhaustividad en la economía española. En: Carrasco C . Tiempos, trabajos y género. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2001.

Durán MA. El tiempo y la economía española. La Economía y el Tiempo. 1991;695:9-48.

Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BBV; 2000.

García MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.

García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004;18 (Supl 2):83-92.

García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria. 2004;18(Supl 2):132-9.

Isla P. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura y Cuidados. 1.er y 2.º semestre. Año IV. N.º 7 y 8. 187-194, 2000.

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2.ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2007.

Martínez Riera JR. Necesidades de los cuidadores según tipo de residencia. Enfermería Comunitaria. 2005;1(2):8-15.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-11. Madrid: Elsevier España; 2009.

Nieto J, Abad MA, Esteban M, Tejerina M. Psicología para ciencias del comportamiento humano ante la enfermedad. 2.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004.

Pennig MJ. Receipt of assistance by elderly people. Hierarchical selection and task specificity. Gerontologist. 1990;30.

Pérez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognitivo (demencia). Aten Primaria. 1996;18:194-202.

Quero A. Los cuidados familiares en el Hospital Ruiz de Alba de Granada. Granada: Tesis doctoral Universidad de Granada; 2007.

Robinson KM. Family Caregiving: who provides the care, and at what cost? Nursing-Economics. 1997;15(5):243-7.

Twigg J, Atkin K. Carers Perceived Policy and practice in informal care. Philadelphia: Open University Press; 1994.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 4

Cuidados alternativos

José Gutiérrez Gascón

INTRODUCCIÓN

Estamos asistiendo a una transformación en cuanto a la percepción de la salud. La población muestra un mayor interés por su salud y para ello demanda más información de todos aquellos aspectos que le pueden afectar. Uno de los aspectos por el que los usuarios y profesionales de salud están mostrando mayor interés, en las últimas décadas, es el de las llamadas terapias alternativas o complementarias (TAC). Los usuarios demandan cada vez más este tipo de terapias y cada vez un número mayor de profesionales sanitarios han decidido utilizarlas como un recurso más, por ello han empezado a formarse y a investigar en los distintos campos que las componen. Heierle denomina a los integrantes de estos cambios como Sistema Naturista de Salud.

Este aumento en la demanda de las terapias alternativas no solo se está produciendo en los países en los que su uso forma parte de la cultura sanitaria, como es el caso de China, donde el 40% de la atención en salud se realiza a través de la medicina tradicional china, o el de la India, donde el 65% de la población rural utiliza el ayurveda. También están tomando cada día mayor protagonismo en los países desarrollados, y según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el porcentaje de personas que han utilizado estas terapias al menos una vez: el 48% en Australia, el 31% en Bélgica, el 70% en Canadá, el 42% en EE. UU. y el 49% en Francia. En España son unas 300.000 las consultas diarias que se están realizando, según el Ministerio de Hacienda, y 450 los centros en Andalucía que ofertan terapias complementarias según un estudio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Todo esto está llevando a que sean cada vez más los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, etc.), que se formen y que investiguen en esta línea, con el objetivo de comprobar la utilización, la efectividad y seguridad de estas terapias. Este aumento de profesionales de la salud que ofrecen servicios de TAC, en el caso de enfermería, lo podemos contrastar con los datos del Consejo General de Enfermería, que estima que en España son más de 15.000 las enfermeras que emplean en su práctica habitual las TAC.

Algunas de estas terapias tienen mecanismos de acción desconocidos o inexplicables, por ello uno de los desafíos que marcó la 56 Asamblea Mundial de la OMS fue el aumento de la investigación sistemática sobre la utilización, su seguridad y eficacia.

La mayoría de estas terapias parten de la capacidad curativa que se le atribuye al organismo humano, y utilizan como elementos curativos el agua, las plantas medicinales, el ejercicio físico, el aire, el sol o los animales. Las TAC cuentan con numerosos seguidores, al mismo tiempo que detractores de las mismas. Algunas de sus ventajas e inconvenientes los podemos ver resumidos en la tabla 24-1.

DEFINICIÓN

Las llamadas TAC forman un complejo grupo de terapias, por lo que dar una definición que pueda incluir a todas ellas resulta complicado por su número y por su diversidad.

A la hora de definir el concepto de terapias alternativas, nos encontramos con muy diversas maneras de referirse a este conjunto de técnicas. Dependiendo de los profesionales que las utilicen, estos se referirán a ellas con distintos nombres, como el de medicina alternativa, paralela o medicina blanda. Otras veces se las conoce como terapias alternativas, complementarias o métodos naturales de salud, y en ocasiones se las denomina con el nombre de cuidados alternativos, complementarios o cuidados opcionales.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 24-1. Ventajas e inconvenientes de las terapias naturales

Ventajas	Inconvenientes
Consideran al ser humano como un todo (modelo holístico) y no como la suma de distintas partes (enfoque mecanicista)	Son poco eficaces en procesos agudos y graves
Son poco agresivas	Pueden generar excesiva dependencia psicológica
Conllevan una apreciable carga afectiva para el usuario	Están sometidas a una gran mercantilización
Pueden contribuir a la descongestión del sistema sanitario público	La formación de profesionales no se encuentra regulada oficialmente
Abogan por un retorno a lo natural	Faltan estudios científicos que avalen su eficacia y seguridad
No necesitan grandes medios materiales para su aplicación, por lo que abaratan costes	
Pueden ser utilizadas por el propio paciente (autocuidados), con un mínimo aprendizaje	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Marcén Letosa (1994).

Aunque las TAC son numerosas y muy variadas, para la OMS muchas de ellas tienen una base en común: «su enfoque holístico hacia la vida, el equilibrio entre la mente, el cuerpo y su entorno y el énfasis en la salud en lugar de hacerlo en la enfermedad».

La OMS se refiere a este grupo de terapias como medicina tradicional cuando su uso se hace en países en vías de desarrollo, y las denomina medicina complementaria y alternativa cuando se utilizan en países desarrollados.

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) de EE. UU. las define como: «Un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional».

Para el profesor Guirao, el uso de las terapias «no siempre ha de ser sofisticado, costoso y agresivo, sino que, a veces, bastan unos documentados consejos de conducta existencial y suaves apoyos (cambio de régimen de vida, ejercicio, dieta, relajación, evitar costumbres y prevenir riesgos, etc.) para conseguir efectos apreciables y curativos».

CLASIFICACIÓN

Si queremos describir y clasificar las terapias que engloban el concepto de terapias alternativas, nos encontramos con una dificultad, ya que no existe un consenso sobre la nomenclatura para enumerarlas o clasificarlas, por lo que vamos a encontrar diversos intentos de clasificarlas.

La British Medical Association (BMA) las agrupa de la siguiente manera:

- Sistemas completos: homeopatía, osteopatía, quiropráctica, medicina herbal, acupuntura, naturopatía.
- Métodos diagnósticos: iridología, kinesiología, análisis capilar.
- Métodos terapéuticos: masaje o terapias de contacto, *shiatsu,* reflexología, aromaterapia, medicina nutricional, hipnosis.
- Autocuidados: meditación, yoga, relajación, taichí.

El Departamento de Salud de Cataluña las agrupó en su intento, de regularizarlas en el año 2007, en:

- Terapias con criterio naturista: naturopatía, naturopatía con criterio homeopático.
- Acupuntura y terapia tradicional china: acupuntura, terapia tradicional china.
- Terapias manuales: kinesiología, osteopatía, *shiatsu.*
- Técnicas manuales: reflexología podal, espinología, drenaje linfático, quiromasaje, diafreoterapia, liberación holística de estrés con técnicas de kinesiología.

Para el Departamento de Salud de Cataluña, la diferencia que existe entre terapias manuales y técnicas manuales es que las primeras son las «disciplinas que usan las manos para ayudar a restaurar la salud y mejorar el nivel de bienestar»

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y las segundas consideran a aquellas terapias «que usan las manos para ayudar a mantener y conservar la salud y no para el tratamiento de procesos patológicos».

Por su parte, el NCCAM las clasifica del modo siguiente:

- Sistemas médicos integrales, que incluyen a las terapias que contienen sistemas completos de teoría y práctica: homeopatía, naturopatía, medicina tradicional china y ayurveda.
- Medicina de la mente y del cuerpo: meditación, oración, curación mental, arte, música y danza.
- Prácticas biológicas: utilizan sustancias que se encuentran en la naturaleza como hierbas, alimentos y vitaminas.
- Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo: quiropráctica, osteopatía y masaje.
- Medicina sobre la base de la energía:
  - Terapias del biocampo, aquellas que pueden influir sobre los campos de energía que rodean y penetran el cuerpo humano: *reiki,* toque terapéutico y *qigong.*
  - Terapias bioelectromagnéticas: campos de impulsos, campos magnéticos, campos de corriente alterna o directa.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en un informe técnico sobre TAC, solo ofrece un listado de ellas sin agruparlas.

Acupresión	Homeopatía	Relajación progresiva
Acupuntura	Integración estructural	*Rolfing*
Aeropatía	Iridodiagnosis	Sanatología
Alexander, técnica de	Masaje terapéutico	*Shiatsu*
Análisis capilar	Medicina nutricional	Somatoterapia
Aromaterapia	Moxibustión	Taichí
Bioenergía	Naturopatía	Técnicas de imaginación y visualización
Boddywork	Osteopatía	Técnicas de relajación
Cromoterapia	Patiatría	Terapia autóloga
Cromoterapia biodinámica	Practoterapia	Terapia del zodíaco
Cura astral	Kinesiología	Trabajos de Hellerman
Electroterapia	Kinesiología aplicada	Tropoterapia
Feldenkrais	Quiropráctica	Vit-o-patia
Geoterapia	Reflexología	Yoga
Herbalismo	Relajación de Jacobson	Zonoterapia
Hipnosis	Relajación muscular secuencial	

Como se puede apreciar, el número de terapias es amplio y variado y no existe un consenso en cuanto a su nomenclatura y clasificación.

REGULACIÓN

La regulación de las terapias alternativas es muy variada de un país a otro, aunque generalmente es escasa o nula, lo que permite que los profesionales que la desarrollan tengan un perfil variado, donde podemos encontrar desde los profesionales sanitarios universitarios (enfermeras, médicos, fisioterapeutas) hasta numerosos profesionales con una formación muy variada, que han obtenido a través de cursos organizados en su mayoría por centros privados sobre los cuales no existe ninguna reglamentación que controle el formato de estos cursos: número de horas, programas, profesorado o material docente.

En Europa, la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo elaboró en 1997 el informe Lannoye, sobre medicina no convencional, en el que se pedía a los países miembros la elaboración de propuestas legislativas que permitieran a los profesionales que utilizan estas terapias, que su ejercicio profesional fuese reconocido en toda la Unión Europea, al mismo tiempo que pedían que se realizasen investigaciones sobre su eficacia y seguridad.

La situación de estas terapias en España es similar a la de los países de su entorno. No existe una regulación de la formación ni de la práctica profesional. El primer intento de dotar de una normativa para el ejercicio de los profesionales de estas terapias se realizó en Cataluña, mediante

CUADRO 24-1. Seguridad, eficacia y calidad

- Establecer un registro y licencias para los proveedores.
- Establecer una normativa y registro por países sobre las medicinas con base de hierbas.
- Establecer un control de seguridad sobre las terapias alternativas.
- Proporcionar apoyo selectivo a la investigación clínica.
- Desarrollar pautas, directrices y metodologías técnicas para valorar la seguridad, eficacia y calidad.
- Desarrollar una farmacopea y monográficos nacionales de las plantas medicinales.

Fuente: Medicina Tradicional-Necesidades Crecientes y Potencial. OMS 2002.

el Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el se regulaban las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. Pero este decreto no ha llegado a entrar en vigor ya que fue anulado por la sala de lo contencioso-administrativo, sección segunda, del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, como respuesta a los recursos interpuestos por diferentes grupos profesionales en desacuerdo con el contenido del decreto. Esto nos puede dar una idea de la gran dificultad que supone la regulación de estas terapias, debido a los intereses de numerosos colectivos profesionales que reivindican para sí la práctica profesional de este grupo de terapias.

Es importante que las políticas sanitarias de los países pongan en marcha los mecanismos legales para regular las terapias que aportan beneficios para la salud, la formación de los profesionales y los productos que se utilizan. Sobre estos temas, la OMS hace una serie de recomendaciones a sus países afiliados sobre seguridad, eficacia y calidad (cuadro 24-1), acceso (cuadro 24-2) y uso racional (cuadro 24-3).

En esta línea se crea en EE. UU. el Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM), que cuenta entre sus funciones: la investigación sobre terapias alternativas, capacitar a los investigadores en este campo y difundir la información obtenida a los profesionales y usuarios, teniendo operativa una página web (http://nccam.nih.gov/) en la que se puede encontrar información sobre los diferentes programas de actuación.

CUADRO 24-2. Acceso

- Identificar las terapias y productos seguros eficaces.
- Respaldar la investigación en el tratamiento seguro y eficaz de aquellas enfermedades que suponen el mayor peso sanitario, en especial para las poblaciones más pobres.
- Reconocer el rol de los proveedores de terapias alternativas a la hora de proporcionar atención sanitaria.
- Optimizar y actualizar las habilidades de los proveedores de TAC.
- Proteger los conocimientos existentes sobre TAC mediante el registro y la preservación.
- Cultivar y conservar las plantas medicinales para asegurar su uso sostenible.

Fuente: Medicina Tradicional-Necesidades Crecientes y Potencial. OMS 2002.

CUADRO 24-3. Uso racional

- Desarrollar directrices de formación para las TAC más comúnmente utilizadas en cada país.
- Reforzar y aumentar la organización de proveedores de TAC.
- Reforzar la cooperación entre los proveedores de TAC y demás proveedores sanitarios.
- Ofrecer información fiable sobre el uso correcto de las TAC y sus productos a los usuarios.
- Mejorar la comunicación entre los proveedores sanitarios y sus pacientes respecto a al uso de las TAC.

Fuente: Medicina Tradicional-Necesidades Crecientes y Potencial. OMS (2002).

LECTURAS RECOMENDADAS

Ballvé Moreno JL. ¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué? Humanitas. Humanidades Médicas. 2003;1(2):31-40.

Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria. Disponible en: http://nccam.nih.gov/health/espanol/informaciongeneral/. [Sede web Maryland: consultado el 4 de agosto de 2010].

Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor. Informe sobre régimen de las medicinas no convencionales. Parlamento Europeo; 1997.

Consejo General de Enfermería. El Consejo General de Enfermería elaborará guías de buenas prácticas en terapias naturales y complementarias [sede web]. Madrid. Disponible en: http://www.cge.emfer,imdo.com. [Consultado el 20 de diciembre de 2006].

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. Barcelona. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, n.° 4812, (01-02-2007).

Guirao M. Editorial. Index de Enfermería. 1994;(10):8.

Heierle Valero C. Las técnicas naturales para un Sistema Natural de Salud. Index de Enfermería. 1994;(10):16-7.

López Ruiz J. Los instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros. Barcelona: Col-legi Oficial d' Enfermería de Barcelona; 2005.

Marcén Letosa JL. Otras terapias para un siglo alternativo. Index de Enfermería. 1994;(10):9-10.

Martín Moreno JM. Medicinas alternativas: descripción general. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

Martínez Pecino F. Situación actual de las terapias no convencionales en Andalucía. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.

OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

OMS. Medicina tradicional, informe de la secretaría. 56 Asamblea mundial de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

OMS. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Medicina tradicional-necesidades crecientes y potencial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

Reoyo Jiménez A, Muñoz García G, Murria Hurtado M, Nogales Escoriza RM, Ortega Vázquez I. Utilización de medicinas alternativas en la Comunidad de Madrid. Medicina General. 2006;82:82-7.

Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección Segunda. Sentencia 505. Barcelona. Tribunal Superior de Justicia de Catalunya; 2009.

Teixidor i Freixa M, Pont Barceló E. XX Aniversario de la formación en terapias naturales. Intervenciones autónomas de enfermería. Barcelona: Obra Social Fundación "La Caixa"; 2009.

D

25. Demografía y salud 155
26. Diabetes: educación para la salud 161
27. Diabetes mellitus 166
28. Diagnóstico de salud 176
29. Diagnóstico enfermero: líneas futuras de desarrollo e investigación 182
30. Discapacidad: valoración 186
31. El duelo y sus fases 190

C A P Í T U L O 2 5

Demografía y salud

Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna y Pedro Ángel Palomino Moral

INTRODUCCIÓN

La demografía es la ciencia que estudia el tamaño, la distribución geográfica y la composición o estructura de las poblaciones humanas (edad, sexo, ocupación, estado, etc.), así como sus cambios (natalidad, mortalidad, migraciones y movilidad social) y las causas que producen dichos cambios.

Existe por tanto una **demografía estática** que estudia a una población en un determinado momento y una **demografía dinámica** que estudia la evolución en el tiempo de una determinada población.

Dentro del primer aspecto (demografía estática) nos vamos a centrar en el estudio de la estructura de una población. Dentro del segundo (demografía dinámica), haremos un repaso de los principales indicadores que se utilizan para valorar la evolución de una población.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

La estructura de una población puede analizarse mediante la pirámide de población y los indicadores de estructura. Pasaremos a detallar cada uno.

Pirámide de población

La pirámide de población puede definirse como un doble histograma situado en posición horizontal donde se representa la estructura por edad y sexo de una población en un momento determinado. En la figura 25-1 aparecen, a modo de ejemplo, las pirámides de población de España de los años 2001 y 2011. A pesar de ser una medida transversal, resume la información demográfica de una población de por lo menos los 100 últimos años a la fecha de referencia, ya que la pirámide de población presenta la situación de muchas cohortes en un determinado momento, de manera que es posible obtener una interpretación histórica a partir de la situación de cada cohorte. Por todo ello, la pirámide de población aporta información muy útil desde el punto de vista sanitario con vistas a conocer no solo la estructura de edad y sexo de una comunidad, sino también analizar, como después veremos, aspectos como la natalidad o la mortalidad.

Para la construcción y/o interpretación de una pirámide de población hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: 1) los hombres se sitúan en el cuadrante izquierdo y las mujeres en el derecho; 2) en el eje de abscisas se encuentran el número de personas o la proporción o porcentaje respecto del total, mientras que en el eje de ordenadas aparecen intervalos de edad (generalmente cada 5 años, con un último intervalo de 85 y más), y 3) la relación entre la altura y la anchura de la pirámide debe ser de 2 a 3.

La pirámide de población permite un doble análisis, ya que es susceptible de estudio tanto su morfología como su perfil. En función de la morfología podemos distinguir tres grandes tipos de pirámide de población (fig. 25-2): 1) pagoda: representa a poblaciones jóvenes con alta natalidad y es propia de países subdesarrollados; 2) campana: representa a poblaciones estacionarias y envejecidas, siendo propia de países desarrollados, y 3) bulbo: es propia de países desarrollados con poblaciones regresivas con un marcado proceso de envejecimiento. Las dos últimas formas son características de países con un adecuado nivel sanitario, mientras que la primera es característica de países con un bajo nivel sanitario y alta mortalidad.

En poblaciones pequeñas, las pirámides de población construidas con los anteriormente recomendados intervalos de edad quinquenales suelen tener formas extrañas y erráticas. Es por ello que en estos casos se recomienda construir la pirámide de población utilizando intervalos de edad más amplios (p. ej., cada 10, 15

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

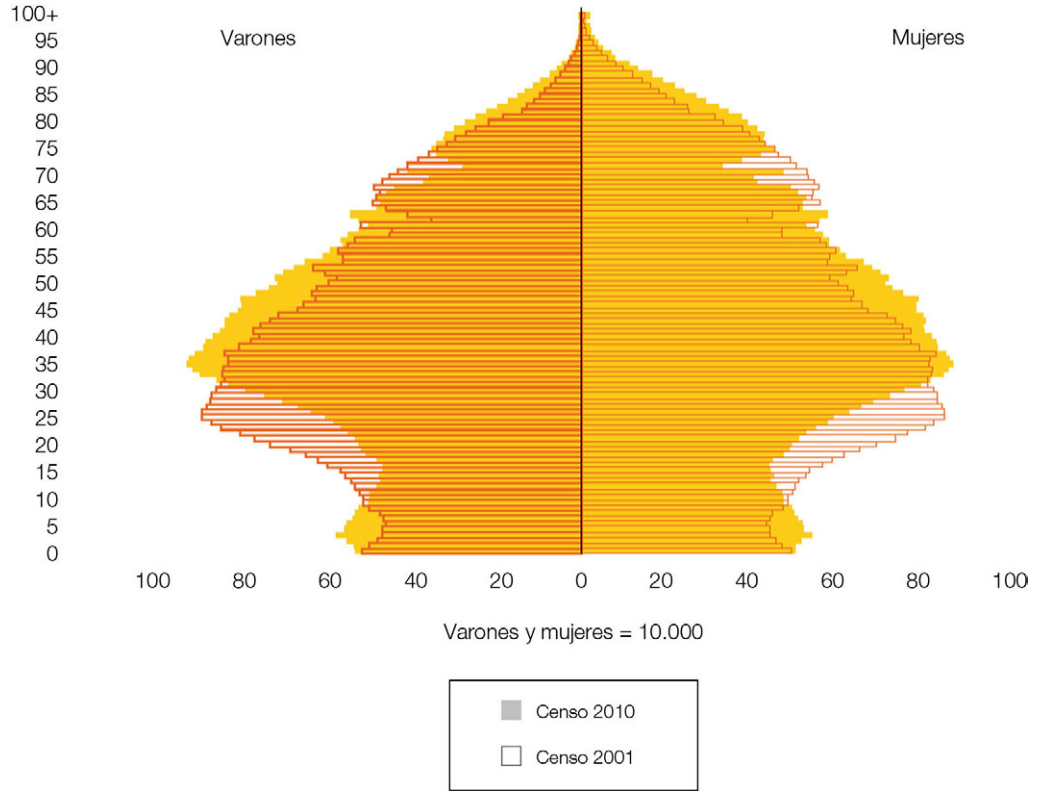


FIGURA 25-1. Pirámides de población de España en 2010 y 2011 (superpuestas). *(Fuente: INE; 2012 [censos de población y viviendas 2011].)*

o 20 años), para así conseguir una pirámide de población con una forma más homogénea, ganándose así en comprensión de la estructura de edad y sexo de la población, aunque se pierda en especificidad.

El análisis del perfil de la pirámide de población permite obtener información interesante sobre el crecimiento de la población (natalidad, mortalidad, emigraciones, inmigraciones, etc.) y la identificación de las consecuencias sobre la estructura de la población de guerras, catástrofes naturales, etc.; y todo ello desde una perspectiva de género que permite en todo momento analizar las diferencias entre hombres y mujeres.

Indicadores de estructura

Los indicadores de estructura permiten obtener una información similar a la del análisis de la forma de la pirámide de población. De entre todos los existentes, destacamos por su utilización más frecuente los siguientes: el índice de Friz, el de envejecimiento, el de Sundbarg y el de Burgdöfer.

El índice de Friz permite clasificar a las poblaciones en jóvenes, maduras y viejas, y se calcula dividiendo la población de 0 a 20 años entre la población de 30 a 50 y multiplicando el resultado por 100. Su interpretación es la siguiente: 1) menos de 60: población vieja; 2) entre 60 y 160: población madura, y 3) más de 160: población joven.

El índice de envejecimiento representa el porcentaje que supone la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años.

El índice de Sundbarg divide a la población en tres grupos de edad: de 0 a 15, de 16 a 50 y mayores de 50; el porcentaje se construye suponiendo el primer y tercer grupo respecto del primero. Cuando el porcentaje del primer grupo es mayor que el del tercero, se habla de población progresiva; cuando se igualan, se habla

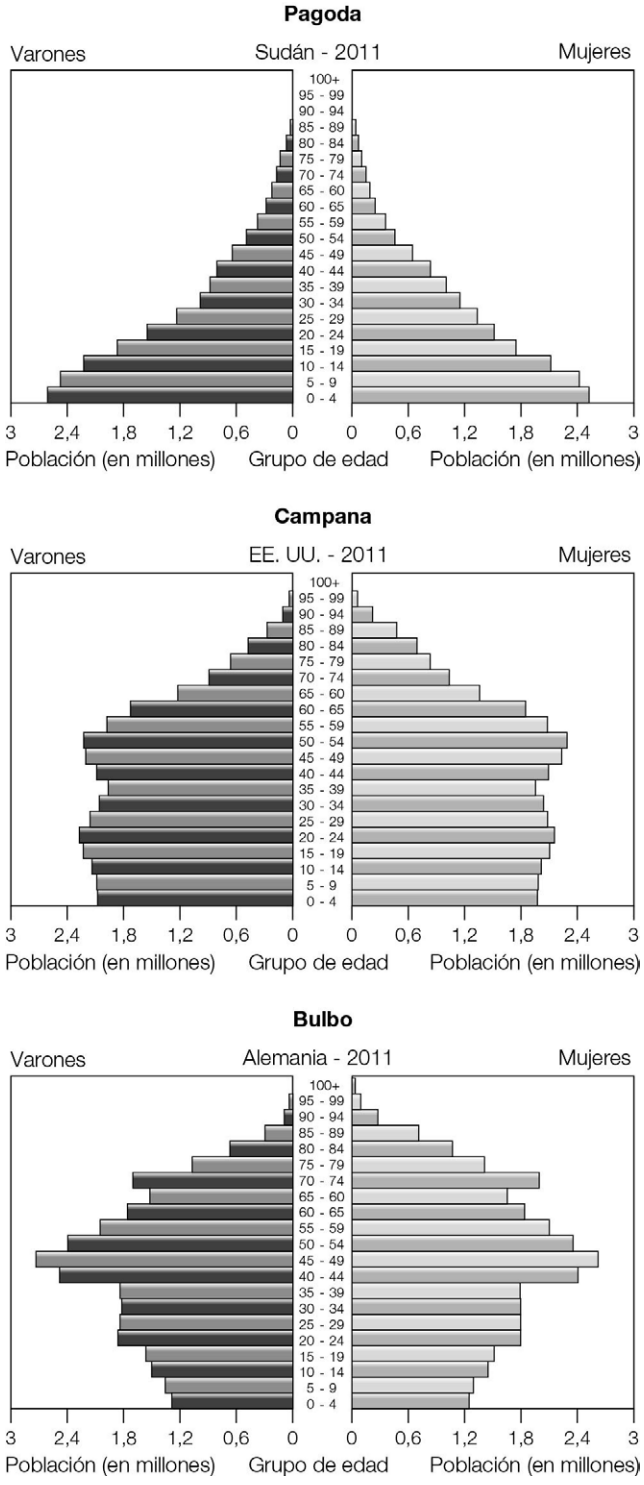


FIGURA 25-2. Tipos de pirámides de población en función de su morfología. *(Fuente: US Census Bureau, International Data Base [Disponible en: http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php].)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de población estacionaria, y cuando es inferior el tercero, tenemos una población regresiva.

Por último, el índice de Burgdöfer analiza la relación entre el grupo de 6 a 15 años y el de 45 a 65 años. Dependiendo de que el primer grupo sea mayor, igual o inferior al segundo grupo, la población es etiquetada de joven, madura o vieja, respectivamente.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN

La evolución de una determinada población o comunidad puede analizarse mediante los indicadores de natalidad y fecundidad, las medidas de mortalidad y las medidas relacionadas con los fenómenos migratorios. Por cuestiones de espacio en esta obra, nos centraremos en los dos primeros grupos, que pasaremos a explicar a continuación.

Indicadores de natalidad y fecundidad

Tanto la natalidad como la fecundidad hacen referencia al conjunto de nacidos vivos en una comunidad en un período de tiempo determinado, pero son conceptos diferentes. La **tasa bruta de natalidad** mide los nacimientos en relación con la población total y se calcula dividiendo el total de nacidos vivos entre la población total (a mitad de período o media aritmética entre las cifras correspondientes al inicio y al fin del período evaluado). Es por tanto una aproximación a los nacimientos y, por tanto, es poco precisa. La fecundidad, por su parte, tiene como referencia solo a aquella parte de la población femenina que está en situación de procrear. Por convenio, dicha población se define mediante los límites de edad de 15 a 49 años. Así, la **tasa bruta de fecundidad** se calcula dividiendo el total de nacidos vivos entre el total de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Tanto la tasa bruta de natalidad como la de fecundidad suelen multiplicarse por 1.000, por lo que su resultado se interpreta como el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes o por cada 1.000 mujeres entre los 15 y los 49 años, respectivamente.

Existen otros indicadores para medir la fecundidad. De entre ellos, cabe destacar el **índice sintético de fecundidad** por su utilización e interés. Dicho indicador se interpreta como el promedio de hijos por mujer. Para su cálculo es necesario obtener las tasas brutas de fecundidad anuales o por períodos (generalmente quinquenios) entre los 15 y los 49 años. Posteriormente, se suman todas (directamente si son anuales o multiplicadas previamente por la duración en años del período en el que se calculan) y se dividen entre el número de mujeres por el que estén expresadas las tasas brutas de fecundidad (generalmente 1.000, como ya se ha comentado).

Medidas de mortalidad

Las medidas de mortalidad representan un importante indicador del nivel de salud (de forma directa) y de la calidad de vida (de forma indirecta) de un determinado país o región. En función del tipo de medida relativa que representan, las medidas de mortalidad pueden clasificarse en tasas y proporciones.

La mortalidad medida en forma de tasa puede adquirir dos formas: las **tasas de mortalidad**, cuando se construyen sobre población, y las **tasas de letalidad**, cuando se construyen sobre enfermos. A su vez, las tasas de mortalidad pueden ser brutas, cuando se refieren a toda la población, o específicas, cuando se refieren a una parte de la población, que suele definirse por edad, sexo y/o causa de defunción. Tanto a la tasa bruta de mortalidad como a las específicas se les denomina tasas de mortalidad crudas, para diferenciarlas de aquellas que han sufrido un proceso de ajuste por una tercera variable, a las que se les denomina tasas ajustadas.

El **ajuste o estandarización** de tasas de mortalidad por una tercera variable, que suele ser la edad, es un procedimiento matemático que permite eliminar el efecto de la tercera variable al comparar la mortalidad de dos poblaciones. Así, si comparamos la mortalidad de dos poblaciones mediante sus tasas de mortalidad bruta, podemos cometer un error de apreciación, ya que tendrá más tasa bruta aquella población que esté más envejecida. Por el contrario, si ajustamos por edad dichas tasas brutas, las diferencias de edad entre las dos poblaciones no afectarán a la comparación. En general, se recomienda ajustar las tasas de mortalidad por edad para comparar la mortalidad de dos poblaciones o de una población en distinto tiempo. En este sentido, y según lo anteriormente explicado, son susceptibles de ajustar por edad todas aquellas tasas de mortalidad que no sean específicas por edad, como por ejemplo, la tasa de mortalidad bruta o las tasas de mortalidad específica para una determinada causa de defunción. Por cuestiones de espacio en

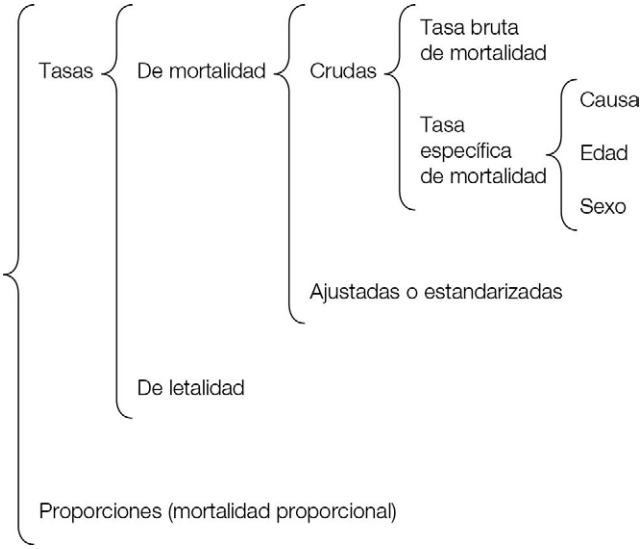


FIGURA 25-3. Clasificación de las medidas de mortalidad.

esta obra, no abordaremos el procedimiento de estandarización o ajuste de tasas por edad. No obstante, aquellos lectores interesados pueden consultar el texto de Génova Maleras que aparece en la bibliografía de este capítulo (p. 756-8).

La mortalidad medida en forma de proporción se denomina **mortalidad proporcional,** que se construye siempre sobre defunciones y es específica por causa, edad y/o sexo, por lo que el apelativo de específica no aparece en las distintas denominaciones.

En la figura 25-3 puede apreciarse la clasificación de los indicadores de mortalidad explicada anteriormente, mientras que en el cuadro 25-1 aparecen los principales indicadores de mortalidad y las fórmulas empleadas para su cálculo. También se ha creído conveniente incluir el cuadro 25-2 con las tasas de mortalidad específicas materno-infantiles, por su importancia a la hora de valorar el nivel de salud de una comunidad.

Los anteriores indicadores de mortalidad permiten evaluar tanto la importancia de la mortalidad en su conjunto, en una determinada población, como la importancia de una determinada causa de defunción. En este segundo caso, dicha importancia puede venir dada por la magnitud de las defunciones de dicha causa, pero también por el carácter prematuro de dichas defunciones. Cuando se tienen en cuenta ambos aspectos, hablamos de mortalidad por **años potenciales de vida perdidos** (APVP). La mortalidad por APVP tiene una tremenda importancia para valorar el nivel de salud de una comunidad, ya que hace referencia a la mortalidad que se produce de forma prematura y que es sanitariamente evitable.

CUADRO 25-1. Principales indicadores de mortalidad en la población general

Tasa bruta de mortalidad: número de defunciones/población total.[1]
Tasa de mortalidad específica por causa: número de defunciones por esa causa/población total.[1]
Tasa de letalidad: número de defunciones por esa causa/número de enfermos de esa causa.
Tasa de mortalidad específica por edad: número de defunciones en esa edad/población de esa edad.[1]
Tasa de mortalidad específica por sexo: número de defunciones de ese sexo o género/población de ese sexo.[1]
Mortalidad proporcional por causa: número de defunciones por esa causa/total de defunciones.
Mortalidad proporcional en personas de 50 años o más (índice de Swaroop): número de defunciones en personas con 50 o más años/total de defunciones.

[1] Normalmente suele emplearse el dato de población total a mitad del período evaluado. Por ejemplo, en un determinado año, suele emplearse la población a 1 de julio.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CUADRO 25-2. Principales indicadores de mortalidad materno-infantil

Tasa de mortalidad materna: número de defunciones de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio/total de nacidos vivos.
Tasa de mortalidad fetal tardía: número de muertes fetales tardías[1]/total de nacidos vivos.
Tasa de mortalidad infantil: recién nacidos vivos fallecidos antes del año de vida/total de recién nacidos vivos.
Tasa de mortalidad neonatal: recién nacidos vivos fallecidos antes del primer mes de vida/total de recién nacidos vivos.
Tasa de mortalidad neonatal precoz: recién nacidos vivos fallecidos antes de la primera semana de vida/total de recién nacidos vivos.
Tasa de mortalidad neonatal tardía: recién nacidos vivos fallecidos con más de 1 semana y antes del primer mes de vida/total de recién nacidos vivos.
Tasa de mortalidad posneonatal: recién nacidos vivos fallecidos con más de 1 mes y menos de 1 año de vida/total de recién nacidos vivos.
Tasa de mortalidad perinatal: número de muertes fetales tardías más recién nacidos vivos fallecidos antes de la primera semana de vida/total de recién nacidos vivos.

Aclaraciones: las tasas de mortalidad materno-infantil suelen medirse por año natural y expresarse por cada 1.000 nacidos vivos.

[1] El Instituto Nacional de Estadística define las muertes fetales tardías como fetos muertos con 6 o más meses de gestación, mientras que la OMS las define como las muertes previas a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o de un peso superior a los 1.000 g.

Además de las tasas ajustadas o estandarizadas por edad, existen otros procedimientos para poder tener una visión de conjunto a la hora de comparar mortalidad entre poblaciones o períodos de tiempo. Entre ellos, uno de los más utilizados es la **esperanza de vida.** Dicho concepto hace referencia al número medio de años de vida que podría llegar a vivir un grupo de recién nacidos, si estuvieran sujetos en cada edad a los mismos riesgos de muerte que predominan en la población y período de tiempo al que se refiere. Su cálculo se basa en las tasas de mortalidad específica por edad de la población en cuestión y se realiza a partir de las tablas de mortalidad, que son tablas de datos donde se resume la experiencia de mortalidad en una cohorte real (tabla de mortalidad de generación) o en una cohorte ficticia formada a partir del corte transversal y análisis por grupos de edad de una población (tabla de mortalidad de período). Los lectores interesados en el procedimiento de elaboración de una tabla de mortalidad pueden consultar el anteriormente mencionado texto de Génova Maleras (p. 759-63).

LECTURAS RECOMENDADAS

Génova Maleras R. Demografía. En: Mazarrasa L, Sánchez A, Germán C, Sánchez A, Merelles A, Aparicio V (eds.) Salud pública y enfermería comunitaria. 2.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 735-74.

Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos. Metodología. Madrid: INE; 2012. [Consultado el 13 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf.

Instituto Nacional de Estadística. Censos de población y viviendas 2011. [Consultado el 13 de febrero de 2013]. Notas de prensa. Madrid: INE; 2012. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np756.pdf.

Sandino L. Indicadores de salud de uso más frecuente en epidemiología. Capítulo 11. En: Frías A (ed.). Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 109-27.

Sierra A, Almaraz A, Doreste JL. Demografía y salud pública. Demografía estática. Capítulo 3. En: Gálvez Vargas R, et al. (eds.). Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. 10.ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 27-36.

World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. 12.ª revisión, Vol. 1. Geneva: WHO; 1997.

C A P Í T U L O 2 6

Diabetes: educación para la salud

Inocente Baudet Montilla y Rafael del Pino Casado

INTRODUCCIÓN

La diabetes, como en la mayoría de las enfermedades crónicas, exige cambios en los estilos de vida de las personas enfermas y, por tanto, un proceso de adaptación a la nueva situación de salud, ante la que se produce una respuesta individual modulada por las características personales, las condiciones ambientales y la calidad de la ayuda recibida.

Diversos macroestudios sobre la enfermedad (p. ej., el United Kingdom Prospective Diabetes Study) han puesto de manifiesto la relación entre un adecuado control glucémico y la disminución de las complicaciones en la diabetes. Para este adecuado control glucémico se hace necesario que la persona con diabetes siga un adecuado tratamiento farmacológico (en la mayoría de los casos) y que adapte su estilo de vida (en todos los casos) a los requisitos de autocuidado que plantea la enfermedad.

El desempeño de un adecuado nivel de autocuidados por parte de la persona con diabetes sienta las bases para la prevención de complicaciones relacionadas con la diabetes, mejorando la esperanza y la calidad de vida, y supone uno de los principales retos a los que deben dar respuesta las personas con diabetes. De entre todos los autocuidados relacionados con el estilo de vida que la persona con diabetes tiene que llevar a cabo, la alimentación, el ejercicio físico y el autocontrol de la glucemia adquieren gran importancia para el control metabólico.

La educación para la salud (EpS) es la herramienta que los profesionales sanitarios pueden utilizar para ayudar a la persona con diabetes a superar el anterior reto. Diversos estudios, algunos de los cuales serán citados más adelante, han puesto de manifiesto la relación entre intervenciones educativas en personas con diabetes y adecuado control metabólico y/o prevención de complicaciones.

En el presente capítulo trataremos de hacer una recopilación de la evidencia disponible sobre cuáles deben ser las características metodológicas de una EpS de calidad en personas con diabetes y de cuáles son los contenidos de dicha EpS en relación con la alimentación, el ejercicio físico y el autocontrol de la glucemia.

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DE UNA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE CALIDAD EN PERSONAS CON DIABETES

La educación terapéutica de las personas con diabetes no debe ser un hecho aislado en el tratamiento y, mucho menos, en la planificación de los cuidados enfermeros. La educación en diabetes se sustenta en la definición clara de los objetivos educativos, la integración de estos en un programa educativo acorde a las necesidades del paciente con una extensión adecuada a los contenidos específicos y la aplicación de un método eficaz adaptado a las circunstancias de la persona.

Los objetivos de la educación terapéutica deben orientarse a ayudar a la persona a tomar decisiones que mejoren su estado de salud y calidad de vida, a través de la corresponsabilidad en el control de su enfermedad, fomentando el autocuidado y favoreciendo la autonomía personal. Para alcanzar estos objetivos, la educación diabetológica debe estar dirigida a transmitir conocimientos, modificar actitudes y adiestrar en habilidades, fomentar estilos de vida saludables y conseguir una buena adherencia al plan terapéutico.

Para conseguir los anteriores objetivos, la evidencia disponible nos recomienda que la educación debe estar centrada en la persona con diabetes en vez de estar centrada en el educador, y

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

que debe estar orientada a la conducta (barreras, recursos, etc.) en vez de estar orientada solo en los contenidos.

Que la educación esté centrada en la persona con diabetes significa que debe estar adaptada a la situación específica de la persona que la recibe (personalizada) y que los métodos empleados deben favorecer la participación de dicha persona. La situación opuesta a esta estrategia estaría representada por los mensajes educativos estandarizados e independientes de las personas y el contexto.

Por tanto, los objetivos educativos deben definirse y priorizarse en función de las necesidades detectadas tras la valoración de la persona con diabetes. Aunque en un principio podría interpretarse la anterior recomendación como exclusiva de la educación individual, su importancia es también alta en la educación grupal, ya que para que dicha educación grupal sea efectiva, se debe partir de un adecuado diagnóstico de los problemas y las características que plantea el grupo.

No obstante, lo anterior no es óbice para la existencia de orientaciones para los profesionales en forma de contenidos educativos estandarizados, si bien dichas herramientas deben entenderse como lo que son, meras orientaciones que sirven de ayuda para la planificación educativa que luego deben individualizarse convenientemente. En la tabla 26-1, se presenta un programa educativo básico en función del tipo de tratamiento.

Que la educación esté centrada en la conducta significa que, para conseguir resultados, deben identificarse las barreras que dificultan los autocuidados y los recursos disponibles para poder superar dichas barreras. Dicha recomendación se basa en el hecho de que el objetivo fundamental en la educación diabetológica es que la persona con diabetes realice una serie de conductas complejas y continuas y asuma un papel activo en su autocuidado, muchas veces en contra de las sugerencias ambientales. Esto lleva a que la adhesión al plan terapéutico sea especialmente pobre, lo cual es el principal motivo de desajuste metabólico. Por tanto, podría decirse que los problemas relacionados con el seguimiento del tratamiento y con el propio control de la enfermedad son un asunto conductual.

Por tanto, antes de plantearnos cualquier actividad de educación sanitaria, es muy útil conocer cuáles son los factores que permiten a los individuos adoptar conductas más saludables. El modelo PRECEDE (Predisposing, Reforcing, Enagling, Causes, Education, Diagnosis, Evaluation), desarrollado por Green y Kreuter, es uno de los modelos educativos centrados en los factores que influyen en los comportamientos relacionados con la salud. Es un modelo que ha sido utilizado en EpS, ya que resulta muy útil para identificar y modular los factores que influyen en la conducta de una persona. En este modelo se distinguen tres tipos de factores que aparecen como fundamentales a la hora de realizar un diagnóstico conductual:

- Factores predisponentes: son factores internos que suponen una motivación para que la persona o el grupo actúen. Incluyen conocimientos, creencias, valores, actitudes, sexo, edad, cultura, etc. Son los factores que conducen

TABLA 26-1. Programa educativo básico en función del tipo de tratamiento

Dieta, metformina, glitazonas e inhibidores de α-glucosiladas	Sulfonilureas	Insulinas
Generalidades	Generalidades	Generalidades
Alimentación	Alimentación	Alimentación
Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio
Cuidado de los pies	Cuidado de los pies	Cuidado de los pies
Consejo antitabaco	Consejo antitabaco	Consejo antitabaco
Fármacos	Fármacos	Fármacos
	+	+
	Hipoglucemia	Hipoglucemia
	Autoanálisis	Autoanálisis
	Enfermedad intercurrente	Enfermedad intercurrente
		+
		Técnicas de inyección
		Tipos de insulina

Adaptado de Cano-Pérez et al., 2004.

a intentar una nueva conducta, modificarla, mantenerla o abandonarla.
- Factores facilitadores: preceden al comportamiento y permiten modificar la motivación. Son recursos personales, aptitudes, habilidades y destrezas, recursos sociales y recursos materiales, que permiten llevar a cabo la conducta que se desea.
- Factores reforzadores: son lo que se obtienen por el comportamiento (recompensa, penalización o iniciativa). Pueden ser sociales, materiales (consecuencias económicas: beneficios, costes), de autorreconocimiento o felicitación, beneficios y perjuicios físicos y emocionales.

En la tabla 26-2 se presentan algunas estrategias dirigidas a los tres factores mencionados. El método PRECEDE ha sido aplicado a la diabetes como un instrumento de diagnóstico conductual y para orientar las estrategias que faciliten la intervención del profesional. En el año 2011, se publicó un ensayo clínico conducido por Salinero-Fort et al. y realizado en varias áreas de salud de Madrid sobre una muestra de 600 personas con diabetes tipo 2, que pone de manifiesto la efectividad del método PRECEDE sobre otros métodos educativos que no conllevan diagnóstico conductual.

Otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de planificar la EpS a personas con diabetes es la orientación individual o grupal de las actividades educativas. La evidencia nos dice que la educación grupal comparada con la educación individual es igualmente efectiva para alcanzar los objetivos educativos, puede ser ligeramente más efectiva para mejorar el control glucémico y, en todo caso, constituye un método más eficiente. En el metaanálisis de Deakin et al. se puso de manifiesto que la educación grupal supuso mejoras frente a la individual en el control metabólico (glucemia basal y hemoglobina glucosilada), los conocimiento sobre diabetes, el control de la presión arterial sistólica y el control del peso corporal. No obstante, el número reducido de estudios incluidos en dicho metaanálisis y la alta heterogeneidad de sus resultados no permite establecer conclusiones con suficiente nivel de evidencia, quedando los hallazgos de dicho metaanálisis en el nivel de indicios prometedores.

La utilización de una u otra estrategia va a depender en muchas ocasiones del contexto y de la organización asistencial. En la atención primaria, donde la continuidad y la longitudinalidad de los cuidados son dos de sus principales valores, la combinación de las dos estrategias puede ser la opción a elegir, de manera que una complemente a la otra. Por regla general, la educación individual se debe llevar a cabo en los momentos iniciales tras el diagnóstico y hasta la aceptación de la enfermedad, en las primeras fases de planificación de los cuidados (para la realización de una valoración enfermera completa y el establecimiento de objetivos individuales), para la instauración de un plan de alimentación personal y en las situaciones especiales (descompensaciones

TABLA 26-2. Estrategias educativas basadas en el método PRECEDE

Factores	Estrategias
Factores predisponentes	Estrategias de comunicación directa con el paciente y/o grupos de pacientes Estrategias de entrenamiento en habilidades y destrezas Estrategias organizacionales dirigidas a: • Aumentar la accesibilidad de los recursos humanos y de los materiales • Mejorar la formación de los educadores implicados
Factores facilitadores	Estrategias de comunicación indirecta: • Intervención sobre los agentes clave detectados • Conversión del profesional en agente clave premiado, mediante reconocimiento, logros de los pacientes y de los agentes clave
Factores reforzantes	Intervención en el resto de reforzantes: • Facilitar y promover que el paciente aprenda a reforzarse • Facilitar y utilizar como reforzantes lo beneficios físicos y emocionales que las conductas más saludables pueden representar • Identificar y utilizar como reforzantes los beneficios económicos que las prácticas más saludables pueden conllevar

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

agudas, discapacidades, inmovilidad, etc.) o cuando las condiciones emocionales o cognitivas impidan la participación en un programa grupal.

La intervención grupal interesa en cuanto contribuye a facilitar el modulado de las conductas, la resolución de los problemas o el *feedback* sobre entrenamientos específicos, además de adaptarse bien a las condiciones de trabajo de la enfermera comunitaria y las propias de los centros de atención primaria.

TABLA 26-3. Distribución diaria de los hidratos de carbono en la dieta de la persona con diabetes

Desayuno	15-20%
Media mañana	10%
Almuerzo	25%
Merienda	10%
Cena	25%
Suplemento (antes de acostarse)	10%

CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CON DIABETES

Como ya hemos comentado, nos centraremos en la alimentación, el ejercicio físico y el autocontrol.

Alimentación

La alimentación constituye el elemento fundamental en el manejo de la diabetes y la base sobre la que se ajusta cualquier otro tratamiento. Todos los diabéticos han de tener unas pautas de alimentación individualizadas, adaptadas a su edad, talla, peso, actividad física, gustos, así como a la presencia de otras enfermedades asociadas, como hipertensión, dislipemia o neuropatía.

La dieta de la persona con diabetes debe consistir en una alimentación equilibrada y regulada para conseguir estos objetivos: 1) alcanzar y mantener el control metabólico (normalización de la $HbA1_c$, colesterol LDL y triglicéridos); 2) contribuir a mejorar el control de la presión arterial; 3) reducir el peso y mantener las pérdidas conseguidas; 4) minimizar las fluctuaciones de las glucemias posprandiales; 5) disminuir la resistencia de la insulina, y 6) satisfacer las necesidades nutricionales individuales teniendo en cuenta las preferencias personales y culturales y los deseos de cambiar.

En la dieta del diabético se deben repartir los hidratos de carbono (HC) a lo largo del día, tal y como se detalla en la tabla 26-3. Asimismo, se deben seguir estas recomendaciones nutricionales:

- Sustitución de HC de absorción rápida por HC de absorción lenta.
- Disminución de los HC e ingesta de los mismos en varias tomas a lo largo del día.
- La fibra retarda el vaciado gástrico y la absorción de HC y grasas. Reduce la glucemia posprandial, mejorando el control glucémico y lipídico y la función intestinal, contribuyendo a incrementar la sensación de saciedad. Se recomienda ingerir 25-30 g de fibra al día: un plato de verduras, fruta, legumbres y cereales integrales.
- Se recomienda el uso de edulcorantes no calóricos (sacarina, aspartamo, ciclamato, acesulfame potásico) frente a los nutritivos (fructosa, sorbitol, xilitol y manitol).
- El consumo de 5 a 15 g de alcohol al día disminuye el riesgo cardiovascular, aumenta el colesterol HDL y la sensibilidad a la insulina. Debe limitarse a una unidad (10 g) al día en las mujeres y a dos unidades en hombres. Para reducir el riesgo de hipoglucemia se recomienda consumir en las comidas. Hay que abstenerse totalmente en presencia de hipertriglicemia o neuropatía. Son preferibles las bebidas secas y con menor proporción de alcohol (vinos secos, cavas brut, cerveza, etc.). El aporte calórico de la ingesta de alcohol debe detraerse de las grasas.
- Disminución del colesterol (< 300 mg) y grasas saturadas (< 10%). El contenido de grasas de la alimentación debe reducirse, y se elegirán las menos aterógenas: aceite de oliva o girasol frente a mantequillas y margarinas; pescados frente a carnes. Aumentar el aporte de grasas poliinsaturadas con efecto cardioprotector se consigue con dos o tres raciones de pescado a la semana.
- Respecto a los alimentos para diabéticos, son caros y de dudosa utilidad. No se conoce la composición exacta y el contenido calórico la mayor parte de las veces. Suelen incluir azúcares tipo fructosa, sorbitol o xilitol que, además de su poder calórico, se transforman en glucosa en el hígado y no contribuyen a mejorar el cumplimiento de la dieta. Por tanto, no son recomendables.

En la actualidad, existen diversas líneas de investigación que intentan mejorar los conocimientos sobre el efecto de los distintos alimentos sobre el control de la diabetes. Entre estas líneas cabe destacar la relacionada con la dieta mediterránea y la relacionada con el índice glucémico. La dieta mediterránea se ha demostrado eficaz en la prevención de problemas cardiovasculares, los cuales constituyen importantes complicaciones de la diabetes. El índice glucémico fue introducido por Jenkins en 1981 y expresa la rapidez con la que los alimentos que contienen HC se digieren, absorben y pasan a la sangre en forma de glucosa (a mayor índice glucémico, mayor rapidez). En 2013, se ha publicado el metaanálisis de Ajala et al., sobre intervenciones nutricionales en personas con diabetes tipo 2, donde se pone de manifiesto que las dietas basadas en bajo contenido de HC, las basadas en el índice glucémico, las de alto contenido en proteínas y la dieta mediterránea mejoran el control glucémico; que la dieta mediterránea y la de bajo contenido en HC favorecen la pérdida de peso, y que todas las dietas menos la de alto contenido proteico mejoran los niveles de HDL.

Por otro lado, el metaanálisis de Nield et al. ha demostrado que la intervención nutricional es más eficaz en relación con el control glucémico cuando va acompañada de una intervención sobre el ejercicio físico.

Ejercicio

El ejercicio físico presenta una serie de beneficios que lo hacen importantísimo para el tratamiento de la diabetes. Entre dichos beneficios cabe destacar: 1) disminuye la glucemia durante y después de la realización del mismo; 2) mejora la sensibilidad a la insulina y el control glucémico (disminuye la glucemia basal y posprandial y al $HbA1_c$; 3) contribuye a la pérdida de peso; 4) aumenta el colesterol HDL y disminuye el colesterol LDL y los triglicéridos; 5) ayuda a bajar la tensión arterial y mejora la función cardiovascular, y 6) aumenta el bienestar físico y psicológico.

Se debe recomendar un ejercicio aeróbico (caminar, nadar, bicicleta, etc.) de intensidad moderada y de carácter progresivo, aumentando paulatinamente en duración e intensidad.

Autocontrol

El autocontrol consiste en la aplicación por parte de la persona con diabetes de las modificaciones terapéuticas y cambios en el estilo de vida para conseguir el control metabólico y prevenir las complicaciones de la diabetes. El autoanálisis, el control del peso, el ajuste de la alimentación, la insulina, el ejercicio y la inspección de los pies por las propias personas constituirían lo que se denomina autocontrol de la diabetes.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ajala O, English P, Pinkney J. Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. 2013;97(3):505-16.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Guía de atención de enfermería a personas con diabetes. Granada: ASANEC; 2003.

Bimbela JL, Gorrotxategui M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Granada: EASP; 2001.

Cano-Pérez JF, Franch J, Mata M. Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria. 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

Deakin T, McShane C, Cade J, Williams R. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. La Biblioteca Cochrane Plus [internet]. 2008. [Consultado el 2 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.update-software.com.

Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. Patient Education and Counseling. 2004;52(1):97-105.

FUDEN. Atención al individuo y la familia. Enfermería comunitaria. Colección líneas de especialización en enfermería. Madrid: FUDEN; 2009.

Green L, Kreuter M. Health promotion planning: An educational and ecological approach. 3.ª ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999.

Jenkins DJ, Wolever TM, Taylor RH, Barker H, Fielden H, Baldwin JM, et al. Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrate exchange. Am J Clin Nutr. 1981;34(3):362-6.

Loveman E, Cave C, Green C, Royle P, Dunn N, Waugh N. The clinical and cost-effectiveness of patient education models for diabetes: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment [internet]. 2003;7(22). [Consultado el 2 de mayo de 2013]. Disponible en: http://wrap.warwick.ac.uk/52144/1/WRAP_Waugh_Education%20TAR.pdf.

Nield L, Moore H, Hooper L, Cruickshank J, Vyas A, Whittaker V, et al. Asesoramiento dietético para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos. La Biblioteca Cochrane Plus [internet]. 2008. [Consultado el 5 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.update-software.com.

Salinero-Fort MA, Carrillo-de Santa Pau E, Arrieta-Blanco FJ, Abanades-Herranz JC, Martín-Madrazo C, Rodes-Soldevila B, et al. Effectiveness of PRECEDE model for health education on changes and level of control of $HbA1_c$, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus. BMC Public Health. 2011; 11:267.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 7

Diabetes mellitus

Juana Perpiñá Galvañ

DEFINICIÓN

La diabetes mellitus (DM) engloba un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas cuyo denominador común es la hiperglucemia crónica, provocada por defectos en la secreción de insulina, de su acción o ambas a la vez y que se acompaña, en mayor o menor grado, de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas. Ese estado de hiperglucemia crónica produce importantes complicaciones metabólicas tanto agudas como crónicas.

EPIDEMIOLOGÍA

En España la DM podría afectar a dos millones de personas. La incidencia de la DM tipo 2 (DM2) se estima en 8/1.000 habitantes año, y la de DM tipo 1 (DM1) en 11-12 casos por 100.000 habitantes y año. Más de un tercio de las personas que tienen DM no están diagnosticadas y desconocen que presentan la enfermedad. En España, la DM es la tercera causa de muerte en mujeres y la séptima en varones. Además, estas cifras deberían corregirse en función del papel que desempeña la diabetes como causa que predispone a enfermedad cardiovascular o coronaria.

FISIOPATOLOGÍA

Metabolismo normal de la insulina

La insulina es una hormona producida por las células β de los islotes de Langerhans del páncreas, cuyas principales funciones son:

- Transportar la glucosa desde el torrente sanguíneo a través de la membrana celular hasta el citoplasma de la célula, para la obtención de energía.
- Estimular el almacenamiento de glucosa en el hígado y tejido muscular, en forma de glucógeno.
- Estimular el almacenamiento de la grasa de la dieta en el tejido adiposo.
- Acelerar el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas de la dieta) a las células.
- La insulina también inhibe la glucogenólisis (degradación de la glucosa almacenada) y la gluconeogénesis (producción de nueva glucosa a partir de aminoácidos y otros sustratos).

En condiciones normales, el páncreas libera insulina continuamente al torrente sanguíneo, incluso durante los períodos de ayuno (velocidad basal), con una liberación aumentada (bolos) cuando se ingiere alimento. La actividad de la insulina liberada disminuye la glucosa sanguínea al permitir que esta pase de la circulación al hígado, músculos y adipocitos. Durante el ayuno nocturno normal la insulina disminuye, y se facilita la liberación de glucosa almacenada principalmente en el hígado (glucogenólisis). Después de 8-12 h de ayuno, el hígado forma nueva glucosa a partir de sustancias no derivadas de carbohidratos, incluidos los aminoácidos (gluconeogénesis).

Otras hormonas (glucagón, adrenalina, hormona de crecimiento y cortisol) ejercen efectos opuestos a la insulina y se denominan hormonas contrarreguladoras. Estas hormonas, especialmente el glucagón (segregado por las células α de los islotes de Langerhans), actúan aumentando los valores de glucemia al estimular la producción de glucosa y su salida desde el hígado. El efecto del equilibrio entre la concentración de insulina y glucagón permite mantener constante la glucemia y dentro del intervalo normal de aproximadamente 70 a 120 mg/dl.

Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 1

La DM1 se caracteriza por la destrucción progresiva de las células β del páncreas que conduce a un déficit absoluto de insulina. Aunque no se conoce exactamente la causa, se cree que es una

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

combinación de factores genéticos, inmunitarios y ambientales (exposición a ciertos virus). Este tipo de diabetes no es de carácter hereditario en sí misma, sino que tiene predisposición genética o tendencia a desarrollarla.

Las manifestaciones de la DM1 se desarrollan cuando el páncreas de la persona no puede producir más insulina. Una vez se produce este hecho, el inicio de los síntomas es habitualmente rápido y el paciente acude al servicio de urgencias con cetoacidosis inminente o real. Sin importar la causa específica, la destrucción de las células β resulta en una producción sin límites de glucosa por parte del hígado y en hiperglucemia en ayuno. Además, la glucosa derivada de los alimentos no puede almacenarse en el hígado, sino que permanece en el torrente sanguíneo y contribuye a la hiperglucemia posprandial. El individuo con DM1 precisa un suplemento de insulina de una fuente externa (insulina exógena), inyectada, para mantener la vida.

Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2

En la DM2 el páncreas normalmente continúa produciendo cierta cantidad de insulina. Sin embargo, la insulina producida es insuficiente para las necesidades corporales y/o es escasamente utilizada por los tejidos. La presencia de insulina endógena es la principal diferencia fisiopatológica entre la diabetes tipo 1 y tipo 2.

Tres son los problemas principales relacionados con el desarrollo de la DM2: resistencia a la insulina (RI), alteración en la secreción de insulina y producción aumentada de glucosa endógena por el hígado. No se conocen los mecanismos exactos que los producen, aunque se cree que factores genéticos y ambientales son parte de este proceso. La RI es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. Este hecho se debe a que los receptores de la insulina no responden a su acción y/o son insuficientes en número. La mayoría de receptores de insulina se encuentran localizados en el músculo esquelético, la grasa y las células hepáticas. Cuando no se utiliza la insulina de forma adecuada, se impide la entrada de glucosa al interior de la célula, provocando hiperglucemia. El segundo factor en el desarrollo de la DM2 es un notable descenso en la capacidad del páncreas para producir insulina, ya que las células β se fatigan por la sobreproducción compensatoria de insulina.

En la DM2, aunque se altere la secreción de insulina, hay la suficiente para evitar la degradación de los lípidos y la producción subsiguiente de cuerpos cetónicos y, por tanto, no se presenta cetoacidosis diabética. Sin embargo, la DM2 sin control ocasiona otro problema agudo llamado síndrome hiperosmolar no cetósico.

Aunque todavía no se han identificado los genes principales para esta enfermedad, hay gran evidencia a favor de una fuerte predisposición genética, el aumento de riesgo en grupos familiares, así como las diferencias entre grupos étnicos. También hay factores ambientales que influyen en su patogenia: obesidad, edad, cambios alimentarios y actividad física.

CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

Aunque la American Diabetes Association (ADA) reconoce 11 clasificaciones diferentes de la enfermedad (cuadro 27-1), la mayoría de estos tipos rara vez se presentan en la práctica enfermera habitual. Los cuatro tipos clínicos más frecuentes

CUADRO 27-1. Criterios diagnósticos de la diabetes mellitus

1. Síntomas cardinales de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida no explicada de peso) y glucemia plasmática ocasional ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), obtenida en cualquier momento del día independientemente del tiempo pasado desde la última ingesta
2. Glucemia plasmática en ayunas (AGA) ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l), entendiéndose por ayunas un período sin ingesta de al menos 8 h
3. Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las 2 h de un test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG). La prueba debe realizarse según la descripción de la OMS (1985), con 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua

El resultado deberá confirmarse en una segunda ocasión por cualquiera de los tres métodos.
Fuente: González Sarmiento et al. (2008).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

son: DM1, DM2, diabetes gestacional y diabetes secundaria.

Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)

Conocida anteriormente como diabetes «de inicio juvenil» o «insulinodependiente» cursa con un déficit absoluto de insulina. Representa un 5-10% de todos los tipos de diabetes. Se presenta con mayor frecuencia en personas con edades inferiores a los 30 años, con un máximo de inicio entre los 11 y los 13 años. Típicamente se observa en personas con estructura corporal delgada, aunque puede presentarse en personas con sobrepeso. La instauración de los síntomas suele ser brusca.

El paciente con frecuencia presenta una reciente y súbita pérdida de peso, así como los síntomas clásicos de las «tres P»: poliuria, polidipsia y polifagia. La polidipsia (sed excesiva) y la poliuria (micción frecuente) ocurren como resultado de la pérdida excesiva de líquidos asociada con la diuresis osmótica. La persona también experimenta polifagia (hambre excesiva) como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas. Otros síntomas incluyen fatiga y debilidad así como somnolencia, visión borrosa, náuseas, vómitos o dolor abdominal. El paciente precisa suplementos externos de insulina para mantener la vida y es propenso a la cetosis (presencia de cuerpos cetónicos como producto de la degradación de ácidos grasos) por falta de insulina en el debut o durante la enfermedad. Sin insulina el paciente desarrollará cetoacidosis diabética (CAD), una entidad amenazante para la vida que provoca acidosis metabólica.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Es, con diferencia, el tipo más prevalente de diabetes, representando más del 90-95% de los pacientes con diabetes. Se presenta normalmente en personas con edades superiores a los 40 años y el 80% de los pacientes presentan sobrepeso en el momento del diagnóstico. El inicio de la enfermedad en la DM2 es habitualmente gradual. La persona puede llevar mucho tiempo, en ocasiones años, con hiperglucemia no detectada que podría producir escasos síntomas metabólicos, y si los presenta, suelen ser menores, por lo que, generalmente, el paciente no es consciente de ellos. Los estados de prediabetes ejercen una acción deletérea durante este tiempo sobre diferentes órganos por acción de la glucotoxicidad, lo que justifica la presencia de lesiones vasculares en un porcentaje elevado de pacientes de reciente diagnóstico. De hecho, en la mayoría de pacientes, la enfermedad se descubre de manera casual en una revisión general, cuando se realizan pruebas de laboratorio rutinarias o cuando se manifiesta alguna complicación, generalmente de tipo vascular.

Las manifestaciones clínicas de la DM2 son inespecíficas. Algunas de las manifestaciones que se presentan con más frecuencia son: fatiga, infecciones de repetición (fundamentalmente genitourinarias, del aparato respiratorio o peridentarias), lesiones cutáneas con micosis, retraso en la curación de las heridas, complicaciones microvasculares a nivel renal, retinianas o nerviosas o macrovasculares en forma de claudicación intermitente, vasculopatía periférica o cerebral, etc.

Diabetes gestacional (DG)

Por DG se entiende cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia durante el embarazo. Se presenta aproximadamente en el 7% de los casos. Se desarrolla hiperglucemia durante el embarazo debido a la secreción de hormonas placentarias que inhiben la producción de insulina. Debido a los riesgos que conlleva la DG para la madre y el neonato, se justifica la realización de pruebas de detección y diagnóstico. El cribado se debe realizar a toda embarazada entre las 24 y 28 semanas de gestación y debe ser universal. Sin embargo, el cribado debe hacerse precozmente, ya en la primera consulta prenatal, si existe un alto riesgo de DG (edad $\geq$ 35 años, obesidad importante, síndrome de ovario poliquístico, antecedente de DG o macrosomía fetal, importantes antecedentes familiares de DM2).

Diabetes secundaria

La diabetes se presenta en ciertas personas debido a otras enfermedades o debido al tratamiento de una enfermedad que provoca valores de glucemia anormales. Los problemas de salud y los fármacos que pueden provocar diabetes secundaria se resumen en el cuadro 27-1. La diabetes secundaria se resuelve habitualmente cuando se trata el problema de salud subyacente.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la DM se basa en la presencia de una de las tres anomalías siguientes del metabolismo de la glucosa: alteración de la glucosa

plasmática en ayunas (AGA); elevación ocasional de la glucemia en cualquier momento del día y en cualquier circunstancia, siempre que se acompañe de síntomas como poliuria, polidipsia y adelgazamiento, y alteraciones a las 2 h en el test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG). En el cuadro 27-1 aparecen los criterios establecidos en 2003 por la American Diabetes Association (ADA) para el diagnóstico de la DM.

Además de los cuatro tipos de DM citados anteriormente, existen unas alteraciones o categorías intermedias del metabolismo de la glucosa, entre la normalidad y la DM que son: la alteración de la glucosa en ayunas (AGA) y la intolerancia a la glucosa (ITG). Ambas constituyen las situaciones de prediabetes. En ausencia de embarazo, no son entidades clínicas en sentido estricto, sino más bien factores de riesgo de desarrollar DM y enfermedad cardiovascular. Sus criterios diagnósticos se exponen en la tabla 27-1.

De todas las pruebas anteriormente comentadas, la ADA, en 1997, aconsejó la valoración de la glucosa plasmática basal como prueba fundamental para el diagnóstico. En ausencia de hiperglucemia inequívoca con descompensación metabólica aguda, los criterios deben repetirse (cualquiera de ellos) en una segunda ocasión para confirmar el diagnóstico.

La determinación de la hemoglobina glucosilada ($HbA1_c$) es de utilidad para determinar los valores glucémicos en el tiempo. El test muestra la cantidad de glucosa que se ha unido a las moléculas de hemoglobina durante los 90 a 120 días previos. Todos los pacientes con diabetes deben someterse, de forma regular, a la realización de este test. En las personas con DM el objetivo ideal es conseguir una $HbA1_c$ del 7% o inferior.

TABLA 27-1. Categorías intermedias entre la normalidad y la diabetes mellitus

Categoría	Test glucemia basal	Test 2 h de TTOG
Normal	< 100 mg/dl	< 140 mg/dl (< 7,8 mmol/l)
AGA	100-125 mg/dl (5,6-6 mmol/l)	
ITG		140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/l)
DM	> 126 mg/dl (> 7 mmol/l)	> 200 mg/dl (> 11,1 mmol)

AGA, alteración de la glucosa en ayunas; *ITG,* intolerancia a la glucosa; *TTOG,* test de tolerancia oral a la glucosa.
Fuente: González Sarmiento et al. (2008).

Actualmente, no existe evidencia de que el cribado rutinario de la DM2 en población general sea beneficioso, aunque teniendo en cuenta las estimaciones futuras y que hasta un 50% de los pacientes con DM2 están sin diagnosticar porque permanecen asintomáticos durante muchos años, se debería identificar a los sujetos que presentan mayor riesgo de DM, dada la necesidad de retrasar o prevenir la aparición de complicaciones, tanto macrovasculares como microvasculares.

TRATAMIENTO

De una manera general, el tratamiento de la DM1 y DM2 pretende conseguir tres objetivos fundamentales: 1) la desaparición de los síntomas relacionados con la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados; 2) retrasar la aparición de las complicaciones crónicas micro- y macrovasculares, o enlentecer su progresión si ya estuvieran establecidas en el momento del diagnóstico, y 3) normalizar el estilo de vida del paciente e implicarle en el conocimiento y autocontrol de la enfermedad. Estos objetivos se cumplen con mayor probabilidad cuando el paciente es capaz de mantener los valores de glucemia tan próximos a la normalidad como sea posible, aunque se actúa de forma integrada sobre la totalidad de los aspectos que influyen en el pronóstico de la enfermedad (cuadro 27-2). La

CUADRO 27-2. Tratamiento integral de la diabetes mellitus

Modificaciones en el estilo de vida
Dieta y nutrición
Ejercicio aeróbico
Abandono del hábito tabáquico

Control de factores metabólicos modificables
Control glucémico
Control lipídico
Control de la presión arterial
Control trombótico (antiagregación)

Prevención de complicaciones crónicas
Control y prevención de neuropatía
Cribaje y control regular de albuminuria
Exploración regular oftalmológica
Exploración regular y control del pie diabético
Exploración regular dentaria

Fuente: Herráez García et al. (2008).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

educación sanitaria al paciente, que lo capacita para convertirse en el participante más activo de su propio tratamiento, es esencial para conseguir un tratamiento satisfactorio.

Las herramientas utilizadas en el tratamiento de la DM son:

1. Tratamiento farmacológico:
   a. Insulinoterapia.
   b. Antidiabéticos orales.
2. Tratamiento no farmacológico:
   a. Terapia nutricional.
   b. Ejercicio.
   c. Autocontrol de la glucemia.

Insulinoterapia

Actualmente, se usan insulinas humanas biosintéticas obtenidas por ingeniería genética. La principal ventaja de la insulina humana frente a la de origen animal es que disminuye la probabilidad de provocar reacciones alérgicas. En los últimos años se han desarrollado análogos de la insulina con la estructura molecular modificada.

El tipo de insulina empleado inicialmente dependerá de las necesidades y el estilo de vida del paciente, fomentando así la adherencia al tratamiento y el autocontrol. Recientemente se ha acuñado la terminología de «tratamiento convencional» para describir aquellos regímenes insulínicos que tan solo requieren una o dos inyecciones al día de insulina regular y/o insulina de acción intermedia (NPH) o mezclas antes del desayuno y la cena, en cantidades fijas. En contraposición al convencional, se encuentra el «tratamiento intensivo», que describe el régimen en el que se emplean múltiples inyecciones, tres o más veces al día, o el uso de bombas de inyección subcutánea continuada de insulina.

Las insulinas pueden clasificarse, por su rapidez de acción, en (tabla 27-2):

- **Insulinas rápidas:** de este grupo nos encontramos con la insulina regular y los análogos de insulina de acción rápida. Se pueden administrar solas o en combinación con insulinas de acción prolongada. Mientras que la insulina humana regular se puede administrar por vía subcutánea, intravenosa y por bomba de insulina, sus análogos (insulina lispro y aspart) solo se pueden administrar por vía subcutánea.
- **Insulinas de acción prolongada:** incluyen la NPH y los análogos de acción prolongada (glargina y detemir). Aportan niveles basales de insulina durante las 24 h del día, disminuyendo los picos y minimizando así la hipoglucemia, y solo se pueden administrar por vía subcutánea (no usar por vía intravenosa ni bombas de insulina). La NPH se administra en una o dos dosis diarias (matutina y/o nocturna) y se puede utilizar sola como insulina basal o en combinación con insulina de acción rápida. Los análogos de acción prolongada tienen la ventaja de liberarse gradualmente durante 24 h, por lo que se administra una dosis única, siempre a la misma hora, preferiblemente por la noche y sin relación con el horario de comidas. Estos últimos no pueden mezclarse con ninguna otra insulina. El menor riesgo de hipoglucemias nocturnas ha colocado a la insulina glargina en un puesto privilegiado en el mercado de las insulinas. El dolor o quemazón en el lugar de inyección es su efecto colateral más significativo.
- **Insulinas mixtas o premezcladas:** para pacientes que prefieren una pauta insulínica sencilla, sin comprometer el control glucémico, la mezcla de análogos de insulina puede ser una buena opción. Son de especial

TABLA 27-2. Características farmacocinéticas de los distintos tipos de insulina

Insulinas	Tipos	Comienzo de acción	Pico de acción	Duración de la acción
Rápidas	Lispro (Humalog Pen®)	5-15 m	1-2 h	2-4
	Aspart (Novorapid Flexpen®)	30-60 m	2-4 h	5-8 h
	Regular (Actrapid Inmolet®)	10-20 m	1-2 h	6 h
Prolongadas	NPH (Insulatard Flexpen®)	1-2 h	4-8 h	10-20 h
	Glargina (Lantus Opsite®)	1-2 h	Sin pico	Hasta 30 h
	Detemir (Levemir®)	1-2 h	Sin pico	Hasta 24 h
Mixtas	Regular + NPH (Mixtard®)	30 m	2-8 h	24 h
	Lispro o aspart + protamina	10-20 m	1-8 h	24 h

Fuente: Modificado de García Mingo et al. (2008).

importancia en pacientes mayores con impedimentos visuales, así como en pacientes en transición de antidiabéticos orales a insulinoterapia, en el que un número limitado de inyecciones favorece la aceptación y adherencia al tratamiento. La combinación de insulina NPH e insulina rápida logra un manejo adecuado de la DM2 con tan solo dos inyecciones al día, que es recomendado se realicen inmediatamente antes del desayuno y la cena, aunque en ocasiones se añade una tercera dosis antes de la comida. La necesidad de un ajuste continuo mediante bolos de insulina rápida antes de las comidas hace que el empleo de las insulinas mixtas en la DM1 no esté incluido en la guía de la ADA como pauta recomendada. No se pueden administrar por vía intravenosa ni en bomba de insulina.

Habitualmente la insulina se administra de forma subcutánea. La velocidad a la que se alcanzan las concentraciones séricas máximas varía con el sitio anatómico de inyección. La absorción más rápida es en el abdomen, seguido por la región deltoidea, el muslo y la región glútea. El abdomen es la localización preferida. El paciente debe actuar con precaución con respecto a la inyección en un sitio que va a ser sometido a ejercicio o masaje. Por ejemplo, el paciente no debe inyectarse insulina en el muslo y después irse a correr porque el ejercicio en esa zona y el aumento del calor corporal generado pueden aumentar la velocidad de absorción y la velocidad de inicio de la acción de la insulina.

Como la utilización de insulina humana ha reducido el riesgo de lipodistrofia, y dado que la rotación de los sitios de inyección produce variabilidad en la absorción de la insulina, actualmente no se recomienda rotar las áreas de inyección, sino la rotación dentro de un área determinada. Se pueden dar otros efectos adversos como reacciones inflamatorias locales a la insulina (picor, eritema y quemazón alrededor del sitio de la inyección), que pueden autolimitarse en 1 a 3 meses o pueden mejorar con una dosis de antihistamínico y ganancia ponderal. El efecto adverso más frecuente y grave del tratamiento con insulina es la hipoglucemia.

Antidiabéticos orales

Los antidiabéticos orales (AO) no son insulina, pero trabajan para mejorar los mecanismos que intervienen en el metabolismo de la glucosa. Para que un AO sea eficaz, el paciente debe tener parte de insulina endógena circulante, por lo que no son eficaces en la DM1. Los AO constituyen el tratamiento inicial de la DM2 cuando el seguimiento de un plan de alimentación y la práctica de ejercicio físico no consiguen reducir los niveles de glucosa ni disminuir la concentración de hemoglobina glucosilada. Pueden combinarse entre ellos y, cuando esto tampoco es eficaz, se combinan con insulina nocturna. En los estadios finales de la diabetes, aunque sea del tipo 2, con frecuencia se precisa tratamiento exclusivo con insulina por agotamiento de la célula β pancreática.

Todos los AO son capaces de disminuir la glucosa a través de distintos mecanismos, lo que permite clasificarlos en diferentes grupos. La principal característica de la DM2 es la resistencia a que la insulina propia actúe correctamente, es decir, existe insulinorresistencia (relacionada con el exceso de peso). Por este motivo se suele comenzar el tratamiento con un fármaco del grupo de los insulinosensibilizadores. Con el tiempo, es habitualmente necesario añadir un fármaco que ayude al páncreas a segregar más insulina (secretagogos).

Existen tres grandes grupos de AO:

1. Fármacos insulinosensibilizadores constituidos por las biguanidas y las glitazonas.
2. β-secretagogos o insulinosecretores con dos clases de fármacos: las sulfonilureas (SU) y las metiglinidas (MG).
3. Inhibidores de las α-glucosidasas intestinales: acarbosa y miglitol.

Terapia nutricional

Aunque la terapia nutricional es una piedra angular para las personas con diabetes, es también un desafío para gran parte de estas personas. Conseguir los objetivos nutricionales requiere el esfuerzo de un equipo coordinado que tenga en cuenta los aspectos conductuales, cognitivos, socioeconómicos, culturales y religiosos de la persona. La ADA no aprueba un único plan dietético. En su lugar, la terapia nutricional para el tratamiento de la diabetes se basa en un plan de alimentación sana adecuado y beneficioso para la mayoría de las personas, tengan diabetes o no. Esto significa que los mismos principios de la nutrición sana que se aplican para la población general se aplican también en las personas con diabetes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los objetivos de la terapia nutricional son:

1. Alcanzar y mantener los niveles de glucosa, lípidos y de presión arterial en niveles recomendados o en rango más cercano, para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.
2. Prevenir, o al menos retrasar, el desarrollo de complicaciones crónicas.
3. Intentar satisfacer las necesidades individuales y evitar las dietas rígidas de castigo, dietas «mágicas» y dietas sin evidencias científicas.
4. Individualizar las necesidades nutricionales en situaciones especiales como jóvenes con DM1 y DM2, embarazo, lactancia y diabéticos muy mayores.
5. En pacientes tratados con insulina y AO del tipo secretagogos, implicarlos en el automanejo para control de cifras y en el conocimiento y prevención de hipoglucemias y complicaciones agudas.
6. En DM1, el tratamiento nutricional debe coordinar la ingesta calórica, temporal y cuantitativamente, en relación con la insulinoterapia y el patrón de ejercicio del paciente. La pauta de insulina debe desarrollarse teniendo en cuenta los hábitos alimentarios del paciente y su patrón de actividad.
7. En DM2, el tratamiento nutricional está encaminado fundamentalmente a la reducción del peso en diabéticos obesos o con sobrepeso, como factor básico para el control de la enfermedad.

Las principales modificaciones que se deben recomendar al diabético son la sustitución de azúcares de absorción rápida por los de absorción más lenta y el reparto a lo largo del día para facilitar la secreción de la insulina endógena y evitar los picos de glucemia posprandial. En los pacientes tratados con fármacos es importante mantener un horario regular para evitar las hipoglucemias, así como una ingesta regular de hidratos de carbono de absorción lenta para evitar las oscilaciones de la glucemia y conseguir más fácilmente un buen control.

La eficacia de la terapia nutricional no debe infravalorarse, sobre todo en las primeras fases de la DM2, en las que se consiguen fácilmente glucemias normales o buenas gracias exclusivamente a la dieta. Debido a los efectos de la obesidad en la resistencia insulínica, la pérdida de peso es un importante objetivo terapéutico para los pacientes prediabéticos o diabéticos obesos, o con sobrepeso, ya que reduce niveles de $HbA1_c$, mejora los controles glucémicos y lipídicos y reduce la presión arterial.

Cuando en el equipo multidisciplinar que atiende al paciente diabético no se cuenta con la figura del dietista, la enfermera asume, con frecuencia, la responsabilidad de enseñar al paciente los cambios dietéticos básicos que precisa.

Ejercicio

El ejercicio constante y regular se considera como parte esencial en el tratamiento de la DM2. El ejercicio aumenta la sensibilidad a la insulina y puede tener un efecto directo sobre la disminución de los valores de glucemia. De hecho, el ejercicio regular ha demostrado mejorar el control glucémico y reducir las cifras de $HbA1_c$. También contribuye a la pérdida de peso, lo que disminuye la RI, y por tanto puede prevenir la aparición de DM2. Los beneficios terapéuticos de la actividad física regular pueden provocar una disminución en las necesidades de las medicaciones utilizadas para el control de la glucemia. El ejercicio regular también puede ayudar a reducir los valores de triglicéridos, LDL y colesterol, disminuir la presión arterial y mejorar la circulación.

Antes de iniciar un programa de actividad física en un paciente diabético, se debe tener en cuenta la edad, la preparación física, las preferencias del paciente y la presencia de complicaciones crónicas que puedan limitar o contraindicar determinados ejercicios. El ejercicio físico ideal para la mayoría de los diabéticos será caminar 45-60 min/día, de 3 a 5 días por semana.

Autocontrol de la glucemia

No existe, en la actualidad, evidencia científica suficiente sobre la eficacia del autocontrol de la glucemia (ACG) en la mejora del control glucémico de los diabéticos, y mucho menos de la frecuencia del autoanálisis; aunque es aconsejable que esta sea individualizada en función de los objetivos de control, la edad, enfermedades asociadas, complicaciones, tipo de diabetes, tipo de tratamiento, estabilidad metabólica, capacidad de aprendizaje, limitaciones del entorno familiar, etc. Sin embargo, distintos organismos internacionales consideran el autoanálisis como una herramienta útil para sensibilizar, motivar y educar, ya que involucra de forma activa al diabético y a su familia en el manejo del plan terapéutico. El ACG puede ser útil para evitar la hipoglucemia y ha demostrado ser eficaz en la reducción de la

$HbA1_c$ en DM2. Diversos estudios han demostrado que la $HbA1_c$ tiene un alto valor predictivo para las complicaciones tanto micro- como macroangiopáticas.

La frecuencia y el momento en que se debe realizar el ACG dependen de las necesidades y objetivos de cada paciente. Los tratados con múltiples inyecciones de insulina, tanto DM1 como DM2 y las diabéticas embarazadas, deben realizar ACG al menos tres veces al día como parte de la estrategia para mejorar el control de la glucemia y alcanzar los objetivos en las cifras de esta. Se desconoce la frecuencia óptima y el momento en que los DM2 tratados con fármacos por vía oral deben realizarlo, pero debe ser suficiente como para alcanzar los objetivos en las cifras de glucemia. Las pautas de controles para estos pacientes serán variables e individualizadas. Como norma general, a los pacientes con DM2 que precisen autoanálisis se les puede recomendar un autoanálisis rotatorio, a distintas horas del día. Una pauta sencilla para la mayoría de ellos consiste en hacer dos determinaciones diarias, una antes y otra 2 h después del desayuno, la comida o la cena, y siempre que se presenten síntomas de hipoglucemia. Cuando la persona diabética está enferma, debe controlarse la glucemia a intervalos de 4 h para determinar los efectos de estos factores estresantes sobre el valor de la glucemia.

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LA DIABETES MELLITUS

Así como la DM1 es, por lo general, diagnosticada y tratada por el especialista en endocrinología o en medicina interna, la DM2 lo es por médicos de atención primaria y por los endocrinólogos de área, con un reparto que depende de la complejidad y gravedad del proceso y de los tratamientos indicados.

En el momento del diagnóstico se debe realizar una evaluación completa del paciente mediante la elaboración de una historia clínica y exploración física lo más meticulosas posible, con el fin de detectar las características del proceso, la presencia o ausencia de complicaciones vasculares y neurológicas, la situación metabólica y la asociación o no de la DM a otros procesos de riesgo vascular (dislipemia, hipertensión arterial, obesidad, hábito tabáquico, etc.) con el fin de planificar el tratamiento y los cuidados más adecuados. En la tabla 27-3 aparece de forma resumida el contenido y la secuencia de los controles más frecuentes a realizar en el seguimiento del paciente diabético. El control de las cifras de presión arterial es un objetivo importante, pues la hipertensión es uno de los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular y complicaciones microvasculares como la retinopatía y la nefropatía. El objetivo de presión arterial (PA) a alcanzar y mantener en los pacientes con diabetes son cifras de PA $< 130/80$ mmHg, y en los pacientes diabéticos con nefropatía incluso cifras más bajas.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

La DM puede tener complicaciones tanto agudas como crónicas:

- Agudas:
  - Hipoglucemia grave.
  - Hiperglucemia.
  - CAD.
  - Coma hiperosmolar no cetósico.
- Crónicas:
  - Afectación de pequeños vasos:
    - Retinopatía, nefropatía y neuropatía.
  - Afectación grandes vasos:
    - Cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y cerebrovascular.

Hipoglucemia

El estado de **hipoglucemia** se define como la presencia de una glucemia plasmática inferior a 55 mg/dl acompañada de síntomas y signos característicos: síntomas vegetativos (sudoración, piel fría, nerviosismo, temblor, taquicardia) y síntomas neuroglucopénicos (confusión, mareo, hambre, bostezo, visión borrosa, somnolencia, convulsiones, coma).

Las causas de la hipoglucemia son diversas: exceso de insulina (en proporción a la glucosa plasmática), desequilibrio entre la ingesta y la acción máxima de fármacos (insulina, AO), error dietético, aumento del ejercicio físico (aumento del consumo de glucosa y absorción acelerada de glucosa) e incluso pueden aparecer síntomas sin hipoglucemia (en disminuciones rápidas de la glucosa, al tratar hiperglucemias).

La medida terapéutica más importante en el abordaje de la hipoglucemia es realizar una buena educación sanitaria al paciente y a las personas de su entorno respecto a la prevención

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TABLA 27-3. Seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria

Actividades	Revisión inicial (médico, enfermera)	Trimestral (enfermera)	Semestral (médico)	Anual (médico)
Historia clínica básica				
Antecedentes familiares	X			
Hábitos de vida	X	X	X	X
Sintomatología	X	X	X	X
Valoración de complicaciones	X			X
Efectos secundarios de la medicación	X	X	X	X
Exploración física				
IMC y perímetro de la cintura	X	X	X	X
PA y frecuencia	X	X	X	X
Examen de los pies	X	X	X	X
Examen de los pulsos	X		X	X
Exploración neurológica	X			X
Fondo de ojo	X			X
Exploración general	X			X
Exploraciones complementarias				
Glucemia	X	X	X	X
$HbA1_c$	X		X	X
Perfil lipídico	X			X
Microalbuminuria	X			X
Creatinina	X			X
ECG	X			X
Educación diabetológica				
Cumplimiento farmacológico	X	X		
Cumplimiento dietético	X	X		
Cumplimiento de ejercicio	X	X		
Cuidado de los pies	X	X		
Detección y manejo de hipoglucemias	X	X		
Autoanálisis	X	X		

ECG, electrocardiograma; *$HbA1_c$,* hemoglobina glucosilada; *IMC,* índice de masa corporal; *PA,* presión arterial.
Fuente: Gómez Marcos et al. (2008).

y el reconocimiento de la sintomatología de la hipoglucemia, así como las pautas a seguir una vez esté instaurada. Si el paciente presenta síntomas de hipoglucemia y no se dispone del equipo necesario para controlarla, debe asumirse que presenta una hipoglucemia y debe iniciarse el tratamiento.

La prevención de la hipoglucemia pasa por repartir adecuadamente las dosis de insulina y de los alimentos en las distintas comidas, planificar el ejercicio y llevar azúcar o caramelos siempre consigo.

Una vez instaurada, la hipoglucemia se tratará según si el paciente está o no consciente y, por tanto, si puede o no tolerar. A un paciente consciente con buena tolerancia se le deberán administrar en primer lugar 10-20 g de hidratos de carbono de absorción rápida (100 ml de zumo naranja, 1 sobre de azúcar, 2 cucharadas de miel, 2 caramelos, 100 ml de bebida de cola); después, 20 g de hidratos de carbono de absorción lenta (1-2 piezas de fruta, 4 galletas maría, 2 vasos de leche, 1 vaso de leche + 2 galletas, 3 tostadas), y realizar un control a los 15-30 min (si persiste, repetir). A un paciente que no tolera (inconsciente) se le administrará en primer lugar 20-30 ml de glucosa al 50% (i.v., lento); se continuará con suero glucosado al 5%; después, control a los 15-30 min (si persiste, repetir), y si el paciente no responde al tratamiento con glucosa, se administrará 1 mg de glucagón i.m. o s.c.

Hiperglucemia

Cursa con escasa sintomatología, que suele instaurarse de forma gradual. La aparición de poliuria, polidipsia, polifagia e incluso pérdida de peso en situaciones de insulinopenia puede estar presente. También puede aparecer debilidad, fatiga, visión borrosa, cefaleas, náuseas, vómitos y espasmos intestinales.

Las causas tienen que ver con un régimen terapéutico inadecuado (demasiada ingesta, escasa actividad o insuficiente medicación hipoglucemiante), con aparición de enfermedad (infección, accidentes vasculares graves) y estrés emocional o con una escasa sensibilidad a la insulina.

El abordaje de las situaciones metabólicas de hiperglucemia requerirá tratar las enfermedades intercurrentes que las originan, así como llevar a cabo las modificaciones necesarias en el tratamiento de la DM o de las causas que dificultan un buen control glucémico. Los cuadros diarreicos y la fiebre son de las primeras causas de descompensación hiperglucémica en la DM.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fernández-Duque MV, Maciá-Bobes C, Prida-Villa E, Ronzón-Fernández A. Revisión integral del tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria. Aspectos higiénico-dietéticos, educacionales y farmacológicos. Enfermería Clínica. 2008;18(1):41-5.

García Mingo A, Hernández Criado JC, Puerto Pérez E, Romero Alegría A. Insulinoterapia. Medicine. 2008;10(17):1195-203.

Gómez Marcos MA, García Ortiz L. Manejo general y extrahospitalario del paciente con diabetes. Valoración de la sintomatología. Procesos intercurrentes. Medicine. 2008;10(17):1138-48.

González Sarmiento E, Hinojosa Mena-Bernal MC, Inglada Galiana L. Diabetes mellitus tipo 1 y 2: etiopatogenia, formas de comienzo, manifestaciones clínicas, historia natural. Medicine. 2008;10(17):1091-101.

Herráez García J, Antolí Royo AC, Plata Izquierdo AJ, Romero Alegría A. Tratamiento de la diabetes. Criterios de control. Objetivos terapéuticos. Medidas generales. Factores dietéticos. Medicine. 2008;10(18):1184-7.

Melero Paredes S, Antolínez de Abia N. Actualización en insulinas. Metas de Enfermería. 2008;11(2):62-70.

Semb S. Diabetes mellitus. En: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (eds.). Enfermería medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. 6.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2004.

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. 10.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 8

Diagnóstico de salud

María Jesús Pérez Mora

INTRODUCCIÓN

El enfoque epidemiológico, considerado uno de los ejes de actuación de los profesionales de salud en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, requiere, como tarea inicial, el desarrollo del estudio de la salud de la población.

Definimos el concepto de *diagnosticar* como la acción de recoger y analizar datos para evaluar problemas de distintas naturalezas.

Esta definición del concepto se ajusta perfectamente al sentido y objetivo del estudio o diagnóstico de salud de una comunidad, que necesariamente debería ser el punto de partida de los profesionales de salud responsables del primer nivel de atención.

Sin un estudio de las necesidades, de los problemas reales y potenciales de la población con la que debemos trabajar, no podemos saber hacia dónde ir, ni qué prioridades abordar, ni qué recursos necesitamos, ni con qué instituciones debemos coordinar nuestro trabajo. Si no sabemos de qué situación de salud partimos, difícilmente podremos evaluar nuestros esfuerzos. Conocer la situación de salud de la comunidad en la que trabajamos nos permite comparar esta con la de otras comunidades, y en qué medida los recursos de los que disponemos son los necesarios.

Por tanto, recoger la información, analizar los datos, identificar las necesidades y problemas de salud, y establecer prioridades de intervención debe ser el primer objetivo de un equipo de salud, no importa en qué momento de su historia se encuentre.

La definición arriba recogida habla de «problemas de distinta naturaleza» y esto se ajusta, como ya hemos dicho, al carácter multicausal de los problemas de salud y nos da pie para recordar que la salud es un proceso que está condicionado por los determinantes de carácter social, ambiental, genético, económicos, por los estilos de vida, etc.

Así pues, un diagnóstico de salud de una comunidad implica la recogida de información sobre todos aquellos aspectos de la comunidad que puedan dar luz a la detección de necesidades no satisfechas que puedan acarrear problemas de salud así como problemas ya establecidos.

A continuación, exponemos una sucinta guía para la elaboración de un estudio de salud de una comunidad, con el fin de introducir al lector en la materia, pero será necesario ahondar en la bibliografía actual para disponer de una información más amplia y necesaria sobre el tema. También es necesario saber que una vez establecido como objetivo la realización del diagnóstico de salud, debemos programar su desarrollo como una actividad dentro de la planificación del trabajo cotidiano, estableciendo las fases de inicio y finalización de todas las actividades, desde la formación del grupo de trabajo, la asignación de responsabilidades, las tareas de recogida de información y análisis de los datos, la elaboración de un documento final donde aparezcan las prioridades de intervención respaldadas por métodos de priorización y toma de decisiones, así como los recursos necesarios para los programas de intervención y el sistema de evaluación permanente, que nos permita justificar el empleo de los recursos humanos y materiales que demandemos.

También es necesario que el equipo de salud sea consciente de que un diagnóstico de salud no puede ser un documento que, una vez realizado, quede como una tarea hecha en un momento dado y que luego duerma el sueño de los justos, sino que debe ser un trabajo sistemático que genere un documento vivo, que sirva de referencia entre la situación de salud encontrada y el estado de salud deseado; que se alimente de los continuos cambios que mediante el trabajo de los profesionales y la población se van logrando, mejorando la salud de los ciudadanos, consiguiendo

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

la implicación de las personas en el desarrollo de un estado de salud continuamente mejorable, que le permita llevar la vida económicamente productiva de la que hablaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su revisión de la definición de salud.

ELABORACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD

Partiremos de definir la comunidad a la que vamos a estudiar. Esta puede ser desde la población que configura un término municipal de un determinado número de habitantes o la población de un barrio de una ciudad, de la totalidad de esa ciudad, de una región o de una nación.

Dado que probablemente la mayoría de los lectores interesados sean miembros de equipos de atención primaria que estén pensando en empezar a elaborar el diagnóstico de salud de su población, nos referiremos a poblaciones de pequeños municipios o un barrio de una ciudad, independientemente de que el tipo de datos a recoger y analizar puedan ser los mismos.

Estructura de la recogida de información

Enumeramos a continuación los apartados de datos básicos que un análisis de la situación de salud debe recoger.

1. Ubicación geográfica de la zona.
2. Marco histórico de la comunidad.
3. Factores medioambientales.
4. Infraestructuras y equipamientos de la comunidad.
5. Demografía y estructura de la población.
6. Nivel de vida.
7. Organización social.
8. Hábitos de vida y actitudes de la población.
9. Recursos.

Ubicación geográfica de la zona

La descripción de la localización de la zona en la que vamos a realizar el estudio debe encabezar el mismo; debemos establecer los límites geográficos de la zona, su orografía, el término municipal, su ubicación en la comarca, si es municipio costero o de interior, recurriendo a los mapas cartográficos que consideremos necesarios.

Marco histórico

Se trata de introducir al equipo de salud en los orígenes de la población a la que va a prestar sus cuidados, ubicándola en el tiempo, con el fin de conocer los diferentes períodos de su desarrollo. Saber cómo nació el municipio, a qué momento histórico, económico y social responde su fundación, cómo creció o se despobló y a consecuencia de qué. Si hubo un momento en que la emigración o la inmigración cambiaron la estructura demográfica. Debemos tener en cuenta que el contexto histórico de cualquier pueblo condiciona las formas de sus respuestas frente a nuevos problemas sociales.

Factores medioambientales

Es necesario conocer los factores ambientales que van a condicionar la salud de la población y debemos mencionar en el estudio:

- La morfología del relieve: el tipo de suelos, la superficie del territorio y su utilización, si es territorio agrícola, ganadero o urbano.
- La hidrología: el discurrir del agua en una zona con recursos hídricos, como los manantiales, lagos, lagunas y ríos de la zona que puedan ser el origen de la provisión de agua. O, por el contrario, podemos encontrarnos con una zona seca donde el abastecimiento de agua sea una de las necesidades a cubrir.
- La hidrografía: el litoral marítimo, la desembocadura de los ríos.
- El clima: la temperatura, sus variaciones anuales, las variaciones estacionales, las precipitaciones, su reparto estacional, los vientos dominantes, la intensidad y dirección.
- La fitogeografía: zonas verdes urbanas, bosques, especies dominantes de plantas y arbolado, matorral, praderas, estepas.
- La zoogeografía: aves, insectos y su relación con la agricultura. Parásitos e insectos que puedan ser transmisores de enfermedades tanto en las personas como en animales. Si es zona de pesca o de caza.
- Y, por último, debemos conocer los factores de contaminación del aire, del suelo, de las aguas y conocer cómo se gestionan los residuos de la zona.

Infraestructura y equipamiento

Es muy importante conocer con qué infraestructura cuenta la comunidad de cara a valorar los recursos con los que cuenta la población respecto a:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- La comunicación: el estado de las vías de comunicación urbana, interurbana, situación respecto a la red de la vía férrea y marítima, telecomunicaciones, etc.
- Vertido y recogida de basuras, dónde se ubica el vertido de basuras, de qué tipo de recogida de basuras se dispone, recogida selectiva, de qué tipo de residuos. Condiciones de la red de alcantarillado y suministro de agua.
- Fuentes de producción de energía, su capacidad y suficiencia.
- Zonas industriales, ubicación y comunicación con el núcleo urbano. Zonas agrícolas. Ubicación del núcleo urbano respecto a las dos zonas anteriores.

Demografía y estructura poblacional

En primer lugar deberemos conocer el **total de la población asignada,** es decir, el número de personas a las que debemos prestar servicio, pero no basta con esto, es necesario conocer la **densidad de población** o lo que es lo mismo el número de personas por km^2.

También deberemos confeccionar la **pirámide de población,** es imprescindible saber cómo está estructurada esta población en función de la edad y el sexo, para poder valorar si se trata de una población de crecimiento rápido, de una población de crecimiento lento o si es una población envejecida.

Las **tasas de crecimiento** poblacional, como la tasa de crecimiento natural, de crecimiento demográfico, y las **tasas de migración,** nos ayudan a configurar un cuadro de la zona con la que trabajaremos.

Debemos calcular la relación de **dependencia,** es decir, el número de personas entre 0 y 16 años y de 65 o más años que dependen de la población activa comprendida entre los 16 y 65.

Es necesario saber el **origen** de las personas que forman nuestra población, el lugar de nacimiento de cada una de ellas; esto permitirá valorar en qué medida la comunidad es receptora de personas foráneas, y pensar en cuál es el foco de atracción de la comunidad, que puede ser desde oferta de trabajo hasta la oferta de un clima benigno para ciertas personas que le lleven a establecerse en ella. O, por el contrario, ser una población generadora de emigración o endogámica, en la que no existan uniones de parejas de foráneos y autóctonos.

Deberemos elaborar las **distribuciones poblacionales** según el estado civil, la población rural y urbana, la población activa y no activa, conocer la tasa de actividad y de paro, la población no activa: amas de casa, estudiantes, jubilados, personas que dependen de instituciones.

Distribuciones por sectores económicos: el **sector primario** que incluye la producción agropecuaria, forestal, minera, la pesca y la caza. El **sector secundario** al que pertenecen las industrias de elaboración y transformación alimentaria, confección, construcción, electricidad, aguas, gas, papel, presa, madera, metalurgia, química, textil, industria inespecífica. Y por el **sector terciario** o de servicios recogeremos el número de centros dedicados a comercios, banca, seguros, espectáculos, hostelería, servicios de limpieza, transporte aéreo, marítimo, fluvial, terrestre, servicios administrativos, educativos, sanitarios, etc.

Otros indicadores de población necesarios de conocer son la tasa de natalidad, de fecundidad y de nupcialidad para, por último, entrar a recoger datos para conocer las **tasas de morbilidad y mortalidad** como aproximación al conocimiento del estado de salud de la población.

Entre los indicadores de mortalidad tenemos la mortalidad bruta, la tasa anual de mortalidad infantil, las tasas por grupo de edad, por sexo y todas ellas a su vez por causas de mortalidad con el fin de conocer de qué muere la población y a qué años.

Respecto a la morbilidad, Pineault habla de cuatro tipos de morbilidad: la morbilidad percibida, la diagnosticada, la diagnosticable y la real. La forma clásica de medirla es mediante la tasa de incidencia (casos nuevos) y la prevalencia (todos los casos).

Nivel de vida

Se entiende por nivel de vida el nivel de confort material que un individuo o grupo de personas puede aspirar a lograr, o a la cantidad de bienes y servicios que puede consumir, en promedio, una población.

No debe ser confundido con el concepto «calidad de vida», bastante más amplio y que los profesionales de salud conocemos y medimos a través de las múltiples escalas de medición de forma específica.

Conviene saber que el nivel de vida sube en la medida en que se satisfacen las necesidades, se desarrollan la ciencia y la tecnología y crecen las fuerzas productivas.

Para medir el nivel de vida de la población recurrimos a indicadores relacionados con el nivel:

1. Sanitario.
2. Hábitat.
3. Educación.
4. Información general.
5. Hábitos de vida.
6. Participación comunitaria.
7. Condiciones sociales, políticas y económicas.

Podemos apreciar y medir el nivel **sanitario** de una población mediante indicadores ya mencionados en apartados anteriores como la mortalidad, la morbilidad por diferentes causas, ampliados por otros como la esperanza de vida, los años potenciales de vida perdidos, los de utilización de los recursos sanitarios (número de consultas, urgencias atendidas, derivaciones al segundo nivel, etc.), el nivel nutricional, el nivel de educación sanitaria, la higiene de las aguas, etc.

Respecto al nivel de **hábitat** es conveniente saber el régimen de tenencia de viviendas, el tipo de construcción de la zona, la superficie habitable por persona, el equipamiento y la proximidad de zonas de servicios (comercios, prensa, bancos, talleres…).

Mediremos el nivel **educacional** por la tasa de escolarización, analfabetismo, fracaso escolar y nivel de estudios alcanzados, e incluiremos la información sobre equipamiento como el número de escuelas y centros educativos, centros para educación de adultos y su estado de conservación.

Cómo y dónde busca la **información** la población es importante, una población informada supone una ventaja sustancial para los profesionales que trabajan con ella, por ello debemos conocer qué lee, qué escucha y qué ve. Los mensajes de la televisión y la radio influyen en la demanda de servicios más de lo que en ocasiones pensamos. No es difícil saber con qué frecuencia leen libros, periódicos o revistas, la audiencia de radio y las preferencias. Dónde acuden a buscar esta información, es decir, el equipamiento de biblioteca, cine, teatro, asociaciones culturales y deportivas.

La cultura de **participación** de la población es también un punto en el que apoyarnos, una población participante se implicará en la consecución de una mejora de la salud de la comunidad si somos capaces de abrir los cauces para ello, si no olvidamos que es la participación ciudadana la que legitimará nuestra actuación, porque la ciudadanía la hará suya, la reconocerá como propia y cercana.

El conocer el nivel de actividad de sindicatos, partidos políticos, asociaciones cívicas y cooperativas nos acerca al conocimiento de las personas y los grupos.

Las condiciones sociales, políticas y económicas vienen apoyadas por indicadores como la distribución de la renta, las relaciones laborales, las condiciones de trabajo y la estabilidad política.

Organización social

Con ello nos referimos a adentrarse en los posibles problemas generacionales, la situación de la mujer, los diferentes grupos étnicos, los grupos laborales, la estratificación económica, ocupacional o política, quiénes son los líderes de la comunidad y quiénes conforman el gobierno local.

Hábitos de vida y actitudes de la población

Cuáles son sus **hábitos de vida:** en qué emplean su tiempo de ocio, el tipo de alimentación, el ejercicio físico que realizan, con el fin de conocer en qué medida debemos reforzar o intentar cambiar sus actitudes.

Recursos

Un inventario de los recursos con los que la población cuenta no debe faltar como guía para coordinar nuestro trabajo con el resto de instituciones de la comunidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos que necesitamos recoger son de dos tipos: datos cuantitativos y datos cualitativos; los primeros nos muestran cuántas veces se produce un fenómeno, mientras que los segundos nos permiten conocer «cómo» se produce.

Las fuentes de datos con las que trabajaremos son de dos tipos: fuentes primarias y fuentes secundarias.

Las fuentes primarias son aquellas en las que las personas o instituciones recogen directamente los datos. Son las fuentes oficiales las que nos aportan toda la fiabilidad. Son también fuentes primarias cuando recopilamos los datos por nosotros mismos, como es el caso de encuestas, cuestionarios, entrevistas, etc.

Entre las fuentes de datos oficiales, podremos recurrir a los ayuntamientos, al Instituto

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Nacional de Estadística, a los diferentes institutos estadísticos de las comunidades autónomas, a los hospitales del Sistema Nacional de Salud y a los centros de salud pública, quienes mantienen la información a través de los censos y padrones municipales, las encuestas de morbilidad hospitalaria, los boletines epidemiológicos, etc. Con todos ellos obtendremos información demográfica, la movilidad diagnosticada, la mortalidad por diferentes causas y los recursos de la zona.

Pero hemos hablado de otra fuente de datos primarios y de morbilidad percibida o mejor deberíamos hablar de salud percibida, es decir, cómo los ciudadanos perciben su estado de salud, y es aquí donde debemos pensar en métodos apropiados para recoger esos datos necesarios en la elaboración del diagnóstico de salud de nuestra comunidad.

Las **encuestas a la población** y los **métodos de consenso** son dos herramientas importantísimas, no solo para conocer cómo siente la comunidad su salud, sino como instrumento de aproximación y de motivación a la participación de las personas que conforman la comunidad.

Mediante las encuestas podemos producir nuevas estadísticas sobre aquellos aspectos en los que nos interese profundizar o reforzar los datos ya obtenidos con los indicadores que nos proporcionan las fuentes de datos oficiales.

Con los métodos de consenso podemos corregir la falta de datos concluyentes, estos métodos permiten definir niveles de acuerdo con temas controvertidos y verificar la pertinencia de la información recogida por indicadores y encuestas. Una de las ventajas que ofrecen los métodos de consenso es que los participantes son susceptibles de convertirse en agentes de promoción de los programas que desarrollemos en el futuro.

Entre los métodos de consenso hay diferentes tipos de técnicas, como las de reflexión individual (grupo nominal), de interacción (tormenta de ideas, fórum comunitario) o técnicas de encuestas (método Delphi o informadores clave).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez tenemos recogida toda la información que el proyecto inicial tenía previsto, estaremos frente a un abundante número de datos que deberemos convertir en información que nos permita conocer el estado de salud de la comunidad sin perder el carácter de representación de la realidad.

Una forma de trabajar es mediante el **análisis convergente** de los datos, esta forma de estudio tiene como finalidad el estructurar toda la información de forma que sin desechar ningún dato podamos presentarla de forma entendible. Un fenómeno estudiado mediante diferentes métodos deberá mostrarse sintetizando e integrando los resultados, utilizando para ello mapas sanitarios o sociosanitarios. Esta manera de analizar la información nos lleva a enunciar los problemas y las necesidades de la comunidad que hemos estudiado.

Una segunda forma es mediante el **análisis de los problemas y de las necesidades detectadas.**

Una vez identificados los problemas debemos proceder a relacionarlos con sus posibles causas, identificar las consecuencias de los mismos, estimar su importancia, plantear una hipótesis de trabajo en función de todos estos parámetros y **establecer las prioridades** de intervención para, a partir de esas prioridades, **planificar nuestras intervenciones** en forma de programas de salud.

Varios son los instrumentos para determinar prioridades, desde procedimientos de trillaje, las parrillas de análisis, el método Hanlon o el método Puiger. En todos ellos se pondera la magnitud, la severidad del problema, la eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención.

Una vez finalizado el diagnóstico de salud, el equipo deberá comenzar con la tarea de diseñar los programas de salud que puedan dar respuestas a los problemas y necesidades identificadas en la comunidad.

MOVIMIENTO EN LAS CIUDADES SANAS

Durante los últimos años de la década de los ochenta, surgió el movimiento «Ciudades Sanas». La OMS pretendía crear una red de ciudades europeas con el fin de prestar apoyo a la promoción de la salud basada en la ciudad. Con ello se pretendía no solo que las ciudades aprendieran unas de las otras, sino que todas contribuyeran a divulgar los principios de la nueva salud pública. Para adherirse al movimiento, las ciudades debían firmar un compromiso en el que el concepto de ciudad saludable fuera más allá de que la ciudad poseyera buenos hospitales, en el que la participación de los ciudadanos estuviera garantizada; llevar a cabo un estudio de necesidades era un objetivo prioritario.

La Red de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana, a través del Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública, celebró en diciembre de 1986 un taller sobre la realización y difusión del diagnóstico de salud, a este taller pertenecen las siguientes 10 recomendaciones:

1. Debe estar basado más en la salud que en la enfermedad. Tiene un carácter continuo y debe actualizarse la información en fases posteriores y mejorar las fases iniciales.
2. Los diagnósticos serán más fáciles de elaborar si se desarrollan bases de datos que proporcionen información referida al ámbito municipal.
3. Si el diagnóstico es fruto del trabajo intersectorial, permite una valoración más adecuada de la situación de la ciudad.
4. Debe evidenciar las desigualdades en salud y ofrecer comparaciones entre los distintos grupos humanos y territorios del municipio, así como con otras ciudades.
5. Es un instrumento de participación comunitaria, ello supone aceptar que el único propietario legítimo de esta información es la comunidad e informarla, el objetivo más importante.
6. Deben concluir con informes o resúmenes que sean entendidos por la personas sin especial formación en ciencias de la salud. Debe ser conciso, claro y breve y no una lista interminable de problemas.
7. La finalidad del informe es la de proporcionar un debate sobre la salud de la ciudad. Debe contener información útil desde el punto de vista político y del interés ciudadano.
8. La implicación de los medios de comunicación y el empleo de técnicas de marketing permiten una mejor difusión de los resultados.
9. El debate comunitario de sus conclusiones debe favorecerse entre el mayor número de colectivos, incluyendo los no organizados como adolescentes y niños.
10. La viabilid ad de las conclusiones extraídas del debate comunitario se garantiza mediante la elaboración de un conjunto de prioridades y acciones prácticas negociadas y asumidas por los participantes.

Sirvan estas recomendaciones como conclusiones de esta exposición.

LECTURAS RECOMENDADAS

Asthon J. Ciudades Sanas. Barcelona: Masson; 1993.
Lomas Campos M. Instrumentos para la realización del diagnóstico de salud de la comunidad. Enfermería Científica. 2002;(238-239):25-32.
Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
Red de Ciudades Sanas de la Comunidad Valenciana. Recomendaciones para la realización y difusión de diagnósticos de salud. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat i Consum, (IVESP); 1989.
Silvestre A. Diagnóstico de salud de Elche. Ayuntamiento de Elche; 1990.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 2 9

Diagnóstico enfermero: líneas futuras de desarrollo e investigación

Eva María Gabaldón Bravo

CONCEPTO

El profesional de enfermería, una vez realizada la valoración del paciente dentro del proceso enfermero, pasará a elaborar los diagnósticos que le guíen en la planificación de los cuidados, es decir, en el enfoque y planteamiento de objetivos y en las intervenciones a realizar para la consecución de los mismos.

Los diagnósticos, pues, emergen de los datos obtenidos mediante la valoración, por medio de un proceso de interpretación de los mismos. Como indica Lunney (2010): «Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación». Se hace visible así, dentro del proceso de enfermería, el juicio clínico para decidir el eje de los cuidados planificados.

El diagnóstico de enfermería, lógicamente, tiene rasgos propios que lo perfilan e identifican como tal, frente a los diagnósticos generados por otros profesionales. Esto es así, por ejemplo, porque la enfermera centra la elaboración del mismo en el paciente, y lo integra en la totalidad del proceso de enfermería. Él es el protagonista en este proceso, por lo que colaboramos con él para que consiga la mayor cuota de bienestar y autonomía, en su proceso salud-enfermedad. Esto último es la finalidad que guía la elaboración, no solo de los diagnósticos, sino de todo el proceso de enfermería.

Desde la década de los sesenta hasta nuestros tiempos, vemos cómo el diagnóstico enfermero se ha ido perfilando como una herramienta de trabajo básica para los cuidados enfermeros. Pero para su uso, las enfermeras necesitan desarrollar competencias diagnósticas, y estas se basan en la capacidad óptima para interpretar los datos obtenidos en la valoración. Según indica Lunney (2010), son dos las condiciones básicas para el desarrollo de las competencias diagnósticas: la primera es de tipo intelectual, interpersonal y técnico, y la segunda requiere el uso de la tolerancia a la ambigüedad y de la práctica reflexiva como fortalezas personales y profesionales.

Las habilidades cognitivas de base para el uso del diagnóstico son las mismas que para realizar análisis, razonamiento lógico y aplicación de estándares; estas habilidades cognitivas se resumen en el concepto de pensamiento crítico, que supone el uso de los procesos de pensamiento y reflexión sobre la información que nos llega, sea del tipo que sea. Una vez sometida a la reflexión, deberemos contrastar y validar esa reflexión propia con los demás, y en último término asumiremos las coincidencias y las discrepancias. De las coincidencias nacerá el germen de la estandarización. Esta forma de pensamiento, este uso de la reflexión sobre el conocimiento, debe instaurarse en la formación del profesional de enfermería, tanto desde las aulas universitarias como desde la inmersión que realiza el estudiante en el ámbito de la sanidad, en hospitales y centros de atención primaria, aprendiendo de la forma de actuación profesional.

Es la valoración, su riqueza en contenidos, la que nos ofrece la información a la que aplicar el pensamiento crítico que nos llevará al diagnóstico. La valoración en enfermería, y más concretamente en el ámbito de la atención primaria, debe contener datos que guíen los cuidados enfermeros hacia la promoción, la prevención y la recuperación de la salud. «La promoción de la salud se dirige a un nivel creciente de bienestar o mejoría de la persona, familia o grupo. La promoción de la salud centra los esfuerzos en aproximarse

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

o avanzar hacia un estado positivo equilibrado de alto nivel de salud y bienestar» (Pender et al., 2006, p. 37). Debemos asumir el uso de diagnósticos que nos centren hacia el fin de la promoción de la salud, al igual que asumimos los destinados a la prevención o a la recuperación.

El marco teórico en el que definamos nuestra valoración será el que nos genere el diagnóstico.

DEFINICIONES Y COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO

En cuanto a la definición de diagnóstico, vemos como la NANDA International, en su publicación de 2010 traducida al castellano (p. 415), dice lo siguiente: «Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable». Por otra parte, define y diferencia el diagnóstico enfermero real, el de promoción de la salud y el de riesgo.

En cuanto a las partes de cada etiqueta diagnóstica (nombre dado al diagnóstico) reconocida por la NANDA, nos describe las siguientes:

- Definición: proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- Características definitorias: claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.
- Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.
- Factores relacionados: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

Por su parte, la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE), desde el año 2001, propone la siguiente definición: «Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de vida/problemas de salud reales o potenciales, que el personal profesional de enfermería identifica, valida y trata de forma independiente».

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EMERGENTES SOBRE EL DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA

Las líneas de investigación en diagnóstico de enfermería se integran en otras más amplias, como puedan ser las que profundizan en la forma de pensamiento enfermero, en dilucidar cómo piensa un profesional de enfermería para llevar a cabo su trabajo. De esta línea, la que se preocupa, pues, de la metacognición, se deriva otra un tanto más práctica, la que abarca el pensamiento crítico y la práctica reflexiva, y aboga por la aplicación de la misma al ejercicio profesional para optimizarlo y hacerlo avanzar dentro del ámbito profesional y científico. En ella se encuadra la enfermería basada en la evidencia.

Por otra parte, en el ámbito español abunda la producción científica, en los últimos años, sobre experiencias desde la gestión sobre la implantación del proceso de enfermería, donde se incluye lógicamente el uso de diagnósticos.

Líneas de investigación emergentes que engloban la investigación en diagnóstico

Pensamiento crítico y práctica reflexiva

Como indica la autora Alfaro-LeFevre (2008): «El pensamiento crítico es el compromiso de buscar la mejor forma de abordar el trabajo en enfermería, de encontrar el método, los recursos más acordes con el paciente y su situación». Por lo tanto, implica un posicionamiento del profesional para interactuar de forma crítica y reflexiva, siendo creativo, partiendo de su curiosidad intelectual y de la fundamentación de su acción en el conocimiento previo y la experiencia.

La práctica reflexiva de la enfermería engloba la comprensión a fondo de los principios del proceso enfermero, tales como la valoración sistemática y la personalización de las intervenciones. Por otra parte, integra la comunicación efectiva con el paciente y con el resto del equipo integrado de salud, tanto verbal como no verbal y escrita. El pensamiento crítico requiere del profesional de enfermería:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Conocimiento teórico y experimental relevante.
- Las mejores evidencias disponibles.
- Uso de estándares para la práctica profesional (estándares internacionales, códigos éticos y estándares nacionales y de organizaciones).

Desde esta nueva concepción del quehacer del profesional de enfermería, surgen campos para la investigación que atañen a aspectos tales como:

- *Diseñar y evaluar nuevas estrategias para maximizar el potencial humano,* así como profundizar en el conocimiento, la evaluación y mejora de las actuales estrategias que nos llevan a actuar de forma crítica y reflexiva. Entra en este ámbito el estudio sobre cómo memorizamos, si lo hacemos de forma que sea significativo para cada uno de nosotros, y de forma tal que tengamos a nuestra disposición el conocimiento adquirido en el momento que lo precisemos. También el estudio sobre los estilos de aprendizaje y las diversas estrategias que favorecen el mismo, y cómo estos aspectos influyen en la formación del futuro profesional de enfermería.
- *Avanzar en las ideas para la prevención de errores.* Nos centramos en quién está implicado en el error cometido y cuáles son los factores contribuyentes, de modo que se puedan diseñar enfoques globales para la prevención de errores.
- *Planificación y evaluación de intervenciones y procedimientos en nuevos escenarios de actuación.* Los avances científicos, las nuevas tecnologías de comunicación, los cambios en las sociedades, todo ello favorece la aparición de nuevos ámbitos para el cuidado y para su planificación.
- *Medición específica de los resultados de salud.* Es un aspecto inherente al pensamiento crítico y la práctica reflexiva; debemos hacer evidente cómo afecta nuestra intervención con el paciente y poder medir los progresos y resultados.
- *Diseños para el estudio y la promoción de las habilidades interpersonales y la promoción del pensamiento colaborativo.* Como profesionales de enfermería, que desarrollamos nuestra labor integrados en un equipo de salud, este tipo de habilidades, su adquisición óptima y depuración continua, es clave para la consecución de estrategias de calidad en los cuidados.
- *Lenguajes estandarizados, uso de taxonomías y diseño de programas informáticos que engloban el proceso enfermero.* En el ámbito español, cómo se han implantado determinadas taxonomías, que se han importado desde sociedades y culturas diferentes a la nuestra; cuál ha sido su proceso de implantación, y qué se ha logrado al respecto. Todas las vivencias a propósito de este proceso, relativamente reciente, pueden clarificar su situación actual y dar líneas de investigación que nos lleven a la mejora en la comunicación interprofesional y en la gestión de las instituciones sanitarias. Es clave hacer visible todo aquello que realice el profesional de enfermería, y su impacto en la salud de los individuos y poblaciones.
- *Fomento del pensamiento crítico y la práctica basada en la evidencia.* Este campo para la investigación lo desarrollaremos como un punto aparte, dado el impacto que está teniendo en el ámbito de formación y asistencia de la enfermería mundial.

Práctica basada en la evidencia, el pensamiento crítico y la investigación emergente en diagnóstico

La investigación supone un enfoque sistemático, ordenado y objetivo para crear nuevos conocimientos, o avanzar en el estudio y la comprensión de los ya adquiridos, bajo rigurosas condiciones de validación. El fruto de un trabajo llevado a cabo bajo estos criterios logra actualmente su impacto mediático gracias a los avances en el ámbito de las comunicaciones. La difusión, pues, de la investigación a través de medios como internet, junto con el tratamiento informático de los textos (artículos científicos, comunicaciones, ponencias, etc.), que hacen posible su consulta en cualquier punto del planeta, prácticamente, de forma inmediata, han hecho posible el trabajar día a día basando nuestra labor enfermera en la evidencia científica.

La práctica basada en la evidencia integra en la práctica clínica:

- La mejor evidencia de la investigación.
- El conocimiento de los expertos clínicos.
- Las preferencias del paciente.

Los cuidados de enfermería pasan, por tanto, de estar basados en la tradición y la costumbre del personal o de la unidad, o del hospital o centro de salud, a estar basados en la evidencia científica. Pero qué conocemos por evidencia

científica es un punto clave para la comprensión de la importancia de este enfoque para el avance de la disciplina enfermera en el ámbito profesional y de formación del profesional.

A través de la investigación y los estudios científicos, se llega a nuevos descubrimientos que, entrelazados entre sí, contrastados, dan lugar a algún tipo de evidencia. Esta evidencia se declara de forma singular y significativa, de forma que da lugar a su aplicación en la práctica por medio de recomendaciones. Estas recomendaciones nos llegan a través de las guías para la práctica clínica, o por medio de estándares de cuidados, vías clínicas, protocolos y algoritmos.

En el ámbito español, son múltiples las sociedades científicas y organismos oficiales que ofrecen guías para la práctica clínica que engloban los cuidados de enfermería y los tratamientos médicos y del resto de profesionales implicados en los procesos de salud y enfermedad. La investigación que se ha de llevar a cabo para su realización también engloba al diagnóstico de enfermería.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NOMENCLATURA, TAXONOMÍA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: VALIDACIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA II Y TRADUCCIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA, NIC Y NOC

De todos es conocida la influencia que en la actualidad ejerce la producción de taxonomías de la American Nurses Association (ANA), en el ámbito asistencial español. Desde que iniciara su andadura durante la Primera Conferencia Anual para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, en 1973, la sección especial de la ANA ha ido realizando una taxonomía diagnóstica (NANDA), que si bien nació para dar respuesta a la necesidad de un lenguaje común entre las enfermeras norteamericanas, ha terminado siendo el lenguaje estándar adoptado por la mayoría de los programas informáticos que se manejan en el ámbito asistencial en España.

Poco a poco, durante estos años fueron ampliando su taxonomía diagnóstica inicial hacia el campo de los objetivos y las intervenciones, abarcando así la planificación y la evaluación inherentes al proceso de enfermería. De la misma forma que la taxonomía diagnóstica fue adoptada por los programas informáticos, también ocurrió con estas otras dos, clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y clasificación de resultados de enfermería (NOC).

Ya en España, como indica en su página web de inicio, la AENTDE surge en 1996 con la idea de agrupar a todos los enfermeros interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre ellos, desde el ámbito científico y profesional.

Actualmente centra su trabajo en dos líneas:

- Validación de la taxonomía NANDA II. Se inicia esta línea en 2001, lo lidera la asociación, y da cabida a la participación de cualquier profesional que así lo solicite.
- Traducción de la taxonomía NANDA, NIC y NOC. Es una línea de trabajo interna de la asociación y surge por la preocupación por la calidad en la traducción de las etiquetas NANDA, lógicamente escritas en inglés, al idioma español, teniendo en cuenta criterios profesionales de enfermería. Parte de este trabajo, con el que la AENTDE quiere servir de centinela en el ámbito español sobre la calidad de las traducciones de las taxonomías, es la revisión de las mismas. Estas revisiones son publicadas periódicamente por parte de la asociación.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009. p. 65-7, 283.

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. España. C. 1996-2010. [Consultado el día 20 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.aentde.com/.

Benner P. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall; 2001. p. 95-107, 163-70.

Johnson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorheas S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Elsevier España; 2005. p. 13-8.

Lipman M. Pensamiento complejo y educación. 2.ª ed. Madrid: Ediciones de la Torre; 1998. p. 86-92.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010. p. 1-24.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 3 0

Discapacidad: valoración

María José Cabañero Martínez, Carmen Luz Muñoz Mendoza
y Ángela Sanjuán Quiles

INTRODUCCIÓN

La medición del estatus funcional incluye tradicionalmente la medición de tres dominios: los autocuidados (actividades básicas de la vida diaria), las actividades instrumentales de la vida diaria y la movilidad (Katz, 1983). Las actividades básicas de la vida diaria incluyen aquellas actividades que una persona necesita para tener una vida independiente como comer, control de esfínteres, vestirse, bañarse, trasladarse o caminar. Mientras que las actividades instrumentales incluirían aquellas actividades que permiten a la persona vivir independientemente en la comunidad como comprar, manejo del dinero, cocinar, lavar la ropa, uso del teléfono, uso del trasporte, etc.

Los instrumentos de medición de que disponemos en la actualidad son variados y pueden diferir en sus características psicométricas, principalmente fiabilidad y validez, así como en los niveles de adecuación y aplicabilidad a los diferentes contextos de uso.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Los instrumentos de actividades básicas de la vida diaria incluyen ítems de actividades de autocuidados y de movilidad interior (Avlund, 1997) y, a pesar de su importancia como predictores de importantes resultados adversos como mortalidad, utilización de servicios sanitarios, institucionalización, futura discapacidad, etc. (Guralnik, Fried y Salive, 1996), presentan una importante limitación relacionada con su carácter básico: la prevalencia de discapacidad en actividades básicas de la vida diaria es escasa en poblaciones comunitarias y presenta un efecto techo en poblaciones clínicas a lo largo del proceso de recuperación (Coster, 2004).

Además de esta limitación derivada de su carácter básico, algunos autores como McDowell y Newell (1996) consideran que son medidas desarrolladas en un relativo aislamiento de otros métodos y sin una base conceptual sólida ni en la evidencia acumulada. A pesar de ello, son instrumentos ampliamente utilizados tanto en la investigación como en la clínica.

La revisión sobre escalas de actividades básicas de la vida diaria realizada por Cabañero-Martínez et al. (2008) ha mostrado que las medidas de actividades básicas de la vida diaria más utilizadas en la literatura médica española son:

- El índice de Barthel.
- El índice de Katz.
- La escala de la Cruz Roja de valoración de la incapacidad física.
- La escala de actividades de cuidado personal del OARS.

Índice de Barthel

Fue diseñado por Mahoney y Barthel (1965) para la evaluación de pacientes en procesos de recuperación funcional, en pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesqueléticos. La versión española que mejores criterios de calidad presenta es la traducción realizada por Baztán et al. (1993). Puede ser aplicado por entrevista, autoadministrado o por observación directa, y ha sido probado en atención especializada, media estancia y rehabilitación y comunidad (centro de día) (Cabañero-Martínez et al., 2009).

El índice de Barthel está constituido por ítems que evalúan si las personas son capaces de realizar 10 actividades básicas de la vida diaria sin ayuda. Las actividades incluidas en el mismo son: comer, lavarse (bañarse), vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse del sillón a la cama, deambulación y subir y bajar escaleras. Cada ítem tiene entre dos

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

y cuatro alternativas de respuesta con intervalos de 5 puntos y la puntuación final de la escala puede oscilar entre 0 (completamente independiente) y 100 (completamente dependiente, o 90 si el paciente va en silla de ruedas).

Pese a que presenta pruebas de fiabilidad limitadas, es una escala que ha mostrado su capacidad predictiva sobre resultados adversos como mortalidad, institucionalización, deterioro funcional y consumo de recursos. Presenta además buenas correlaciones con otras escalas de actividades de la vida diaria (Cabañero-Martínez et al., 2009).

Índice de Katz

Fue diseñado por Katz et al., (1963) con el objetivo de desarrollar una medida de la capacidad funcional para pacientes crónicos y ancianos con hemiplejía o fracturas de cadera para evaluar la efectividad de los tratamientos y la necesidad de servicios (Katz et al., 1963; Badia, Salamero y Alonso, 2002).

Los ítems que lo constituyen guardan entre sí una relación jerárquica, Katz observó que los ancianos recuperaban la capacidad para realizar las actividades de forma similar a la que se adquiere en el desarrollo biológico. Así, esta escala evalúa la dependencia en seis actividades básicas de la vida diaria: alimentación y continencia, primeras actividades que se recuperan; trasferencia y uso del baño, segunda fase de la recuperación funcional, y vestido y baño (esponja, ducha o bañera), actividades que se recuperan en último lugar (Katz et al., 1963; Badia, Salamero y Alonso, 2002).

La escala original presenta tres categorías de respuesta: independencia, dependencia parcial y dependencia total, que se recodifican en dos opciones finales: dependencia o independencia. Sobre la base de esta última categorización, el paciente es clasificado en uno de los ocho niveles de dependencia del índice, que oscilan entre A (independiente para todas las funciones) y G (dependiente para todas las funciones) existiendo un nivel O en el que se ubicarían las valoraciones de los pacientes que no se pueden clasificar en los ocho niveles anteriores.

La versión española que mejores criterios de calidad ha mostrado es la realizada por Álvarez et al. (1992). Esta escala es un traducción simple de la misma y presenta importantes modificaciones con la original, los ítems se clasifican directamente en dos categorías y no aparecen las definiciones de las funciones a evaluar. Su utilización ha sido probada por entrevista en atención primaria y domicilio. Presenta buenos índices de fiabilidad por consistencia interna, reproducibilidad y equivalencia, pero su validez predictiva ha sido poco examinada (Cabañero-Martínez et al., 2009) (cuadro 30-1).

Escala de la Cruz Roja de valoración de la incapacidad física

Fue diseñada en España por Guillén y García (1972), lo que limita la posibilidad de comparar los resultados obtenidos. Se desarrolló unida a otra escala que evaluaba la incapacidad psíquica de los pacientes con el objetivo de clasificar a los ancianos en función de su invalidez física y psíquica y determinar si precisaban o no atención a domicilio. La escala está compuesta por un solo ítem con seis categorías de respuesta que oscila entre 0 (se vale por sí mismo, camina con normalidad) y 5 (inmovilizado en cama o sillón, dependiente total, necesita cuidados continuos de enfermería, incontinencia). Ha sido utilizada en atención especializada y media y larga estancia principalmente y se administra por entrevista. Además de su limitada comparabilidad, es una escala con escasas evidencias de fiabilidad. En cuanto a su capacidad predictiva, ha mostrado ser predictora de mortalidad e institucionalización. Presenta buenas correlaciones con otras medidas de actividades básicas de la vida diaria (Cabañero-Martínez et al., 2009).

Escala de actividades de cuidado personal del OARS

Esta escala forma parte del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (Filembaum, 1988) y fue diseñada como uno de los dos factores que constituyen la escala de autocuidados de dicho instrumento. Esto hace que, pese a que ha sido adaptada siguiendo un riguroso proceso de adaptación transcultural (Grau et al., 1996), no es recomendable utilizarla de forma aislada, ya que en su proceso de elaboración no se contempló tal opción.

Es un instrumento constituido por siete ítems que evalúan las siguientes actividades básicas de la vida diaria: capacidad para comer,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CUADRO 30-1. Índice de Katz

Baño
Independiente: ayuda solo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía) o se baña enteramente solo. Dependiente: necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar de la bañera, o no se baña solo.
Vestido
Independiente: coge la ropa de cajones y armarios, se la pone, puede abrocharse; se excluye el acto de atarse los zapatos. Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
Uso del W.C.
Independiente: va al W.C. solo, se arregla la ropa, se asea los órganos excretores. Dependiente: precisa ayuda para ir al W.C.
Movilidad
Independiente: se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí solo. Dependiente: necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o la silla, no realiza uno o más desplazamientos.
Continencia esfinteriana
Independiente: control completo de la micción y defecación. Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o la defecación.
Alimentación
Independiente: lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne). Dependiente: necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.
Índices
A: Independiente en todas las funciones. B: Independiente en todas las funciones menos una de ellas. C: Independiente en todas menos en baño y otra cualquiera. D: Independiente en todas menos baño, vestido y otra cualquiera. E: Independiente en todas menos baño, vestido, uso del W.C. y otra cualquiera. F: Independiente en todas menos baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera. G: Dependiente en todas la funciones. O: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Fuente: Álvarez et al., 1992.

vestirse, cuidado de la apariencia personal, capacidad para caminar, capacidad para meterse y salir de la cama y capacidad para bañarse (Filenbaum, 1988). Cada actividad se evalúa con una escala ordinal de tres puntos que oscila entre 0 (completamente incapaz) a 2 (sin la ayuda de nadie).

La escala debe administrarse mediante entrevista al paciente o al familiar, y solo ha sido probada en población comunitaria. Es una escala de la que no se han obtenido datos de fiabilidad y las evidencias de validez son muy escasas (Cabañero-Martínez et al., 2009).

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Las medidas que evalúan las actividades instrumentales de la vida diaria suelen incluir, además, ítems de movilidad exterior. La medida de estas plantea nuevos problemas: las variaciones en las actividades componentes y su dependencia del

género, la cultura y las preferencias personales (Avlund, 1997).

La escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody

La escala de Lawton y Brody es una de las más utilizadas para evaluar la dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria. Fue desarrollada por Lawton y Brody (1969) y no ha sido adaptada en nuestro medio, lo que limita la validez de sus resultados. Es útil para evaluar a personas en estadios iniciales o incipientes de dependencia, principalmente en comunidad (atención primaria) (García et al., 2010).

Evalúa la habilidad del individuo para llevar a cabo ocho actividades: uso del teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de la ropa, uso del transporte, responsable de los medicamentos y manejo del dinero.

Las alternativas de respuesta de los ítems oscilan de 1 a 5, siendo el valor 1 la independencia total y el valor superior (3, 4 o 5 según el ítem) la dependencia total. Por tanto, cuanto más elevada es la puntuación de la escala, mayor es el nivel de dependencia del individuo en estas actividades.

El principal problema de esta escala y de la evaluación de las actividades instrumentales en general es su dependencia de género; son actividades muy ligadas al género femenino, lo que plantea la disyuntiva de determinar si un hombre al indicar que es dependiente en alguna de las actividades, como el lavado de la ropa, lo hace por motivos de salud o por otros motivos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Álvarez M, Alaiz AT, Bru E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosio I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Primaria. 1992;10(6):812-6.

Avlund K. Methodological challenges in measurements of functional ability in gerontological research. A review. Aging (Milano). 1997;9(3):164-74.

Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3.ª ed. Barcelona: Edimac; 2002.

Baztán JJ, Pérez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28(1):32-40.

Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(4):271-83.

Coster WJ, Haley SM, Andres PL, Ludlow LH, Bond TLY, Ni P. Refining the conceptual basis for rehabilitation outcome measurement. Med Care. 2004;42(Supl 1):I62-72.

Fillenbaum GG. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Hillsdale. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.

García R, García G, González D, García R. Modelo de regresión logística para estimar la dependencia según la escala de Lawton y Brody. SEMERGEN. 2010;36.

Grau G, Eiroa P, Cayuela A. Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. Aten Primaria. 1996;17(8):486-95.

Guillén F, García A. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1972;7:339-46.

Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. Annu Rev Public Health. 1996;17:25-46.

Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc. 1983;31(12):721-7.

Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.

Mahoney FI, Barthel DW. Funtional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-5.

McDowel I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2.ª ed. New York: Oxford University Press; 1996.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 3 1

El duelo y sus fases

Luis Cibanal Juan

INTRODUCCIÓN

Cuando acontece la muerte de un miembro enfermo, la familia entra en un período de duelo, caracterizado por un estado psicológico de una tristeza muy intensa y de soledad. El aislamiento, la culpabilidad, la necesidad de ver el cuerpo del difunto, la búsqueda de informaciones médicas, el poner en duda los tratamientos dados por los profesionales… son reacciones individuales frecuentemente observadas durante este período. La existencia de un período de anticipación de la muerte durante el cual los parientes habrían experimentado ya ciertos sentimientos y pensamientos sobre la muerte próxima, no parece que atenúe su desgarro emocional.

Los rituales de duelo, como son los funerales y el entierro, permiten reforzar la realidad de la muerte, y reducir la impresión de irrealidad en la que entran los familiares. Todo esto permite abordar y superar la primera fase del duelo, que es la de la negación.

En los días posteriores al fallecimiento es deseable propiciar que haya una reunión del profesional y su equipo con la familia. Ello demostrará nuestra preocupación por ellos y es la oportunidad de despedirse y de agradecerse mutuamente. Los familiares requieren nuestro reconocimiento del trabajo realizado con el enfermo, de su pena y de sus preocupaciones. Aunque no conozcamos bien a la familia, podemos todavía ofrecerles un tiempo para hablar. Se trata principalmente de preparar a la familia para comprender la experiencia del duelo por el que están pasando y por las fases que van a pasar y lo que este puede durar, con el fin de que vean lo que es normal y lo que puede comenzar a ser patológico.

Según su posición en la familia, el individuo que ha perdido a un ser cercano vivirá esta experiencia de manera diferente. La pérdida de un padre para un adulto representa el pasar a ocupar el puesto de más anciano de la estructura familiar y, por tanto, van a aparecer de forma más aguda los sentimientos de que el próximo a quien llegará la muerte puede ser él; el de un miembro de los hermanos puede despertar en los que quedan sentimientos de culpabilidad; en el caso de un padre para con un hijo, puede esto acarrear sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad, ansiedad… y llevarle incluso a tener problemas de comportamiento. También a menudo se observan, por parte de los miembros de la familia, muchas dificultades en compartir las emociones demasiado cargadas. En los adolescentes que han perdido uno de sus padres, se observa una relación frecuentemente distante, incluso hostil con el padre que vive, esto podemos interpretarlo como un desplazamiento de la agresividad inconsciente que siente el adolescente respecto del padre difunto «que le ha abandonado».

Si las reacciones afectivas normales ante este choque emocional no aparecen o no se manifiestan inmediatamente después de la muerte, estas van a aparecer años más tarde. En efecto, a menudo acontece que ciertas familias o algunos miembros de la misma parecen atravesar este período de crisis como si no les hubiera afectado. Estos van a presentar más tarde disfunciones psicológicas —depresiones, apatía, falta de sentido de la vida, ciertos comportamientos neuróticos, etc.—, e incluso psicosomatizaciones, es decir, las consecuencias de un duelo patológico. Estas reacciones emocionales tardías forman una onda de choque emocional que sigue a una situación de duelo (cuadro 31-1).

En nuestras sociedades occidentales hay ciertas actitudes respecto al duelo y la muerte que son sumamente perniciosas, y esto antes de la muerte —p. ej., no tomar tiempo para despedirse del moribundo, no arreglar ciertas cosas materiales o sentimentales con él, etc.—; todo esto va a dejar, en la persona que

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

CUADRO 31-1. Reacciones del duelo normal

Sensaciones físicas
Opresión gástrica, torácica y de garganta, palpitaciones…
Hipersensibilidad a los ruidos, dolores de espalda.
Falta de energía, fatiga y debilidad muscular, boca seca, etc.
Falta de apetito (anorexia), o todo lo contrario compensar comiendo, fumando mucho, etc.

Percepciones
Duda sobre la muerte, confusión, dificultad para concentrarse.
Alucinaciones con sensación de presencia del fallecido y temor a volverse loco.

Sentimientos
Tristeza, ira, culpabilidad, autorreproche, ansiedad.
Soledad, desesperanza, depresión.
Irritabilidad, rabia, cólera, agresividad…

Comportamiento
Trastornos del sueño y del apetito.
Retiro social, búsqueda del fallecido
Suspiros, hiperactividad sin descanso.
Visitas frecuentes al cementerio o a lugares en que solía ir con el fallecido, etc.

queda, situaciones sin resolver que más tarde aparecerán con sentimientos de culpa, los cuales tardará más en superar, pues ya no está la persona para poder pedirle perdón o aclarar ciertas situaciones.

ETAPAS DEL DUELO

Los familiares, unas veces tras el anuncio de un diagnóstico fatal o tras el fallecimiento, experimentan una serie de emociones que guardan semejanza con las experimentadas por el paciente antes de fallecer. Según diversos autores se considera que en el duelo existen diversas etapas:

1. Un cierto alivio o relajación.
2. Período largo de diversos sentimientos: tristeza, depresión, rabia, culpa, etc.
3. Racionalización de lo ocurrido.
4. Aceptación.
5. Apertura a la vida que continúa.

Recordemos que un duelo dura de 1 a 2 años y que el período más largo y difícil es el de los sentimientos (fase 3), teniendo en cuenta que a veces las fases del duelo ya comienzan desde que al paciente se le diagnostica una enfermedad muy grave o terminal.

Período de shock o negación

Es la primera etapa de quien se enfrenta con la noticia de la muerte. Puede durar minutos o días (no más de 15 días, pues si no se patologiza) y se manifiesta como una apatía, un embotamiento, una hiperactividad, una creencia de que se está viviendo una pesadilla, seguir hablando o preparándole las cosas a la persona que ha fallecido como si estuviera presente.

Las personas se quedan como abatidas, paralizadas y con frecuencia son los amigos o familiares más lejanos los que tienen que hacer todos los arreglos necesarios y cosas esenciales en su lugar. Otros, mediante la hiperactividad, no manifiestan casi ninguna evidencia de duelo y hacen cantidad de cosas necesarias en ese momento con una gran entereza. Esto suele ser valorado y apreciado por la gente, sin embargo no es así, pues está manifestando la negación de la realidad, y si se perpetúa se quedará en un duelo no resuelto. En realidad, esta reacción de shock o de negación defiende a la persona del impacto completo de lo que ha pasado, pero más temprano o más tarde volverán o deben aparecer los sentimientos de aflicción.

Lógicamente si la muerte era esperada y la familia ya se encontraba preparada emocionalmente, el elemento de negación es menor, porque el proceso de duelo ya se empezó a vivir anticipadamente, al contrario de lo que ocurre si la muerte es violenta o inesperada, si bien el dolor por la pérdida será igual.

Período de alivio o relajación

Sigue al funeral, es de duración muy corta y, generalmente, dura tanto tiempo como permanecen los familiares con los vecinos y conocidos o personas cercanas. Se acompaña de expresiones de aceptación de la muerte u otras como: «Es mejor así, ya no sufre más», «Menos mal que todo ha terminado». Existe una cierta gratitud hacia el equipo profesional que lo ha atendido. Al principio se alternan los estados de ánimo tranquilo y cierta serenidad con los de llanto y sentirse perplejo por lo que ha acontecido. Progresivamente, en los 4 a 6 días, van a ir comenzando a aflorar toda una serie de sentimientos como tristeza y desánimo, que influirán sobre todo lo que piensa y hace durante un largo período de tiempo, con fácil olvido de las cosas, e incluso de los consejos que reciba. Todo esto

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

indica que se está comenzando a vivir la etapa más larga y dura, y que es necesario vivirla y no huir, con el fin de que no se patologice.

Período de la vivencia de los sentimientos de tristeza, depresión, rabia, culpa, etc.

Generalmente, después de la partida de los familiares más lejanos o amigos, la familia más cercana entra en la etapa que podíamos llamar de los sentimientos, porque son estos los que **hay que vivir, permitir y dejar salir sin racionalizar.** Por tanto, esto que decimos es todo lo contrario de lo que se acostumbra a decir entre la gente, que es negarlos y que no se vivan. Es una etapa larga de 6 a 8 meses, si bien al principio se viven con mucha más ansiedad y angustia, la cual va aminorando conforme pasa el tiempo.

Durante este período, existe una sensación de soledad, inseguridad, falta de autoestima, la vida no merece la pena ni tiene sentido, **se entra en una depresión que es normal debida a la pérdida,** se tienen sentimientos de culpabilidad con mucha crítica sobre uno mismo, sobre lo que podía haber hecho y no hizo y hacia los profesionales, al pensar que determinadas actuaciones podrían haber impedido que falleciese, o que sufriera menos.

Los familiares tienen la impresión de estar estancados en un presente de angustia, los recuerdos que les vienen son, sobre todo, lo vivido últimamente y la visión de un futuro cerrado y sin esperanza. En esta etapa, es importante ayudarle a comprender que todo lo que siente es normal, que también es normal su agresividad, cólera, irritabilidad, y que no solo es difícil controlar estos sentimientos, sino que se deben exteriorizar, bien sea con las personas que comprendan todo esto, o bien a solas (p. ej., en la habitación cuando no hay nadie en la casa, tomar un tiempo para llorar, escribir, romper cosas que no sirvan o golpear la almohada).

La autoinculpación es un proceso que existe en la fase de luto que pasa, afortunadamente, tras unas semanas de exteriorizar sin reprimir sus sentimientos de culpabilidad, y poco a poco va descubriendo que no hay necesidad de seguir torturándose con pensamientos autodestructivos de culpabilidad.

También en esta etapa aparecen sentimientos de una cierta negación de la muerte, mediante manifestaciones como: la búsqueda de la persona fallecida, creer que se le va a aparecer, la necesidad de conocer noticias suyas acerca de dónde estará, llegando incluso a buscar ayuda en ciertas sesiones de espiritismo. Los familiares cercanos pueden manifestar también un aumento de la incidencia de síntomas similares a los experimentados por el fallecido; pueden aparecer sensaciones de tipo alucinatorio (auditivas y visuales), también aparecen con cierta frecuencia las ideas e incluso las tentativas de suicidio debido a la incapacidad de enfrentarse o adaptarse a su queja o soledad. Toda esta serie de síntomas e ideas no siempre se manifiestan al profesional por temor de que haya una patología genuina o que le trate de neurótico. Por tanto, el profesional le debe preguntar si siente algo de todo esto, indicándole que es normal que con frecuencia aparezca y que conviene hablarlo para que poco a poco desaparezca, y no por eso creer que está «loco». Es por tanto un tiempo difícil para el profesional de familia porque no se aprecian señales externas de estos pensamientos y sentimientos, por tanto, es muy recomendable redoblar el cuidado mediante entrevistas periódicas que le permitan un buen seguimiento de la realización del duelo.

Período de racionalización

A partir de los 8 a 10 meses, los familiares, por lo general, empiezan a hacer un esfuerzo deliberado para reiniciar la vida normal, es como ir viendo la salida del túnel en el que estaban metidos. Esto se manifiesta a través de la aparición de pensamientos más racionales y positivos y una más cuidadosa evaluación de sus recursos y destrezas. Comienzan a aparecer nuevos intereses, aficiones y la restauración de la vida normal como la salida con amigos, celebrar ciertas fiestas de cumpleaños, la navidad. La fecha de la muerte ya no se vive con sentimientos tan intensos, aunque siempre quedará un cierto recuerdo tejido de tristeza.

Período de aceptación

La persona comienza a aceptar que la vida continúa, de nuevo retoma con ilusión sus proyectos o metas de vida. Puede trabajar, vivir situaciones de ocio, compartir con amigos, celebrar ciertas fiestas, sin sentir remordimiento o culpabilidad. Incluso es el momento, en caso de fallecimiento de la pareja, de replantearse que puede establecer una nueva relación, etc.

INFLUENCIA DEL DUELO EN EL GRUPO FAMILIAR

La muerte de una persona produce cambios en las vidas de todas las personas que quedan, y sus efectos se manifiestan de diversa forma según la edad y la relación que haya existido.

Niños

Se considera que cuanto más temprana sea la pérdida, más devastadores pueden ser sus efectos. Los niños aprenden a comprender la muerte por las actitudes de los padres. La falta de información, los engaños y la evasión del adulto sobre el tema puede hacerles interpretar la muerte como algo terrorífico de lo que no hay que hablar.

Por tanto, hay que ser muy claros y transparentes con los niños. Hay que permitirles expresar sus emociones y hablar con ellos sobre sus sentimientos de ansiedad, culpabilidad o miedos para que así puedan ver mejor la muerte. Podrán ver al difunto, asistir al funeral si lo desean (aunque es bueno que lo hagan para vivir mejor el duelo); no obstante no hay que forzarles. Lo que más preocupa al niño si ha muerto uno de los padres es la posibilidad de quedar abandonados. Hay que clarificarle cómo van a transcurrir las cosas y decirle que a veces no se podrán ocupar de él como antes, tanto física como emocionalmente, pues su pensamiento está muchas veces con la persona que murió. Nos pueden servir de referencia algunas películas americanas, y que tiempo atrás también ocurrían en España, donde el niño visitaba al moribundo, luego lo veía ya muerto, y cómo cerraban el ataúd y lo enterraban o metían en el nicho. Esto va a permitir vivir mejor el duelo al niño, que no verlo y hablarle de que se fue al cielo o cosas parecidas.

Adolescentes

Su duelo suele ser como el de los adultos, por tanto es muy importante que sean tratados con pleno respeto y transparencia, procurando evitar adosarles responsabilidades mayores de las que pueden soportar, como por ejemplo que asuman el papel del fallecido tanto a nivel laboral como familiar. Sirve para ellos todo lo dicho anteriormente sobre las fases del duelo. Sí que es necesario estar atentos a la evolución de su duelo, pues muchos suelen encerrarse en sí mismos viviendo sentimientos de culpabilidad. Hay otros que se vuelven hiperactivos para no sentir ni pensar. Es muy importante que tengan un grupo de amigos con quien poder hablar de sus problemas; como esto no suele ser a veces posible, nuestra apertura hacia el adolescente le debe permitir poder desahogarse y expresar sus sentimientos, miedos, dudas, etc.

Padres

Su duelo requiere un seguimiento con mayor interés, porque puede seguir caminos muy destructivos si no es adecuadamente canalizado. Se da con cierta frecuencia que después de un cierto tiempo de la muerte de un hijo, los padres se separen o divorcien. Esto es debido a que generalmente el padre vuelve normalmente al trabajo y sus otras ocupaciones que poco a poco le hacen difuminar un tanto su dolor; mientras que no le ocurre así a la madre, que se queda en casa y todo son recuerdos, lo cual merma su disponibilidad para seguir haciendo las tareas del hogar. El esposo, al regresar y encontrar con frecuencia que su mujer no hace más que rumiar y rumiar, sin hacer nada de las tareas domésticas, reacciona con enfado, en vez de ayudar a su mujer tanto en dichas tareas como a que exteriorice sus sentimientos y puedan hablar conjuntamente de cómo cada uno vive el duelo. Aquí también el profesional de familia, mediante entrevistas o reuniones hechas con cierta periodicidad, puede ayudar a los padres a ir compartiendo y superando las fases del duelo. También es muy importante que si existen grupos de autoayuda en situaciones de duelo, se les recomiende asistir a dichas reuniones.

Ancianos

Los sentimientos de pérdida en este grupo de edad son más sostenidos y durante mayor tiempo por las dificultades que tienen para ajustarse a los cambios, al sufrimiento, la soledad y el temor hacia el futuro. Los mayores experimentan más cambios físicos por el duelo, incluso con mayor porcentaje de morir en el primer año de viudedad. A esto hay que ir añadiendo otros duelos que debido a la edad tienen que ir haciendo.

Familia

La familia es una unidad interaccional en la cual todos los miembros se influyen mutuamente. Tras la muerte de uno de sus miembros, la familia

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

va a pasar por una etapa grande de crisis. Esta viene originada no solo por la vivencia del duelo, en la que cada uno de los miembros lo va a vivir a su manera (así mientras uno está triste, el otro puede estar irritable, etc.). También tiene que vivir el reajuste de los roles, dado que el trabajo que hacía el fallecido ahora pasa a otro miembro. Así, por ejemplo, la viuda tiene que pasar muchas horas fuera de casa, lo cual va a producir un cambio notable en la atención a los otros miembros de la familia, en particular a niños o ancianos.

CÓMO FACILITAR EL DUELO

- Procurar que el paciente reciba un buen cuidado profesional, apoyo emocional y una atención cariñosa mientras viva y que fallezca en paz.
- Antes del fallecimiento del paciente, toda la familia deberá prestarse apoyo y hacer bien la separación, tanto de asuntos pendientes a nivel físico o emocional, como pedirse perdón y manifestar gratitud por lo vivido.
- Fomentar que la familia sea lo más útil posible a su ser querido, y esto tanto a nivel físico (de cuidados) como emocional, manifestándole mucho amor y comprensión.
- Intentar asegurar y mantener algunas actividades rituales tras la muerte, como preparar el funeral y las condolencias, esto le permitirá despedirse mejor y manifestar su pena y tristeza, así como el poder decirle adiós.
- Dar al familiar tiempo para poder expresar sus sentimientos, tanto hacia el difunto como hacia los asistentes.
- Permitir que ventilen su ira o rabia contra el equipo profesional y enfermeras o contra Dios por habérselo llevado. La manera más simple de darle permiso es iniciar una conversación sobre el fallecido. Mediante el contacto físico en la forma de tenerle la mano o un abrazo, puede aumentar la seguridad necesaria para compartir los pensamientos y sentimientos dolorosos. Por tanto, no se debe utilizar solo el teléfono, ya que aunque sea de una cierta ayuda no sustituye la necesidad de esa presencia física. Esta presencia física permitirá clarificar ciertas cosas, ayudar a la desculpabilización y salir de lo imaginario.
- Visitas periódicas por parte del profesional a la familia. Estas ayudan a la familia porque recibe apoyo y comparte su preocupación. En las primeras entrevistas tal vez haya poco o nada que decir, simplemente compartir su dolor. En otras más posteriores sí que es necesario ayudar a la familia a que saque sus emociones reprimidas, sus quejas contra el profesional o personal que atendió al enfermo, ya que esto es parte del proceso de duelo. También tomar tiempo para explicar o reexplicar aspectos de la enfermedad. Y en general, evaluar cómo la familia lleva el proceso de duelo.

CONCLUSIÓN

Es frecuente durante este tiempo doloroso no querer vivirlo y huir de él mediante decisiones tales como vender la casa, mudarse de barrio, casarse de nuevo, tener otro hijo, cambiarse de trabajo, hacer vacaciones lejos que le hagan olvidar, etc. Todo esto significa huir y no vivir el duelo. Por tanto, hasta que este no haya terminado (1 a 2 años) no hay que hacer nada de esto. Lógicamente hay excepciones, por ejemplo, si la casa en que vivían era muy grande, o no pueden seguir allí por los gastos que acarrea, pero cuidado porque entonces ya no solo es el duelo del difunto, sino otro duelo más, el de la casa. Si, por ejemplo, se casa sin hacer el duelo, la persona tendrá que reprimir no solo el recuerdo de la persona fallecida, sino también muchas lágrimas y comparaciones con el nuevo cónyuge. Una nueva relación implica todo un proceso de conocimiento y de ajustes, que si se está en duelo no se puede hacer. Lo mismo si se tiene inmediatamente un nuevo hijo, cada etapa le va a recordar el anterior y este se va a ver como una sustitución, etc.

En el duelo, como en otras etapas de la vida, el espíritu tiene que reencontrarse a sí mismo y reforzarse a partir del cariño de los seres queridos que le rodean para volver a reemprender el camino, pero ello requiere tiempo. No en vano en las diversas tradiciones tanto cristianas como musulmanas o judías, el luto se hacía durante más o menos como mínimo 1 año.

LECTURAS RECOMENDADAS

Bermejo JC. La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo. Madrid: San Pablo; 2003.

Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2010.

González Barón M, et al. Medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Panamericana; 1996.
Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo; 1974.
Kübler-Ross E. Los niños y la muerte. Luciérnaga; 1993.
Manso M. Curso sobre cuidados paliativos, impartido por el ICE. Universidad de Alicante; 1994.
Razavi D, Delvaux N. Psycho-oncologie. Paris: Masson; 1994.
Sanz Ortiz J. La comunicación en medicina paliativa. Medicina Clínica (Barcelona). 1992;98:416-8.
William Worden J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós; 1991.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

E

32. Educación para la salud 199
33. Electrocardiograma 204
34. Enfermera comunitaria 214
35. Enfermería basada en las evidencias 222
36. Entrevista 229
37. Envejecimiento 235
38. Epidemiología en atención primaria: concepto y método 239
39. Epidemiología en atención primaria: aportaciones 244
40. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 250
41. Escalas de valoración 255
42. Espirometría: pruebas funcionales respiratorias 260
43. Estilos de vida 269
44. Estreñimiento 276
45. Ética de la atención en enfermería 283
46. Extracción de muestras de sangre 288

C A P Í T U L O 3 2

Educación para la salud

Antonio Jesús Ramos Morcillo, Serafín Fernández Salazar
y Eva María Carranza Miranda

INTRODUCCIÓN

Para obtener los mejores resultados en salud cuidando a personas con enfermedades crónicas, se nos presenta la educación sanitaria como una de las herramientas más potentes de las que disponemos.

Puede observarse cómo en los países desarrollados han existido dos etapas, una primera, que va desde mediados del siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, donde existían problemas relacionados con enfermedades infecciosas (y fuertemente vinculados a las desigualdades sociales en salud), y una segunda etapa, en la que actualmente estamos inmersos, en la que los principales problemas de salud son las enfermedades crónicas: cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, etc. La sombra amenazante de las desigualdades sociales en salud sigue estando presente, aunque hoy exista una notable mejora de las condiciones socioeconómicas con respecto a la primera etapa.

Pero no debemos olvidar que el trabajo en educación para la salud (EpS) debe hacerse desde una doble perspectiva: salutogénica, basada en un modelo de activos que acentúe la capacidad positiva para identificar los problemas y activar soluciones, y desde el modelo del déficit, atendiendo a personas enfermas.

Determinantes de salud

Se hace obligado por tanto hablar de los determinantes de la salud. Marc Lalonde en 1974 analizó este asunto y propuso un modelo que aún hoy sigue teniendo vigencia.

Lalonde expresaba que la salud de la población canadiense (y de los países desarrollados) estaba determinada por la interacción de cuatro variables: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria. Así, este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (fig. 32-1).

Dahlgren y Whitehead en 1991 completan el modelo propuesto por Lalonde, resaltando la importancia de los factores sociales (fig. 32-2).

Hoy día no existe programa o proyecto sanitario donde la EpS no esté presente. Cada vez más la población empieza a considerarla como una necesidad y un derecho. Tanto es así que distintas instituciones y proveedores de servicios en la actualidad ya cuentan de manera complementaria con plataformas electrónicas para trabajar en ello.

CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Conceptualizar la EpS es complicado y son numerosas las definiciones ofrecidas por parte de profesionales u organismos.

Sin embargo, parece obligado hablar de la definición desarrollada por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998). En un principio se definió EpS *(health education)* de la siguiente forma:

«La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.»

Posteriormente, se define como:

> «La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

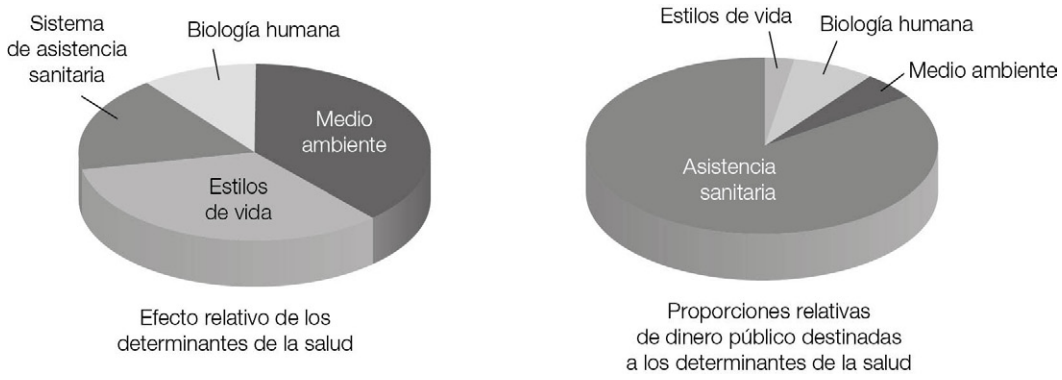


FIGURA 32-1. Modelo de determinantes de salud de Lalonde (1974).

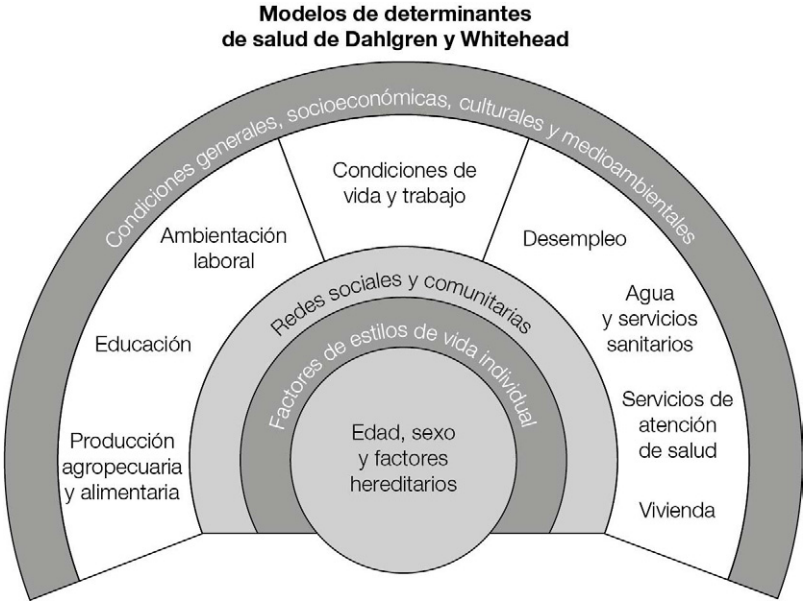


FIGURA 32-2. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Withehead (1991).

autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.»

Debemos entender que este concepto comparte aspectos y/o se solapa con el término de promoción de salud.

Aunque aquí hemos expuesto la definición ofrecida por la OMS, al valorar otras definiciones de EpS vemos como estas tienen como denominador común ciertos aspectos: pretenden la modificación en sentido favorable de los conocimientos, las actitudes y los comportamientos de salud, tanto a nivel individual, como familiar, grupal y comunitario.

Así, la EpS aparece como un potente recurso para la atención y el cuidado de la salud individual y colectiva. Pero además de estos componentes cognoscitivos, actitudinales y de comportamiento, la EpS debe educar para la participación y la solidaridad, favorecer la autodeterminación y autoestima, desarrollar el pensamiento crítico y potenciar las habilidades de comunicación.

LUGARES ESTRATÉGICOS DE ACCIÓN

Todas las personas integrantes de una comunidad son susceptibles de recibir educación sanitaria, persiguiendo en cada una unos objetivos determinados y adaptados (fig. 32-3). Ejemplo de esto son trabajos que muestran cómo la educación sanitaria adecuada a los factores culturales parece tener efectos a corto plazo en el control de la glucemia, el conocimiento de la diabetes y los estilos de vida saludables.

De manera general, hay colectivos en los que se pueden trabajar aspectos y áreas comunes. Por citar un ejemplo, muchos jóvenes que están escolarizados aún no tienen hábitos tóxicos o están empezando a tener relaciones sexuales, luego trabajar con ellos las necesidades o promoción/potenciación de los activos en salud, detectados en un lugar conocido, cercano y donde todos están, como es el entorno escolar, hace que sea un lugar estratégico para desarrollar la EpS.

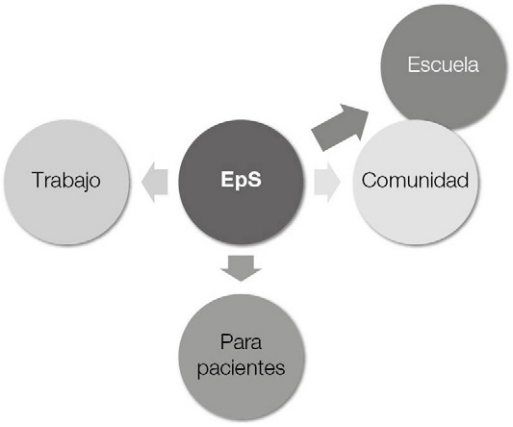


FIGURA 32-3. Lugares estratégicos de la educación para la salud. *EpS,* educación para la salud.

Pero el entorno escolar no es el único lugar estratégico para desarrollar la EpS, este se vería completado con el entorno laboral y con el entorno comunitario. No debemos pensar que las intervenciones sean exclusivas a cada uno de estos lugares estratégicos, sino que son complementarias y deben estar interrelacionadas. Un programa puede tener intervenciones en uno o en varios de estos lugares. Se puede entender fácilmente que una intervención comunitaria tenga repercusión tanto en el escolar como en un trabajador.

Por otro lado, podemos hablar de la EpS en un cuarto lugar estratégico: el entorno sanitario. Aquí la EpS se realizaría principalmente en el hospital, la atención primaria y el domicilio de la persona, y estaría dirigido a las personas que tienen alguna enfermedad.

Educación sanitaria en la escuela

Sin duda el carácter privilegiado que tiene lo hace uno de los escenarios clave donde realizar actividades de EpS (es el más eficaz y rentable) por distintos motivos: los individuos están en plena formación física, mental y social, son muy receptivos al aprendizaje y la asimilación de nuevos hábitos, la escolarización se extiende a prácticamente toda la población y existe un efecto de reciprocidad entre padres, alumnos y profesores.

La EpS en este entorno persigue inculcar actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud que favorezcan el crecimiento y desarrollo así como fomentar la salud y prevenir enfermedades evitables de esta edad. Así, el niño al salir de la escuela debería ser capaz de tomar sus propias decisiones en relación con la salud (debería estar empoderado) y cuidar su salud y la de sus semejantes.

Debemos reseñar, dada la potencialidad de este entorno, la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), la cual considera la EpS como un área de conocimiento transversal, que debe impregnar los contenidos de todas las asignaturas y hace responsable a todo el equipo educativo en su conjunto.

Educación sanitaria en el medio laboral

En el medio laboral la EpS persigue informar de los riesgos ambientales y promover hábitos de comportamiento positivos relativos a la

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

seguridad y los riesgos tóxicos. Es importante involucrar a todo el personal de la empresa (directivos, representantes sindicales, etc.) y que estos se involucren de manera activa. De este modo lograr cambios conductuales será más fácil.

No debemos menospreciar la oportunidad que nos ofrece este entorno para trabajar programas de promoción de la salud a través de EpS como puedan ser la deshabituación tabáquica, la detección y el control de la hipertensión, la alimentación y el ejercicio saludable, etc.

Educación sanitaria en la comunidad

Entre sus objetivos están el fomento y la defensa de la salud, situándola en un lugar privilegiado en la escala de valores de la población. Se debe perseguir que la salud sea un valor fundamental y se incorporen hábitos de vida saludables. Para conseguirlo la EpS se lleva a cabo en centros de atención primaria, en el tejido asociativo y en medios de comunicación.

Educación sanitaria a pacientes

Es fácil pensar que nunca hay más interés por la salud que cuando se ha perdido. Para los sanitarios es un buen momento para desarrollar la EpS, por la receptividad de las personas enfermas que cuidamos.

METODOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La EpS no se debe entender como una mera transmisión de información, sino como una estrategia dirigida a mantener o facilitar la adquisición de comportamientos saludables o modificar los insanos.

La modificación de comportamientos no es tarea fácil y conseguir esta modificación es costoso y complicado. Es imprescindible diseñar un plan de actuación estratégico que ponga en funcionamiento todos los elementos necesarios para este fin.

Esta modificación de comportamientos es tan complicada que existen más de 25 modelos teóricos de distintas ciencias como la psicología social, la antropología, etc. A continuación, vamos a citar brevemente los modelos de modificación de comportamientos en salud más importantes.

Modelo de creencias en salud

Este modelo sugiere que las creencias de las personas influyen de una manera importante en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el profesional de la salud. El que una persona siga o no las recomendaciones preventivas de las autoridades sanitarias depende de la susceptibilidad personal a la enfermedad que se quiere prevenir, de la gravedad probable (tanto clínica como social) de la enfermedad y de los beneficios potenciales que aporta esa medida preventiva.

Modelo basado en la comunicación persuasiva

Según este modelo basta con dar a las personas la información pertinente, de forma veraz y clara, de manera que el cambio de conocimientos vaya seguido del cambio de actitudes y a su vez seguido del cambio de un hábito o adopción de uno nuevo. Pero claro, esto no siempre es así, y el modelo debe contemplar la variable motivación para que el cambio actitudinal lleve incorporada la motivación correspondiente y el cambio de actitud sí conlleve un cambio conductual.

Modelo basado en la política económica

Este modelo nos habla de que los comportamientos insanos prevalentes en los países capitalistas son consecuencia de las presiones y los valores existentes, y están influidos por las corporaciones multinacionales cuyo interés es ganar dinero antes que la salud pública.

Modelo pragmático

Reúne las aportaciones de los modelos anteriores, tanto el papel de la comunicación persuasiva como el efecto de las políticas a nivel físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico, y todas juntas promueven cambios de comportamiento a favor de la salud.

Modelo de Prochaska y DiClemente

Es un modelo con origen en el tratamiento de las conductas adictivas. Establece que los cambios de comportamiento tienen lugar a través de un proceso cognitivo de evolución de las actitudes en el que se atraviesan una serie de etapas definidas.

Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Este proceso identifica cinco etapas: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. Considera que este proceso no es lineal, sino más bien en espiral, es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que suelen entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.

Programación y evaluación

Por último, señalar que las actividades de EpS requieren tanto de un proceso de programación como de un proceso de evaluación explícito y mensurable.

Dicha programación debe ser medianamente estructurada, con una definición lógica de los objetivos y huyendo de la ambigüedad y la improvisación. Aunque debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse en cada momento a las necesidades y situaciones concretas que puedan presentarse en el desarrollo de la EpS.

LECTURAS RECOMENDADAS

Carranza Miranda EM, Quesada Suárez JP, Martínez Lechuga MB, Dolz López J. Actuaciones desde el ámbito laboral. Programa Empresas Libres de Humo. Seminario médico. 2009;61(2):161-7.

Córdoba Angulo R, Nebot Adell M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. Med Clin. 2005;125(4): 154-7.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Frías Osuna A, Palomino Moral PA. Programación de las actividades de educación para la salud. En: Frías Osuna A (ed.). Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 409-21.

Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AGK. Educación sanitaria adecuada a los factores culturales de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de grupos étnicos minoritarios (revisión Cochrane traducida). 2008 En: La Biblioteca Cochrane Plus, n ° 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Information Canada; 1974.

López Santos V, Frías Osuna A. Marco conceptual de educación para la salud. En: Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 341-53.

Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action. New York: Springer; 2010.

Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education. 2007;2:17-22.

Nájera Morrondo P, Hernández Martínez MC. Educación para la salud. En: Sarría Colomera A, Aibar Remón C, Bolaños Gallardo E, et al (eds.). Promoción de la salud en la comunidad. 2. ª ed. Madrid: UNED; 2007. p. 197-210.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf. [Consultado en mayo de 2011].

Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. Revista de Toxicomanías. 1994;1:3-14.

Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P. Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Gálvez Vargas R et al. (eds.). Piédrola Gil Medicina preventiva y salud pública. 10. ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 221-33.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 3 3

Electrocardiograma

Antonio Peña Rodríguez

CONCEPTO

El electrocardiograma (ECG) representa la actividad eléctrica del corazón (despolarización y repolarización) y nos da valiosas conclusiones sobre la función cardíaca. Se realiza mediante un electrocardiógrafo, que consta de un sistema de registro con papel milimetrado que funciona a una velocidad preseleccionada de 25 mm/s y con una calibración habitual de 10 mm/mV, así como de una serie de electrodos que se colocan en la piel del paciente.

En el ECG normal, que consta de 12 derivaciones, se examina el potencial eléctrico cardíaco desde diferentes puntos. Como resultado, da una descripción más completa del corazón que la monitorización por cables o continua que solo muestra una derivación (D_{II}).

Cada uno de estos 12 puntos se llama derivación, de las cuales D_I, D_{II} y D_{III} son derivaciones estándar de las extremidades; AVR, AVL y AVF son derivaciones aumentadas de las extremidades, y de V_1 a V_6 son derivaciones torácicas, precordiales o del plano horizontal. A las derivaciones de las extremidades se les llama también periféricas, del plano frontal o de los miembros (fig. 33-1). Una colocación incorrecta puede inducir a errores de interpretación.

UTILIDAD DEL ELECTROCARDIOGRAMA

El ECG es útil para el diagnóstico de arritmias cardíacas de diferente origen (incluidos los bloqueos de conducción), cardiopatía isquémica, pericarditis, síndromes de preexcitación, alteraciones hidroelectrolíticas, hipertrofia y sobrecarga cardíaca, intoxicaciones por fármacos, etc. También permite el seguimiento de diferentes tratamientos (marcapasos, antiarrítmicos, etc.).

En general, es recomendable realizar un ECG siempre que el paciente presente un dolor

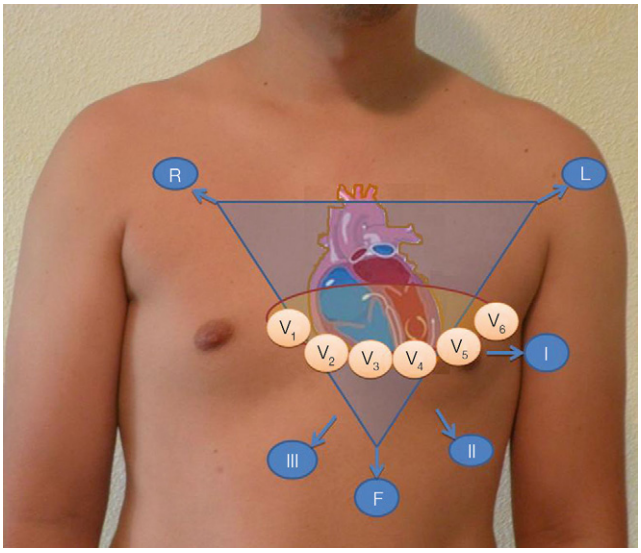


FIGURA 33-1. Derivaciones del electrocardiograma.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

torácico, así como otras manifestaciones que puedan sugerir una alteración del gasto cardíaco o una insuficiencia cardíaca (mareo o alteración del nivel de conciencia, sudor frío, disnea, edemas maleolares, oligoanuria, ingurgitación yugular, etc.). También se debe realizar un ECG a pacientes que hayan sufrido un accidente cerebrovascular, un traumatismo torácico o una quemadura eléctrica, así como a aquellos que requieran una intervención quirúrgica, como parte del preoperatorio.

REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

La realización adecuada del ECG es fundamental para interpretar correctamente el trazado electrocardiográfico. Además de presentarse al paciente y lavarse las manos previamente, la técnica consiste en lo siguiente:

1. Tranquilizar al paciente, explicándole la técnica y pidiéndole que esté relajado, callado y sin moverse.
2. Colocar al paciente en la posición y el lugar adecuado:
   a. En decúbito supino sobre una superficie suficientemente amplia (si el paciente no apoya bien todos los miembros puede originar artefactos por contracción muscular) y sin tocar el cabezal o los pies de la cama.
   b. La habitación debe tener la temperatura adecuada (si hace frío, el paciente temblará y el ECG saldrá parasitado; si hace calor, el paciente puede sudar lo que dificulta la adherencia de los electrodos a la piel).
3. Descubrir el tórax y los miembros del paciente, según proceda.
4. Limpiar la zona de aplicación de los electrodos con alcohol o suero fisiológico. Si fuera necesario, rasurar la zona o retirar los objetos que puedan molestar (p. ej., joyas, relojes, etc.). Si se utilizan placas o ventosas es necesario aplicar pasta conductora.
5. Colocar los electrodos, seleccionando una zona carnosa que facilite la conducción eléctrica:
   a. Cuatro periféricos: regla mnemotécnica: RANA:
      – ROJO o RA *(Right Arm):* brazo u hombro derecho.
      – AMARILLO o LA *(Left Arm):* brazo u hombro izquierdo.
      – NEGRO o RL *(Right Leg):* pierna o hipocondrio derecho.
      – VERDE o LL *(Left Leg):* pierna o hipocondrio izquierdo.
   b. Seis precordiales: V_1, cuarto espacio intercostal (EIC) derecho paraesternal; V_2, cuarto EIC izquierdo paraesternal; V_3, entre V_2 y V_4; V_4, quinto EIC izquierdo, línea clavicular media; V_5, quinto EIC izquierdo, línea axilar anterior, y V_6, quinto EIC izquierdo, línea axilar media.
   c. Otras derivaciones posteriores requeridas en caso de sospecha de infarto posterior: V_7, quinto EIC izquierdo, línea axilar posterior; V_8, línea media escapular posterior (entre V_7 y V_8), y V_9, quinto EIC izquierdo, borde paravertebral izquierdo. Para hacer estas derivaciones posteriores, se colocan los electrodos V_4, V_5 y V_6 en la posición indicada y, posteriormente, se sustituyen con un bolígrafo estos números, por V_7, V_8 y V_9 respectivamente. En caso de sospecha de infarto ventricular derecho, puede ser útil colocar los electrodos hacia la derecha, de la misma manera que se haría en la dextrocardia. Posteriormente se rotulan las derivaciones con una R para indicar que son derivaciones derechas (V_{1R}, V_{2R}, V_{3R}, V_{4R}…). En ocasiones, podemos encontrarnos situaciones especiales que requieran modificar la colocación de los electrodos, tales como amputados, pacientes con escayola u otro tipo de vendajes, dextrocardia; o que precisen medidas especiales de asepsia (grandes quemados). En este caso, anotar el lugar de colocación (fig. 33-2).
6. El resto del proceso depende de cada aparato, y se debe tener en cuenta que:
   a. La velocidad del papel debe ser de 25 mm/s y el voltaje o amplitud de 10 mm/1 mV.
   b. Si un electrodo periférico está desconectado, puede aparecer una línea isoeléctrica que nos confundirá con una asistolia.
   c. Los temblores del paciente o las alteraciones de la tensión eléctrica pueden parasitar el trazado. Algunos aparatos tienen filtros para minimizar algunas de estas alteraciones.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

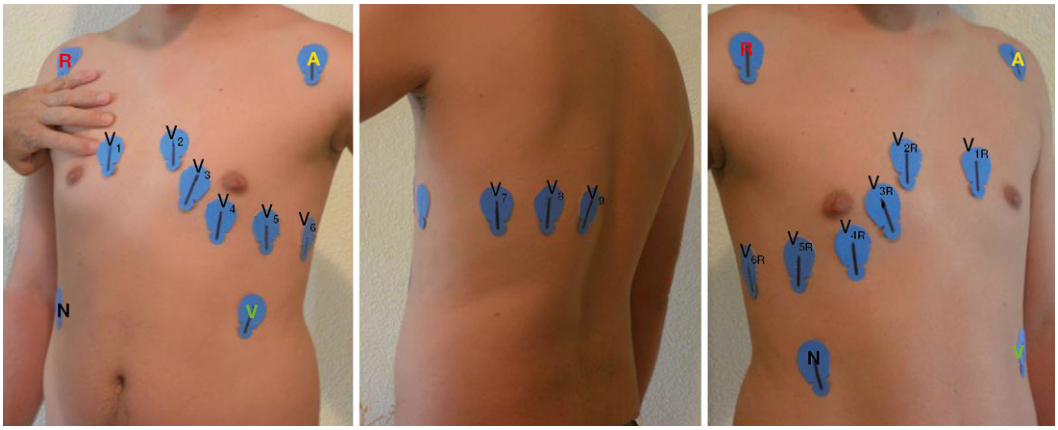


FIGURA 33-2. Colocación de los electrodos.

d. De manera general pero, sobre todo, en caso de ritmos lentos asociados a bloqueos de conducción AV es conveniente realizar, además del ECG completo, una tira larga de ritmo en una derivación en la que se vean bien todas las ondas (D_{II}). Muchos aparatos ya realizan esta tira de ritmo.

7. Comprobar que el ECG está bien hecho: aunque puede cambiar en algunas patologías, en general, los electrodos periféricos están bien colocados si la onda P es positiva en D_{II} y negativa en aVR, y los precordiales, si el QRS pasa progresivamente de ser negativo en V_1 a ser positivo en V_6.
8. Retirar los electrodos del paciente, eliminando la pasta conductora con una gasa.
9. Si no se han introducido en el electrocardiógrafo los datos de filiación del paciente antes de realizar la prueba, identificar el ECG indicando: nombre y apellidos, fecha y hora y circunstancias concurrentes de interés (dolor torácico, mareo, sudoración…).

DIAGRAMA PQRSTU

El paso del impulso activador, nacido en el nódulo sinusal, a través del sistema de conducción y su efecto sobre el miocardio se refleja en el ECG mediante diferentes deflexiones en la línea base. A estas deflexiones se les llama ondas y se describen por las letras P, Q, R, S, T y U. También es necesario conocer los diferentes intervalos o espacios que van de unas ondas a otras (figs. 33-3 y 33-4).

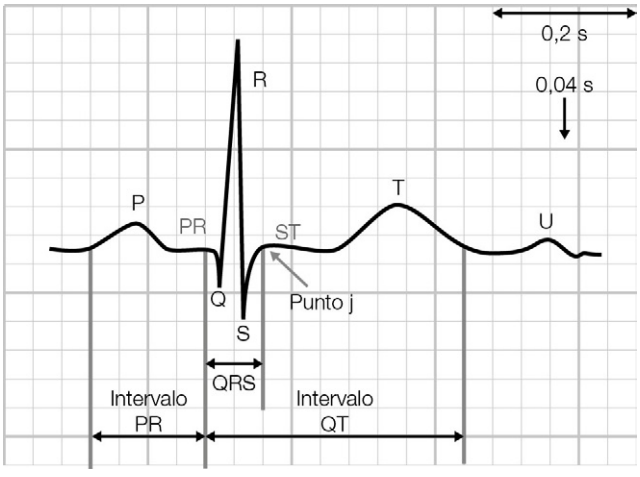


FIGURA 33-3. Diagrama P, Q, R, S, T y U.

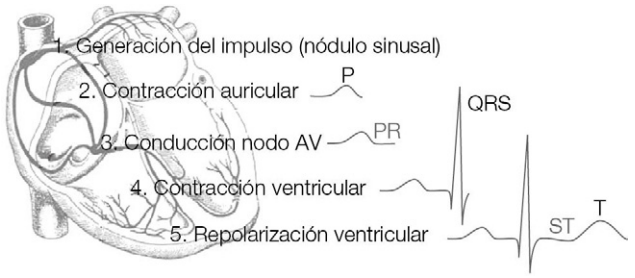


FIGURA 33-4. Relación de las ondas con la fisiología cardíaca.

Onda P

Representa la **despolarización (contracción) auricular.** Deben ser todas iguales en la misma derivación, tener una altura máxima de 2,5 mm y una duración (anchura) máxima de 0,12 s (tres cuadraditos pequeños). Es negativa cuando el impulso se aleja de donde está colocado el electrodo (aVR) y positiva cuando se acerca (la mayoría de las derivaciones).

Intervalo PR o PQ

Mide el tiempo de conducción auriculoventricular, por lo que comprende **desde el inicio de la onda P hasta el inicio del complejo QRS** (ondas Q o R, según derivación) y su parte isoeléctrica representa el retardo del nodo AV. Su duración **no debe ser inferior a 0,12 s ni superior a 0,20 s (entre tres y cinco cuadraditos pequeños, respectivamente),** aunque se modifica con la frecuencia cardíaca, acortándose con esta.

Complejo QRS

Representa la **despolarización (contracción) ventricular** y va desde el inicio de la onda Q hasta el final de la onda S. **Su morfología varía, de forma normal, de unas derivaciones a otras** (patrón rS en V_1, qR o qRs en V_6 con aumento progresivo de la onda R desde V_1 a V_6). Esto sucede porque las ondas son negativas cuando el impulso se aleja del lugar donde está el electrodo y va aumentando su positividad conforme se dirige hacia la posición del mismo.

Segmento ST y onda T

Representan la **repolarización ventricular.** El segmento ST comprende desde el final de QRS (punto J) hasta el inicio de la onda T, y es generalmente isoeléctrico o con variaciones respecto a la línea base menor de 1 mm, mientras que **la onda T suele ser concordante con el QRS, siendo negativa en aVR, y puede ser negativa, positiva o difásica en D_{III}, aVF, V_1 y V_2.**

Onda U

Generalmente no aparece, su presencia suele ser signo de hipopotasemia.

CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LAS ARRITMIAS CARDÍACAS

El ritmo normal del corazón se denomina sinusal porque se origina en el nódulo del mismo nombre y se caracteriza por ser regular, tener una frecuencia entre 60 y 100 latidos/min, tener en D_{II} ondas P positivas, todas iguales, delante de todos los QRS, que deberán ser estrechos, y un PR normal. Cuando el ritmo no tiene estas características decimos que existe una **arritmia cardíaca.**

Aunque el nódulo sinusal sea el marcapasos fisiológico del corazón, puede suceder que, en determinadas circunstancias, se originen ritmos fuera de esta localización. A esta característica de las células miocárdicas de poder producir impulsos propios se le llama **automatismo** y a los ritmos que originan **ritmos ectópicos.** Estos ritmos extrasinusales que pueden surgir para solucionar una falta de ritmo sinusal también se llaman **ritmos de escape o marcapasos auriculares, nodales o ventriculares** respectivamente, dependiendo de su origen. Estos focos ectópicos también pueden producir ritmos patológicos en forma de taquicardias.

Existen numerosas arritmias cardíacas, incluyendo los bloqueos de conducción auriculoventricular, pero no todas tienen la misma

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

importancia. En general, **son graves arritmias que cursan con bajo gasto cardíaco (taquicardias y bradicardias), arritmias de QRS ancho (ventriculares) y arritmias embolígenas (fibrilación y flúter auricular).**

Sistema de interpretación de arritmias cardíacas y signos de cardiopatía isquémica

Para interpretar un ECG e identificar posibles arritmias cardíacas se debe utilizar un esquema de interpretación sistemático que nos ayude a encontrar, en el trazado electrocardiográfico, ondas anormales, pausas o irregularidades. Para ello debemos responder sistemáticamente a las siguientes preguntas:

¿Cómo es el ritmo cardíaco?

Lo habitual es que el marcapasos cardíaco emita impulsos de forma regular, es decir, que el tiempo transcurrido (distancia) entre dos latidos consecutivos debe ser el mismo (fig. 33-5). Cuando esto no sucede y la distancia entre cada QRS varía se habla de **ritmo irregular** (fig. 33-6).

Si existen dudas de la regularidad del ritmo se puede utilizar un papel en blanco que se pondrá sobre el ECG, marcando en este la localización de varios QRS. Si el ritmo es regular, al desplazar el papel, los QRS seguirán coincidiendo con las marcas realizadas previamente, algo que no sucederá si este es irregular.

¿Cuál es la frecuencia cardíaca?

La frecuencia cardíaca de un ritmo normal está entre 60 y 100 latidos/min. Si es superior hablamos de taquicardia (sinusal, auricular, supraventricular, ventricular, nodal, fibrilación auricular rápida, flúter auricular), mientras que si es inferior a 60 tendremos bradicardia sinusal, ritmos de escape nodal e idioventricular, o bloqueos auriculoventriculares de segundo y tercer grado.

La mayoría de los electrocardiógrafos actuales hacen este cálculo y lo registran en el papel, pero también se puede realizar teniendo en cuenta las marcas que este tiene, sabiendo que 1 min son 1.500 cuadraditos pequeños. En **ritmos regulares** podemos **calcular la frecuencia cardíaca** dividiendo 1.500 entre el número de estos cuadraditos que hay entre dos QRS (intervalo RR). Si el **ritmo es irregular,** debemos hacerlo de forma similar a como calculamos la frecuencia cardíaca con el pulso: tomaremos 6 s, equivalentes a 30 cuadrados grandes o a 15 cm de una regla,



FIGURA 33-5. Ondas f en la fibrilación auricular. Obsérvese cómo, además, el ritmo es irregular.

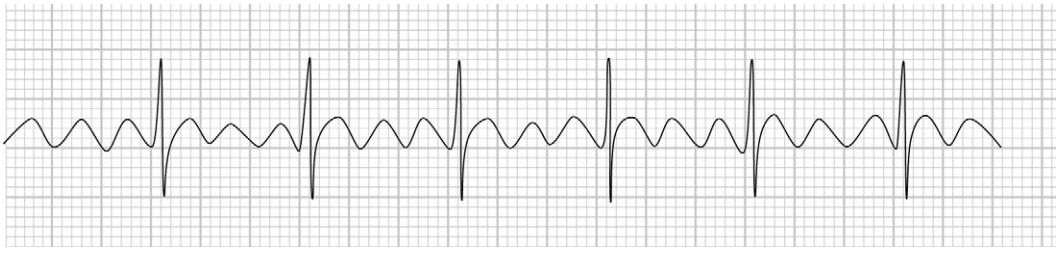


FIGURA 33-6. Ondas F en flúter auricular. Obsérvese cómo, además, el ritmo es regular.

contaremos los QRS de ese espacio, es decir, los latidos ventriculares, y el resultado obtenido lo multiplicaremos por 10.

¿Hay onda P delante de cada QRS? ¿Cómo es?

Lo habitual es que la haya, que todas sean iguales y con una altura y duración normales. Es demasiado alta o ancha en los crecimientos auriculares y hay ondas P diferentes en la misma derivación en extrasístoles auriculares o en el marcapasos migratorio. Puede estar ausente cuando el ritmo es ventricular y estar justo delante, detrás o no aparecer en los ritmos nodales y, en algunas arritmias patológicas de la aurícula, se sustituyen por otras ondas: f en la fibrilación auricular y F en flúter auricular (v. figs. 33-5 y 33-6, respectivamente).

¿Hay QRS detrás de cada onda P? ¿Cómo es?

Es anormal que, en una derivación, el QRS tenga diferentes morfologías. Si esto sucede es porque en cada impulso tiene un origen y el ventrículo se despolariza de forma diferente. Una **onda Q anormalmente grande (superior al 25% de la altura del QRS) o ancha en V_5 o V_6 representa una necrosis miocárdica.** Por otra parte, si el voltaje (altura del QRS) es excesivo, superior a 30 mm en precordiales, puede deberse a una hipertrofia o crecimiento ventricular; mientras que, si su duración es superior a 0,12 s, indica que la despolarización se realiza por fuera del sistema de conducción en el ventrículo debido a diferentes causas tales como un bloqueo de rama, una extrasístole o ritmo ventricular, un ritmo de marcapasos, una conducción aberrante en el ventrículo o una preexcitación ventricular. En general, QRS anchos se asocian a ritmos ventriculares.

¿Cuánto mide el intervalo PR-PQ?

El alargamiento (> 0,20 s o un cuadrado grande) puede implicar la existencia de un bloqueo cardíaco y el excesivo acortamiento (< 0,12 s) puede ser debido a un síndrome de preexcitación o a extrasístoles o ritmos ectópicos de la parte baja de la aurícula o del nodo (en este caso la onda P suele ser retrógrada, es decir, estar invertida porque la despolarización de la misma se realiza de abajo a arriba).

¿Son el intervalo ST y la onda T normales?

Una elevación de ST puede ser debida a **lesión miocárdica,** pericarditis aguda o embolia pulmonar. Una onda T muy alta puede ser neurovegetativa (neuróticos o AVC), debida a una hiperpotasemia ($K^+ > 6,5$ mEq/l) o por isquemia miocárdica.

La depresión de ST y/o disminución o inversión de la onda T pueden ser debidas a diferentes causas: bloqueo de rama, secundario a digital; sobrecarga cardíaca; **isquemia;** hipopotasemia; pericarditis; embolia pulmonar, o enfermedad miocárdica.

De todas estas alteraciones cabe resaltar, por su importancia clínica, los signos **electrocardiográficos de cardiopatía isquémica.** Cabe recordar que, mientras que la mayoría de las arritmias se pueden ver en cualquier derivación, para diagnosticar estos signos se debe valorar todo el ECG dado que se afectarán unas u otras derivaciones, en función de la arteria obstruida. Esta valoración debe realizarse, por este motivo, siguiendo las parejas o agrupaciones de la tabla 33-1.

FIGURAS RESUMEN (figs. 33-7 a 33-12)

Estas figuras resumen permiten, siguiendo el esquema de interpretación descrito previamente, identificar la mayoría de las arritmias cardíacas. No aparecen ni la fibrilación ventricular (ritmo ventricular caótico), ni la asistolia total (línea plana por ausencia de latido) o ventricular (línea plana con ondas P y sin QRS).

TABLA 33-1. Zona del miocardio del ventrículo izquierdo afectada en función de las derivaciones en que aparecen los signos de cardiopatía isquémica

D_I, aVL	D_{II}, D_{III}, aVF	V_1-V_2	V_3-V_4	V_5-V_6
Zona lateral alta	Zona inferior	Zona septal	Zona anterior	Zona lateral baja

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

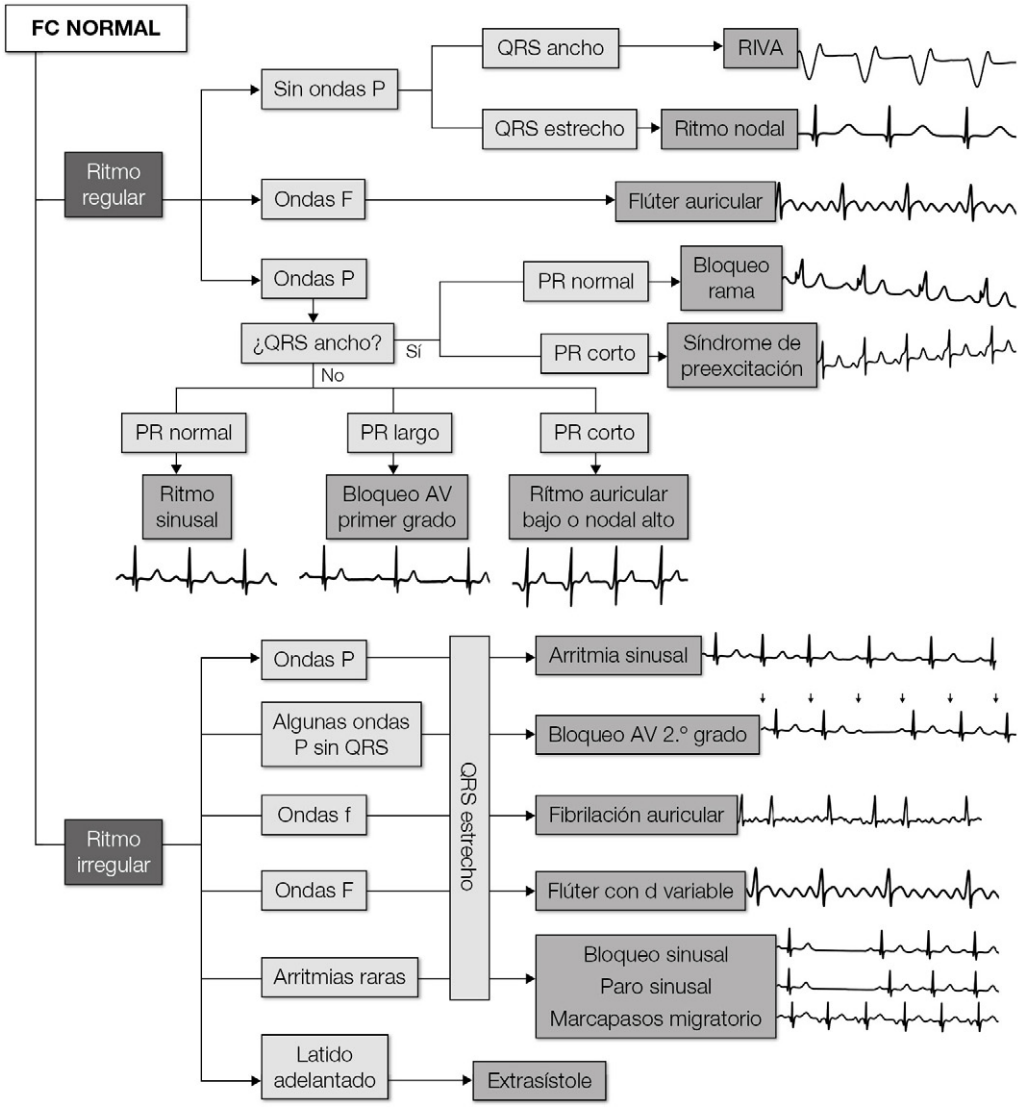


FIGURA 33-7. Ritmos con frecuencia cardíaca normal. Ritmo idioventricular acelerado (RIVA). Las *flechas* indican la localización de las ondas P.

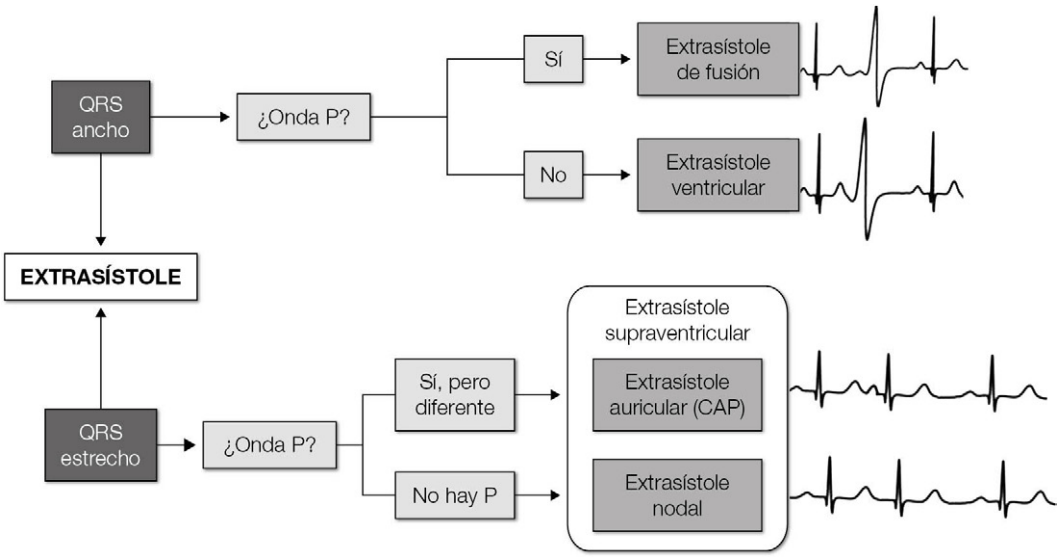


FIGURA 33-8. Extrasístoles (complejos o latidos prematuros o adelantados). Complejo auricular prematuro (CAP).

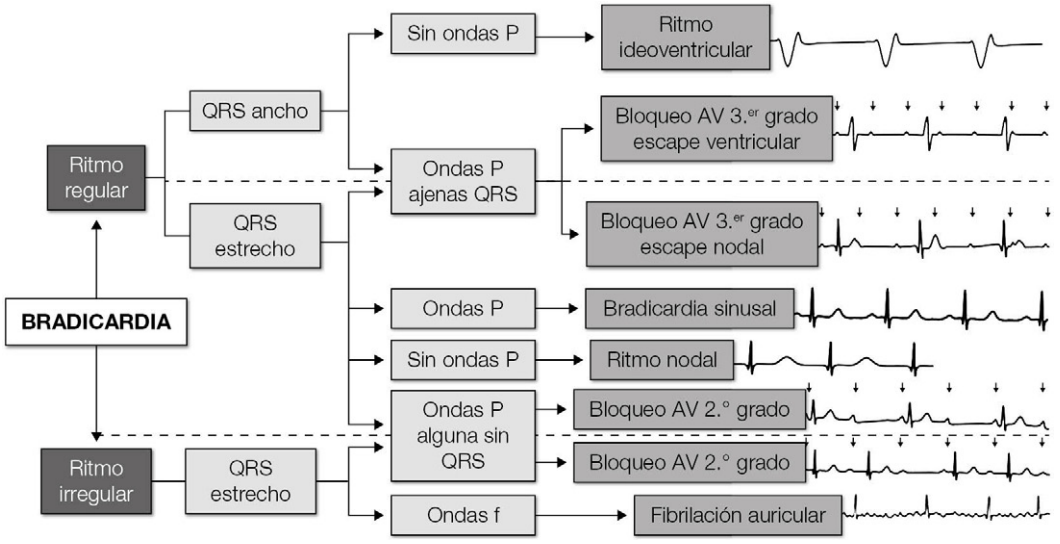


FIGURA 33-9. Bradicardia. Las *flechas* indican la localización de las ondas P.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

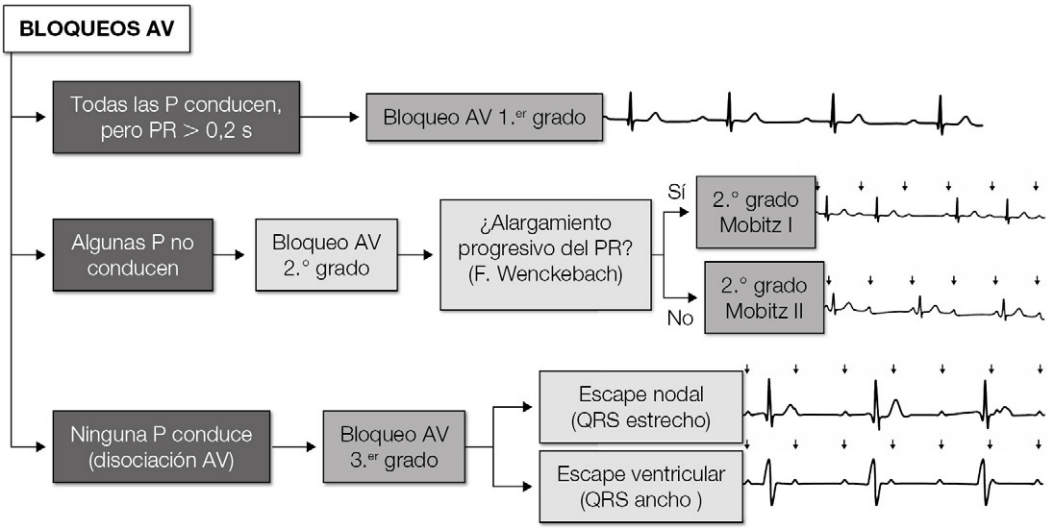


FIGURA 33-10. Bloqueos auriculoventriculares. Las *flechas* indican la localización de las ondas P.

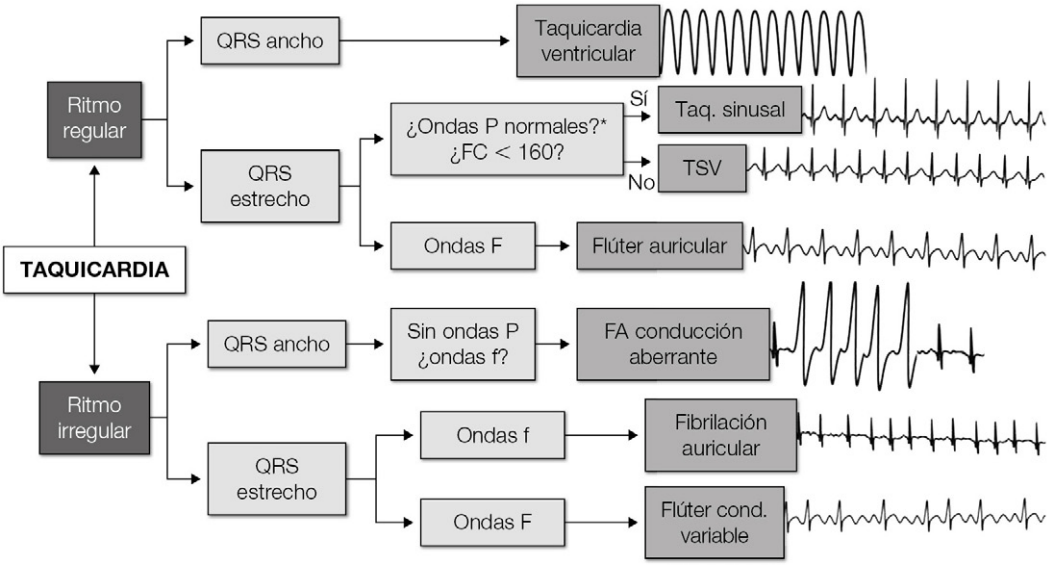


FIGURA 33-11. Taquicardia. Dentro de la taquicardia ventricular entran sus diferentes formas (flúter ventricular, *torsade de pointes,* taquicardia ventricular monomorfa) y podrían confundirse con otras arritmias de complejo ancho (reentradas antidrómicas en un paciente con síndrome de Wolff-Parkinson-White). Del mismo modo, las taquicardias supraventriculares (TSV) comprenden la taquicardia auricular paroxística (TAP) y las taquicardias por reentradas ortodrómicas o nodales. *Cond.,* conducción; *FA,* flúter auricular; *FC,* frecuencia cardíaca.

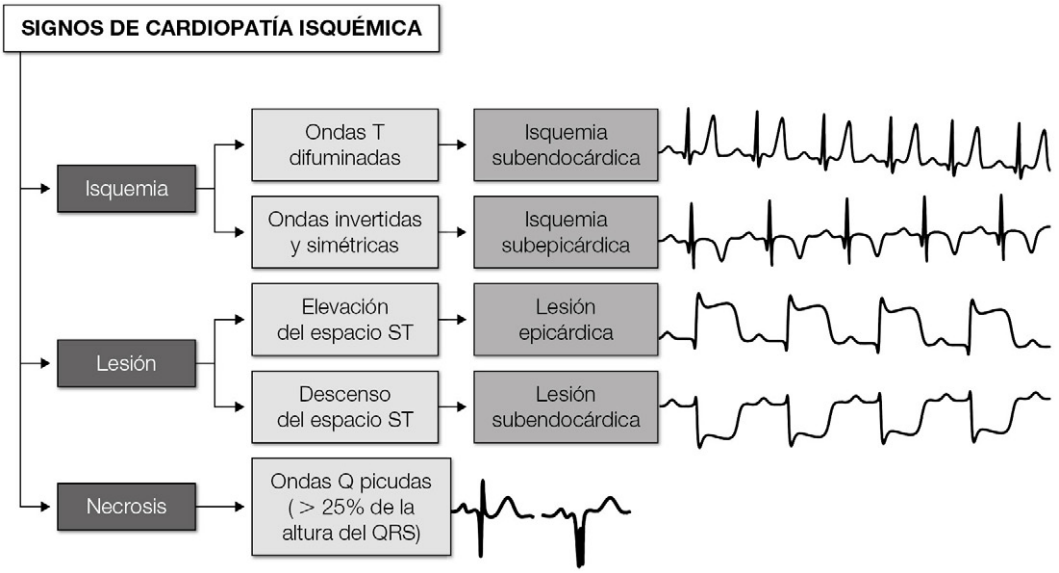


FIGURA 33-12. Signos electrocardiográficos de cardiopatía isquémica.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ebert H. ECG fácil. Interpretación. Diagnóstico diferencial. Barcelona: J&C; 2005.
Lindner UK, Dubin D. Introducción a la electrocardiografía. Barcelona: Masson; 2004.
Proehl JA. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. 3. ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
Rodríguez Padial L. Curso básico de electrocardiografía. Bases teóricas y aplicación diagnóstica. 2.ª ed. Madrid: Edicomplet; 2004.
Vélez Rodríguez D. Pautas de electrocardiografía. 2.ª ed. Madrid: Marbán; 2009.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 3 4

Enfermera comunitaria

José Ramón Martínez Riera

HISTORIA DE LA ENFERMERA COMUNITARIA

San Vicente de Paúl, quien a mitad del siglo XVII, con la ayuda de la señorita Le Gras, fundó la mundialmente famosa orden de las Hermanas de la Caridad, es la figura más remota y prominente en la historia de la enfermería de salud pública.

No es ya hasta el siglo XIX cuando encontramos nuevamente referencias claras de la enfermería comunitaria en el movimiento sanitario inglés. Después del informe *Condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña,* de E. Chadwick en 1837, muchos profesionales sintieron interés por las necesidades de actuación a nivel comunitario para poder afrontar los problemas de salud.

Sin embargo, el concepto actual de un servicio laico de enfermería comunitaria se inició en 1859 en Inglaterra, por William Rathbone, que al conocer los cuidados ofrecidos a su mujer enferma por parte de las alumnas de la Escuela Nightingale, vio en la enfermería domiciliaria un servicio que abarcaba la nueva percepción del humanitarismo, el conocimiento de la ciencia médica moderna y el renovado arte de la enfermería.

W. Rathbone decidió emprender la tarea de formar y dirigir a un grupo de enfermeras, bajo el asesoramiento de F. Nightingale, que no trabajaría en el hospital, sino en la comunidad. Dicho servicio se denominó enfermería de distrito y su fin era prestar cuidados de enfermería y consuelo a los pobres, fuera del hospital.

Rathbone describe las características de estos cuidados como:

- Educación sanitaria centrada en aspectos de higiene y saneamiento del medio.
- Asistencia social dirigida a aspectos de salud y enfermedad.
- Visita domiciliaria especialmente a enfermos.

El cuidado de los enfermos en sus propios hogares, a cargo de enfermeras graduadas se inició en la ciudad de Nueva York en 1877, patrocinado por la junta de mujeres de la Misión de Nueva York, unida a la influencia de la figura de F. Nightingale.

La evolución de estos servicios llevó a la creación del servicio de enfermería social o comunitaria, encargado de todo lo referente a la comunidad. Entre las figuras sobresalientes de este movimiento cabe destacar a Elizabeth Fry (1840), fundadora de la Sociedad de Enfermería Comunitaria, basada en el trabajo realizado en las cárceles, de la cual derivaría el Instituto de Hermanas Enfermeras, que capacitaba a sus miembros para el ejercicio de los cuidados de reparación en los hogares.

Años más tarde surge la figura de Lillian Wald, quien elige estudiar enfermería como respuesta a su descontento con el papel tradicional de las mujeres de la época y el medio de escapar del rol que estaba escrito para estas en el siglo XIX.

Tras graduarse queda profundamente decepcionada al descubrir la pobreza institucionalizada y el desprecio de los médicos hacia las enfermeras.

Tras una experiencia ocasional en un barrio marginal decide, junto a su amiga de estudios Mary Brewster, trasladarse al Coger East Side de Manhattan, donde alquilan un ático en el que inician su trabajo como educadoras en cuidados básicos y economía doméstica. Dos años más tarde (1893) se trasladaron definitivamente al 265 de la calle Henry donde prosiguieron su trabajo al que pronto se unió un numeroso grupo de excelentes enfermeras. El Nurses Settlement, como era llamado, fue el primer centro de enfermería público en el mundo de acceso a todas las personas sin distinción de raza, sexo, edad o religión.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Sus esfuerzos siempre estuvieron basados en la creencia de que el mundo era simplemente una versión más amplia del vecindario culturalmente diverso.

Su creación más exclusiva, además del Settlement, aunque no la única, fue el Visiting Nurse Service, el cual se convirtió en un modelo a seguir por el resto de centros similares en EE. UU. y en el resto del mundo.

Wald acuñó en 1893 el término de enfermera de salud pública para las enfermeras que trabajaban fuera de hospitales tanto en comunidades pobres como en las burguesas. Este término fue evolucionando y pasó a denominarse «enfermera social» hasta convertirse en la década de los setenta en enfermera comunitaria. Wald fue invitada a participar con un ciclo de conferencias en la Universidad de Columbia, a partir de las cuales el Henry Street Settlement se convirtió en el mejor y más reconocido centro de formación enfermera en salud pública (1899), lo que finalmente condujo a la creación del Departamento de Enfermería de Salud Pública en dicha universidad (1910).

Aunque, al contrario de lo que hiciera Jane Addams, Wald no elaboró un análisis sobre sus teorías y trabajo, dejó dos legados escritos que se convirtieron en referentes para generaciones de enfermería, sociología y trabajo social, *The House of Henry Street* (1915) y *Windows on Henry Street* (1934).

Lillian Wald es considerada como la fundadora en EE. UU. de la enfermería comunitaria. Se la ha descrito como una idealista práctica que veía las condiciones como realmente existían y realizaba el enfoque de los problemas sociales desde el punto de vista enfermero. Así, aspectos como el ambiente laboral, el entorno del barrio, la cultura, etc., eran examinados y evaluados, según la influencia que tuvieran sobre la salud.

En el contexto del continente europeo, sobresale el caso de Francia. El doctor Calmette, uno de los más destacados especialistas de la lucha antituberculosa, insistía a finales del siglo XIX en la importancia de atender la enfermedad también en el domicilio. En un principio se valió de visitadoras sin preparación especial; después, a partir de 1900, las escuelas de enfermeras de Anyot y Vercingetorix se dedicaron a la preparación de visitadoras. Finalmente, en 1914, se fundaba en París la primera escuela especial de enfermeras visitadoras.

En España, el primer y más claro referente de la enfermería comunitaria no es, sin embargo, una enfermera. Concepción Arenal, con la creación del «visitador del pobre» (1860), es reivindicada por diferentes autores como la precursora de la enfermera visitadora. En la valoración que hace del enfermo, hay que destacar la importancia que otorga a los problemas de salud de causa social, así como la necesidad de valorar holísticamente al individuo, más allá de una intervención puntual que vaya encaminada a resolver un problema de salud concreto por el que se demanda una atención.

Los planteamientos de Arenal estaban en sintonía con los defendidos por el colectivo de mujeres que colaboraron con el movimiento sanitarista británico (1850-1890). Por otra parte, Arenal es una firme defensora de la actuación a través de la búsqueda de soluciones capaces de resolver la complejidad de factores que rodean a la pobreza y recuerda la faceta comunitaria que caracterizará a las enfermeras visitadoras sanitarias.

Sin embargo, a pesar de tales antecedentes, la actividad profesional de la enfermería comunitaria, contrariamente a lo ocurrido en otros países, tardaría muchas décadas en hacerse realidad en España, ya que las ideas anglosajonas no tuvieron mucho eco entre las enfermeras.

No es hasta el siglo XX cuando aparece la figura de la enfermera visitadora, basada en la asistencia domiciliaria de enfermos pobres, cubriendo aspectos de higiene en la lactancia y protección específica a embarazadas (Domínguez Alcón, 1986).

Cabe destacar la creación y dotación de diferentes instituciones de carácter docente tales como la Escuela Nacional de Puericultura (1923), la Escuela Nacional de Sanidad (1925) o el proyecto de Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias (1932). Sin embargo, no fue hasta 1926 cuando tendría lugar el primer curso en la Escuela Nacional de Puericultura que otorgaría los primeros títulos de visitadoras puericultoras que ocuparían las plazas existentes en todas las instituciones de puericultura pertenecientes al Estado.

Por su parte, la Escuela Nacional de Sanidad tuvo el objetivo de formar en España un «Cuerpo de enfermeras sanitarias» desde sus inicios. Sin embargo, no sería hasta 1933 cuando se pondrían en marcha, con carácter provisional, las primeras

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

actividades docentes orientadas a la formación de enfermeras visitadoras.

Gracias a la colaboración con la International Health Board de la Fundación Rockefeller (1931) y tras el estudio sobre la situación de la enfermería española realizado por la enfermera F. Elisabeth Crowell de la citada fundación en el que se abordaba la necesidad de cambios importantes, de cara a la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras de Salud Pública, se desarrolló un programa de formación que permitió a 14 enfermeras españolas desplazarse becadas a EE. UU. entre 1931 y 1936.

En el transcurso de este proceso (1933-1935) se llevaron a cabo diferentes cursos destinados a la formación de enfermeras visitadoras y se desarrollaron iniciativas políticas y legislativas tendentes a la creación de la Escuela de Enfermeras Visitadoras dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad, que finalmente no se concretarían debido a los trágicos acontecimientos de julio de 1936 con el comienzo de la guerra civil.

Otro importante hito en el proceso de institucionalización de la enfermería comunitaria lo constituyó la creación en marzo de 1934 de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias presidida por Mercedes Milá Nolla, quien posteriormente sería nombrada inspectora-secretaría de la señalada anteriormente Escuela de Enfermeras Visitadoras Sanitarias.

Tras la contienda civil, en 1941 se inauguró, en los mismos locales destinados a la Escuela de Enfermeras Visitadoras, una Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, con objetivos institucionales muy diferentes y con un absoluto olvido histórico de sus antecedentes, que marcarían su carácter rupturista con el proceso anterior.

En 1942 se creó el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española y Tradicionalista de las JONS, en donde se podían especializar en dos grandes campos: «enfermeras de guerra» y «enfermeras visitadoras sociales». Estas últimas se incorporaron en la estructura del incipiente seguro obligatorio de enfermedad (SOE), y sus funciones se limitaban «al control del uso o abuso de las ventajas que el seguro ofrecía a los beneficiarios y asegurados».

La Sección Femenina de Falange Española y las JONS crearon el Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias (1954), que se encargaba de la difusión de conocimientos de puericultura en el medio rural.

La unificación profesional en el título de ayudante técnico sanitario (1953) condujo a una focalización de la actividad sobre la enfermedad y a un paulatino deterioro y abandono de la salud pública que acabaría siendo una actividad residual.

En 1959, se creó la Comisión de Ayudantes Técnicos Sanitarios encargada de elaborar un anteproyecto de especialidades en el que se contemplase la especialidad de «medicina social y preventiva» que debía reunir las funciones que venían desempeñando las instructoras y las visitadoras sociales y las que estaba previsto asignar a los ATS de empresa; sin embargo, no llegó concretarse.

Con la nueva titulación se desarrollaron algunas figuras de asistencia domiciliaria entre las que cabe destacar:

- ATS visitadoras del INSALUD, cuyo principal cometido era el seguimiento y control de la invalidez laboral transitoria.
- ATS diplomado de empresa, cuya función principal era preventiva en colaboración con el equipo médico de la empresa.
- ATS comadronas de asistencia pública domiciliaria (APD), que desempeñaban funciones de promoción, prevención y rehabilitación en el medio urbano.

En 1977, con la transformación de las escuelas de ATS en escuelas universitarias de enfermería con contenidos curriculares específicos de salud pública se abrían nuevas perspectivas para el desarrollo no tan solo de la enfermería comunitaria sino de la enfermería como profesión.

La instauración de la democracia, la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) y el nuevo modelo de atención primaria supusieron un nuevo panorama para la enfermería comunitaria que será objeto de un estudio particular en otro apartado del presente proyecto docente.

En 1987, se publicó el Real Decreto 992/1987 en el que se incluía la obtención del título de enfermero especialista, donde se creaba la especialidad de enfermería de salud comunitaria junto a otras especialidades, que nunca se llegó a desarrollar.

El día 6 de mayo de 2005 se publicó el Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de enfermería, aprobado en el Consejo de Ministros el día 22 de abril de 2005, que sustituye al anterior y en el que se incluye la especialidad de enfermería familiar y comunitaria junto a otras

seis, que deben desarrollarse mediante la acreditación de las unidades docentes y la creación de las comisiones nacionales de especialidad correspondientes.

El martes 29 de junio de 2010 se publicó en el BOE la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

Por último, el miércoles 22 de septiembre de 2010 se publicó en el BOE la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010 para el acceso, en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en enfermería. Se ofertan las primeras 132 plazas de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y se acreditan las primeras unidades docentes en siete comunidades autónomas (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Castilla y León, Asturias, Madrid y Extremadura).

ENFERMERA COMUNITARIA

Existen muchas definiciones de enfermería comunitaria o enfermería para la salud, pero la que nos parece más completa es la formulada en 1973 por la American Nurses Association (ANA):

La enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o un diagnóstico determinado. Es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuye a la salud de la población total. La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a las poblaciones en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio.

Otras definiciones de enfermería comunitaria intentan enfocar el concepto hacia el medio o contexto que conoce el autor, intentando de esta manera adaptarla a circunstancias específicas. Destacamos por similitud y posible extrapolación las siguientes:

- La enfermería comunitaria desde una perspectiva integral de la salud, es aquella que con los conocimientos científicos, habilidades y actitudes adecuadas es capaz de detectar las necesidades de la población a la que atiende ofreciendo cuidados en promoción, prevención y rehabilitación, directamente sobre la comunidad, en instituciones, asociaciones y domicilios, de forma programada desde la participación comunitaria y el trabajo en equipo con una estrategia común utilizando todos los recursos institucionales y de la comunidad.
- La enfermería comunitaria es una enfermería familiar a la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974 define como la base del concepto de familia, como unidad, dirigida a satisfacer las necesidades de salud concernientes a sus miembros.

Del análisis de las definiciones anteriores ponemos de manifiesto los principios básicos que de estas se desprenden:

- La enfermería comunitaria se apoya en una base sólida de enfermería, integrando en su práctica conocimientos de salud pública.
- La responsabilidad principal de la enfermería comunitaria es la familia y la población como un todo.
- La naturaleza de la práctica de la enfermería comunitaria es general, continuada y abarca muchos aspectos.
- Las actividades de la enfermería comunitaria deben estar en relación con las necesidades del individuo, la familia y la población en general.
- La enfermera comunitaria debe reconocer, respetar y promover la participación de la población en todas las acciones de salud.
- La educación sanitaria es un instrumento de trabajo fundamental que forma parte de sus actividades.
- La enfermera comunitaria forma parte de un equipo de salud multidisciplinario.

Por tanto, el papel de la enfermera comunitaria se puede definir como:

- Suministradora de cuidados directos.
- Soporte, apoyo y escucha.
- Defensora y valedora.
- Promotora, líder y animadora.
- Enlace, coordinadora y facilitadora.
- Educadora, consejera y asesora.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sobre la base de lo citado anteriormente, podemos confirmar la guía de la enfermera comunitaria:

- Base sólida en conocimientos de enfermería y salud pública.
- Atención al individuo, la familia y la población como un todo.
- Contempla todas las edades y clases de individuos.
- Trabaja en el marco del sistema sanitario, promueve la participación de la población.
- La educación sanitaria es uno de sus importantes recursos.
- Forma parte del equipo de salud.

VALORES DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La población en los últimos años está sufriendo una serie de cambios muy similar al del resto de países occidentales, que repercuten de manera directa sobre su estado de salud general y, consecuentemente, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. De este modo, se han podido contemplar cambios sociodemográficos y de morbilidad tales como el aumento de la esperanza de vida, la cronificación de las enfermedades, el incremento de las personas con incapacidades, los cambios en la estructura tradicional de las familias y la incorporación de la mujer a la vida laboral. La enfermera familiar y comunitaria, a través de cuidados de calidad, asegura un ejercicio profesional basado en los valores profesionales que la legitiman ante la sociedad, dando respuesta a las demandas de salud.

La misión de la enfermera familiar y comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el *continuum* de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto sociocultural.

La acción de la enfermera familiar y comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental.

Los valores que guían el desarrollo de la enfermera comunitaria están recogidos en el programa de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria:

- Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad.
- Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos.
- Compromiso con la mejora continua de la calidad.
- Compromiso con la ética.
- Compromiso con la seguridad de los usuarios y pacientes.
- Compromiso con el desarrollo profesional.

COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA COMUNITARIA

Las competencias de la enfermera comunitaria según el programa de la especialidad son:

Competencias generales

- Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto por lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.
- Competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, vigilancia epidemiológica y medioambiental y situaciones de emergencia y catástrofe.
- Competencias vinculadas con la docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.
- Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia, y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.
- Competencias vinculadas con la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible, generar conocimiento y difundir el ya existente.

Competencias prioritarias

Se consideran competencias prioritarias las orientadas a:

- Identificar las necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud a los ciudadanos en cualquier ámbito (centro de atención, domicilio, escuela, lugar de trabajo…).
- Establecer y dirigir redes centinelas de epidemiología de los cuidados.
- Desarrollar indicadores de actividad y criterios de calidad de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario.
- Aumentar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio.
- Responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.
- Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.
- Favorecer el funcionamiento de los equipos multiprofesionales, a través de la participación, la reflexión, el análisis y el consenso y desde el respeto a las competencias propias y del resto de especialistas y profesionales del ámbito comunitario y de la salud pública.
- Mejorar la práctica enfermera en el ámbito familiar y comunitario a través de la investigación en cuidados enfermeros y de la participación en líneas de investigación multiprofesionales.

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La primera referencia a la especialidad de enfermería comunitaria en nuestro país tiene como principal exponente la publicación del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, en el que se regulaban las especialidades de enfermería y en el que aparecía la especialidad de enfermería en salud comunitaria. Sin embargo, finalmente no se desarrolló.

No es ya hasta 2005 cuando se publica el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, en el que se vuelven a regular las especialidades de enfermería. Entre ellas la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

Sobre la base del artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del citado Real Decreto, se establece el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en general y de las especialidades de enfermería en particular.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, constituida el 28 de febrero de 2007 al amparo del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, elaboró el primer programa formativo de esta especialidad (fig. 34-1).

El programa fue ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada. Asimismo, fue estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud de la que forman parte, entre otros, los consejeros de sanidad de las diversas comunidades autónomas y el director general de política universitaria del Ministerio de Educación.

Según lo previsto en el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, y en el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, previos informes de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación se aprobó el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, que se publicó en el BOE, n.° 157, de 29 de junio de 2010.

Dicho programa formativo será de aplicación a los residentes de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria que obtengan plaza en formación en unidades docentes de dicha especialidad, a partir de la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada en la que se incluyan plazas de esta especialidad.

El propósito del programa de la especialidad en enfermería familiar y comunitaria (tal como queda reflejado en la Orden SAS/1729/2010, de 17

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 34-1. Miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, redactores del programa. *De izquierda a derecha:* Manuel López, Fidel Rodríguez, Cristina Heierle, Francisco Javier Navarro, José Ramón Martínez Riera, Dolores Sánchez, Enrique Oltra y María José Benavente.

de junio) es desarrollar un proceso de aprendizaje activo que permita contextualizar el conocimiento e integrarlo en la dinámica diaria de las enfermeras en formación; ejercitando al mismo tiempo y de forma amplia numerosas competencias transversales de modo que, al final de su período formativo, posean los niveles de competencia necesarios para el ejercicio independiente de la especialidad y sean capaces de desarrollar una formación continua a lo largo de su vida profesional.

Con posterioridad, el 22 de septiembre de 2010, el BOE publicó la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprobó la convocatoria de la prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en enfermería.

Desde su publicación, siete comunidades autónomas constituyeron unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria, consiguiendo acreditar 144 plazas de enfermeras residentes (EIR) de enfermería familiar y comunitaria. Finalmente, para el año 2011, se ofertaron 132 plazas.

Las competencias que la enfermera residente deberá adquirir en su proceso formativo según marca el programa de la especialidad son:

- *Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario:*
  - Clínica y metodología avanzada.
  - La atención en la infancia.
  - La atención en la adolescencia.
  - La atención a la salud general en la etapa adulta.
  - La atención a la salud sexual, reproductiva y de género.
  - La atención a las personas ancianas.
  - La atención a las familias.
  - La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes.
  - La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo sociosanitario.
- *Competencias en salud pública y comunitaria.*
- *Competencias docentes.*
- *Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario.*
- *Competencias en investigación.*

Para lograrlo, las residentes deberán realizar unas rotaciones por diferentes centros/servicios/unidades y unas actividades mínimas. Al menos el 60% del tiempo de formación se desarrollará en el centro de salud, en el que el residente llevará a cabo actividades, tanto en consulta como en los domicilios de los pacientes, así como en otros dispositivos, organizaciones e instituciones existentes en la comunidad. El resto del tiempo se distribuirá en rotaciones por otros dispositivos, según recursos y necesidades.

LECTURAS RECOMENDADAS

Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). Universidad de Alicante; 1995.

BOE n.° 157. BOE n.° 157. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

Domínguez-Alcón C. Los cuidados y la profesión de enfermería en España. Madrid: Pirámide: 1986.

Girbés Fontana M, et al. Enfermería en atención primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). Administración Sanitaria. 2005;3(1):49-65.

Martínez Riera JR. Enfermería de salud pública vs enfermería comunitaria. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles. Copenhague: Organización Mundial de la Salud; 1986.

Organización Mundial de la Salud. Salud 21: Marco de la política salud para todos, para la Región de la OMS Europa. Copenhague: OMS/EURO (serie europea «Salud para todos», n.º 6); 1999. p. 139.

Siles J. La historia del cuidado en el ámbito comunitario. Ponencia III Congreso Estatal de la Asociación de Enfermería Comunitaria; 24-27 de febrero de 2000, Arnedillo.

Thompson B, Kinne S. Social Change Theory. Applications to Community Health. En: Bracht N (ed.). Health Promotion at the Community Level. London: Sage Publication; 1996. p. 44-65.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 3 5

Enfermería basada en las evidencias

Inmaculada Sánchez-García, Francisco Pedro García Fernández
y Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

INTRODUCCIÓN

La medicina basada en la evidencia (MBE) es un movimiento que pretende mejorar la efectividad clínica basándose en las mejores evidencias científicas disponibles. El paradigma de la MBE tuvo sus orígenes en los estudios del médico epidemiólogo británico Archie Cochrane (1909-1988), quien puso de manifiesto la necesidad de basar las intervenciones médicas en los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, como forma de mejorar su efectividad. Para ello propuso la creación de grupos de trabajo que organizaran y clasificaran estos ensayos clínicos por especialidades médicas, como forma de mantener una base de conocimiento actualizada. Los esfuerzos de este médico dieron su fruto en 1993, con la puesta en marcha de la Colaboración Cochrane. La Colaboración Cochrane es una organización internacional, interdisciplinar e independiente, basada en una serie de grupos de trabajo que se encargan de preparar, actualizar y difundir revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención sanitaria, con el objetivo de ayudar a tomar decisiones sanitarias bien informadas. Esta organización se inició en la Universidad de Oxford, pero se ha ido extendiendo por todo el mundo, de forma que actualmente está presente en más de 90 países. En España comenzó a funcionar como Centro Cochrane en el año 1995.

La definición de MBE, que actualmente se acepta de forma generalizada, es la que Sacket hizo en 1996: «La utilización consciente, explícita y juiciosa de las mejores evidencias científicas disponibles para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente». A partir de esta propuesta el término ha tenido una rápida difusión y un importante impacto en la práctica de la medicina, con grupos tanto de defensores como de detractores.

La transferencia de estos principios a otras disciplinas del campo de la salud dio lugar a una serie de denominaciones, tales como: enfermería basada en la evidencia, fisioterapia basada en la evidencia, etc.; todas ellas se pueden englobar bajo el concepto de práctica clínica basada en la evidencia. Sin embargo, la aplicación de este paradigma no es igual en las diversas disciplinas de salud, y en el caso de la enfermería presenta algunas diferencias importantes que se comentarán en este capítulo.

¿Evidencia, evidencias o pruebas?

Posiblemente, la palabra «evidencia» no es la mejor elección para traducir el término original en inglés, *evidence.* Se trata de un caso que los filólogos denominan como «falsos amigos», por ser palabras que tienen una grafía muy parecida pero que encierran diferente significado. Mientras que la palabra *evidence* tiene el significado de «prueba, cosa o cosas que ayudan a formar una conclusión o establecer un juicio», la palabra española *evidencia* es según el *Diccionario de la lengua española* de la RAE: «Certeza clara, manifiesta y tan perceptible, que nadie puede dudar racionalmente de ella». La evidencia no admite la duda ni puede ser cuestionada, mientras que las pruebas científicas se admiten pero pueden y deben ser cuestionadas. Por tanto, a nuestro juicio y al de otros autores como Gálvez Toro, sería mejor denominación la de medicina o enfermería basada en pruebas científicas (o al menos en evidencias, en plural) ya que no implica el concepto de la existencia de una evidencia única e irrebatible. Sin embargo, parece poco probable que esta denominación pueda ser ya modificada puesto que se encuentra ampliamente aceptada por la comunidad científica hispanohablante del campo de la salud.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Definición

El concepto de enfermería basada en las evidencias (EBE) es algo más que la utilización de la investigación en la práctica, ya que integra además la experiencia clínica experta de las profesionales y las preferencias de los pacientes.

La aplicación del concepto de la evidencia al campo de la enfermería tiene una doble raíz: por un lado durante las décadas de los setenta y ochenta se llevaron a cabo en EE. UU. diversos estudios sobre la utilización de la investigación en la práctica enfermera, como el estudio Conduct and Utilization of Research in Nursing (CURN, que puede traducirse por «desarrollo y utilización de la investigación en enfermería»), y diversas autoras identifican los problemas que subyacen y que se pueden resumir en un conocido editorial de Hunt, publicado en 1996, quien describió la situación en ese momento:

- Las enfermeras no conocen los resultados de la investigación.
- Las enfermeras no comprenden los resultados de la investigación.
- Las enfermeras no creen en los resultados de la investigación.
- Las enfermeras no saben cómo utilizar estos resultados.
- Las enfermeras no están autorizadas para utilizar los resultados de investigación.

Por otro lado, la potencia del concepto medicina basada en evidencias pronto se transfiere al campo de la enfermería, y el término enfermería basada en evidencias comienza a aparecer en diferentes artículos que describen este concepto, inicialmente en revistas anglosajonas y poco después en publicaciones españolas. Tras una aplicación mimética inicial de la MBE a la enfermería que dio lugar a numerosas críticas debido al peso excesivo de la investigación cuantitativa o positivista, y al ensayo clínico aleatorizado como única fuente de evidencias se ha evolucionado hacia una definición más ecléctica que incorpora nuevos elementos: la investigación cualitativa o interpretativa como fuente de evidencias científicas; la experiencia clínica de las enfermeras expertas y los valores y preferencias de los pacientes.

Una primera definición de EBE fue realizada por Mulhall en el año 1998: «La incorporación de las evidencias de investigación, la experiencia clínica experta y las preferencias de los pacientes en las decisiones sobre los cuidados de salud de cada paciente». Sin embargo, el modelo que mejor describe este concepto de la EBE es el propuesto por el Instituto Joanna Briggs. Esta organización, conocida por sus siglas en inglés JBI, se fundó en 1996 como un instituto de la Universidad de Adelaida en Australia, para promover la práctica de los cuidados de salud basados en evidencias y, actualmente, es una organización internacional presente en más de 40 países, entre ellos España. El modelo del JBI de práctica clínica basada en las evidencias lo considera como la mezcla del juicio clínico y la experiencia experta con las mejores evidencias científicas disponibles para producir la clase de práctica clínica que es más probable que conduzca a un resultado positivo en un paciente o cliente.

COMPONENTES DE LA ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS

La práctica de la EBE incluye cuatro componentes:

- Las evidencias externas, las pruebas o evidencias científicas, generadas mediante investigación, considerada en sentido amplio con diferentes enfoques metodológicos, tanto cuantitativos como cualitativos. La aplicación del conocimiento disponible a la práctica enfermera del día a día se encuentra en la base de la EBE, aunque no puede limitarse solo a eso.
- La experiencia clínica de profesionales expertos, a la que se ha denominado evidencia interna. Nos referimos a la experiencia de profesionales expertos en su área, que han desarrollado un conocimiento tácito o intuición que les permite tomar decisiones acertadas; pero no a la experiencia basada en la rutina, en la tradición o en el concepto «siempre se ha hecho así».
- Las preferencias y valores de los pacientes o clientes se constituyen como el tercer elemento de la EBE, frecuentemente olvidado. Las personas, cuando les toca adoptar el rol de «pacientes» o usuarios de los servicios sanitarios, demandan cada vez con mayor fuerza un papel de codecisores. La EBE pone la información a disposición de los profesionales clínicos pero también de los usuarios.
- El contexto o los recursos disponibles. La EBE y, en general, la práctica clínica basada en evidencias, contribuye a establecer criterios para

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

priorizar el uso efectivo de los recursos sanitarios, en los países desarrollados. Aunque se corre el peligro de derivar hacia una utilización exclusivamente economicista, como hacen algunos gestores, lo que la aleja totalmente de su esencia. Es como eliminar tres de las cuatro patas de una silla, y pretender que se sostenga solo sobre una, antes o después la silla se caerá.

Pero ¿qué son evidencias? El concepto de evidencias tiene un sentido amplio, como pruebas o argumentos racionales que permiten establecer que algo es cierto. En la enfermería y, en general, en las disciplinas sanitarias, los profesionales buscan evidencias para establecer la utilidad o adecuación de un amplio rango de actividades o intervenciones, por tanto surgen diferentes tipos de evidencias. El modelo del JBI establece cuatro tipos de evidencias:

1. Efectividad. Considerada con el grado en que una intervención, correctamente aplicada, consigue el resultado clínico esperado.
2. Adecuación. Valora el grado en que una intervención es apropiada o adecuada a la situación o contexto en que se realiza el cuidado.
3. Significación. La significación se refiere al grado en que la intervención o actividad es experimentada de forma positiva por el paciente o el receptor de los cuidados.
4. Viabilidad. En el sentido de considerar si la intervención es práctica y realizable, en un determinado contexto físico, cultural o socioeconómico.

FASES EN LA APLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS

El modelo del Instituto Joanna Briggs propone cuatro elementos en el proceso de aplicación de la EBE. Estos elementos son:

1. La generación de evidencias sobre cuidados de salud. Estas evidencias, en el sentido amplio antes descrito, se pueden generar mediante investigación, experiencia clínica y discurso u opinión experta (aunque no todas tendrán igual peso o fuerza de evidencia, como veremos más adelante).
2. La síntesis de estas evidencias, que incluye el análisis de los diferentes tipos de evidencias para combinarlas de una forma significativa. Algunas metodologías para hacer esto son: metaanálisis, metasíntesis, consenso de expertos y métodos de síntesis de evaluación económica, entre otras.
3. La transferencia de las evidencias y del conocimiento hacia los profesionales, las instituciones y centros sanitarios y los sistemas de salud. Este proceso incluye la publicación en revistas, medios electrónicos como internet y cualquier otra forma de difusión del conocimiento. Entre las formas de presentación más eficaces se encuentran las revisiones sistemáticas y las guías de práctica clínica.
4. La utilización de las evidencias en la práctica clínica, lo que constituye un elemento clave del proceso. ¡La mejor guía de práctica clínica no tendrá efectos beneficiosos para los usuarios de servicios de salud si no pasa de las estanterías de los despachos! La utilización de las evidencias implica hacer cambios en la práctica habitual, introducirla en la cultura de la organización y evaluar el impacto en los resultados de salud.

Como estrategia para aplicar la EBE a un problema concreto de la práctica o un problema de salud de los pacientes se propone un proceso con cinco fases (tabla 35-1):

1. El primer paso implica formular una pregunta clínica que pueda ser respondida. Se recomienda el formato PICO, acrónimo de: Pacientes o

TABLA 35-1. Las cinco fases de la práctica clínica basada en evidencias y las competencias que deben poseer los profesionales

Fases	Competencias
1. Formular una pregunta clínica adecuada	
2. Buscar y seleccionar las mejores evidencias externas (investigación)	Búsqueda bibliográfica
3. Valorar de forma crítica las evidencias obtenidas	Lectura crítica
4. Integrar estas evidencias con la experiencia clínica, las preferencias de los pacientes y el contexto para tomar una decisión sobre los cuidados	Capacidad de implementación
5. Evaluar los efectos de esta decisión o cambio en la práctica clínica	Evaluación clínica

población de interés, Intervención a evaluar, Comparación o intervención habitual y Resultado considerado (*outcome,* en inglés).
2. La formulación de esta pregunta permite guiar la búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de conocimiento, que es la segunda fase. Actualmente, las enfermeras y los profesionales sanitarios, en general, disponen de un amplio abanico de recursos y fuentes de conocimiento.
3. Una vez identificados los estudios adecuados para responder a la pregunta, es necesario realizar una evaluación crítica de los mismos utilizando técnicas de lectura crítica e instrumentos de valoración adecuados.
4. Las evidencias externas obtenidas en este proceso deben sintetizarse e integrarse con el resto de evidencias: experiencia clínica, preferencias de los usuarios y el contexto, para dar lugar a un cambio determinado en la práctica clínica.
5. Finalmente, es necesario evaluar este proceso en términos de efectividad clínica tanto en pacientes individuales como en instituciones o centros.

La EBE está relacionada con la investigación en salud, aunque la aplicación de la EBE no es hacer investigación, sino utilizar la investigación que ya se ha hecho. Los cuidados de salud basados en evidencias hacen necesario que los profesionales posean determinadas competencias (v. tabla 35-1), tales como: 1) búsqueda de información en fuentes fiables, como bases de datos bibliográficos, centros de evidencias, repertorios de revisiones sistemáticas, etc.; 2) habilidades de lectura crítica de artículos y documentos científicos, mediante el uso de instrumentos de evaluación crítica; 3) capacidad de implementar cambios en la práctica clínica; y, finalmente, 4) capacidad de evaluación de resultados de salud. En palabras de G. Castledine, la EBE implica enfermeras mejor preparadas, con buenas habilidades objetivas, con un pensamiento centrado en un propósito y dirigido a objetivos, con capacidad reflexiva y crítica para cuestionarse las cosas y capaz de valorar, priorizar y saber cuándo hay que adaptar las reglas.

CLASIFICACIÓN O GRADACIÓN DE LAS EVIDENCIAS

Existen numerosas (más de 60) clasificaciones o sistemas jerarquizados de niveles de evidencias, fruto de la aplicación inicial de los postulados de la medicina basada en evidencias y de los parámetros de evaluación de diseños de investigación con métodos cuantitativos. De su aplicación emergen dos conceptos: calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación.

El concepto de calidad de la evidencia (también puede encontrarse como nivel de evidencia) indica hasta qué punto es posible confiar en que la estimación de un efecto sea correcta. La fuerza de la recomendación indica hasta qué punto se puede confiar en que al poner en práctica una recomendación tenga más beneficios que riesgos.

Las diversas clasificaciones de evidencia establecen una gradación o niveles para la calidad de la evidencia generada en función, básicamente, del diseño del estudio de investigación. Desde el año 1976, en que se publicó la primera de estas clasificaciones en Canadá (Canadian Task Force on Preventive Health Care), hasta la actualidad se han establecido múltiples sistemas, no todos congruentes entre sí. Algunos de los más conocidos son: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (NICE), National Institute for Clinical Excellence (SIGN), Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) y GRADE. Lógicamente, esta situación crea más confusión que otra cosa y hace que resulte difícil entender algunas de las revisiones y guías de práctica clínica. Por otro lado, todas estas clasificaciones se centran en los diseños de investigación cuantitativa (con el ensayo clínico aleatorizado en su cúspide) e ignoran o consideran escasamente los diseños con enfoques cualitativos, lo que genera importantes problemas para su aplicación al campo de la enfermería.

Dos clasificaciones pueden mejorar esta situación. Por un lado el sistema GRADE, desarrollado desde 2004 por un grupo internacional de expertos, y que, aunque se centra en los diseños cuantitativos, permite valorar todo tipo de investigación y modular las recomendaciones para la práctica. Este sistema es complejo y requiere fuertes conocimientos metodológicos y competencias de valoración crítica, pero se está utilizando cada vez más. Este sistema valora para cada resultado: el diseño del estudio, la calidad del estudio, la consistencia y la evidencia directa o indirecta; de su combinación se generan cuatro niveles de calidad de la evidencia: alta (es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado), moderada (es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

resultado estimado y que puedan modificarlo), baja (es muy probable que nuevos estudios puedan modificar el resultado estimado) y muy baja (cualquier resultado estimado es incierto).

En segundo lugar, la clasificación del modelo JBI establece cuatro niveles de calidad de evidencia, para cada uno de los cuatro tipos (viabilidad, adecuación, significación y efectividad) lo que permite gran flexibilidad en la evaluación de evidencias y permite incorporar fácilmente las evidencias generadas mediante investigación tanto con métodos cuantitativos como cualitativos. Incluye una clasificación del grado de recomendación con cinco niveles, que van desde A (efectividad establecida a un nivel que aconseja su aplicación) hasta E (la efectividad no ha sido establecida). Estas clasificaciones están siendo utilizadas por los grupos del Instituto Joanna Briggs en sus revisiones.

PRODUCTOS DE LA ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS

En los últimos años se han generado nuevos tipos de documentos o formatos que soportan el conocimiento generado mediante la EBE, y que empiezan a tener un importante papel en transferir este conocimiento a los profesionales. Entre estos nuevos formatos están:

Comentario o resumen crítico

Se trata de artículos, en general breves, que resumen uno o varios estudios de investigación originales publicados, incorporando una evaluación crítica de sus fortalezas y debilidades y del posible impacto o aplicación en la práctica clínica.

Revisión sistemática

Es un tipo de investigación secundaria que realiza una síntesis del conocimiento existente para responder a una pregunta clínica concreta, utilizando métodos específicos y sistemáticos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente las investigaciones originales, así como para extraer, analizar y presentar de forma conjunta los datos de los estudios incluidos.

Guía de práctica clínica

Es un concepto más amplio que el de revisión sistemática, aunque generalmente las guías están basadas en revisiones. Se consideran como instrumentos, realizados de forma interdisciplinar, que ofrecen a los profesionales clínicos directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen con los pacientes, y reducir la incertidumbre en la toma de decisiones y disminuir la variabilidad clínica. Deben incorporar información sobre la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.

VENTAJAS Y PROBLEMAS DE LA ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS

Se han identificado una serie de efectos positivos de la introducción de la EBE en los centros sanitarios, aunque también han surgido diversos problemas o dificultades.

Entre las principales ventajas citadas se encuentran:

- La obtención de mejores resultados clínicos en los pacientes en términos de morbilidad y morbilidad y de satisfacción.
- La reducción del tiempo de transferencia de los resultados de investigación a la práctica, que en algunos estudios fue tan largo como 17 años.
- Mejora la satisfacción de las profesionales y puede reducir la incidencia del síndrome de «estar quemado» (síndrome de *burnout*).

Algunos de los efectos negativos o problemas vinculados a este movimiento son:

- El uso de las guías de práctica clínica y otros productos de la práctica clínica basada en evidencias como un «libro o recetario de cocina» que hay que seguir al pie de la letra y que anula la capacidad de decisión de cada profesional. En realidad, esta interpretación va contra el espíritu de la EBE que propone estos instrumentos como guías o ayudas a la toma de decisiones de los profesionales, pero siempre debe incluirse la experiencia clínica, la valoración crítica y evaluar cada caso en particular.
- Pensar que el objetivo último de la EBE es solamente producir guías de práctica clínica o revisiones sistemáticas. Estos productos son necesarios, pero no sirven de nada si no se aplican o se introducen cambios en la práctica habitual y se modifica el modo de trabajo de las organizaciones.

- La percepción de que la EBE anula la concepción humanista u holística de los cuidados. Esto es un error, ya que los aspectos afectivos, culturales y de respeto pueden incluirse perfectamente en unos cuidados basados en evidencias.
- La aparición del fenómeno llamado por Castledine «bloqueo por la falta de evidencias». Un uso poco meditado de la EBE puede conducir a algunos profesionales a la inacción ante la falta de evidencias que soporten determinada intervención; sin embargo, esto deriva de una incorrecta interpretación de los principios que soportan la EBE, ya que se trata de utilizar las mejores evidencias disponibles en cada momento, lo que incluye un amplio abanico de posibilidades, desde amplios ensayos clínicos hasta el juicio clínico o la opinión de expertos. Por tanto, los profesionales siempre tendrán evidencias que utilizar.

BARRERAS Y FACILITADORES

Diversos investigadores han identificado una serie de elementos o factores que actúan como barreras para la aplicación de la EBE en la práctica clínica. Se han elaborado diferentes instrumentos, tipo cuestionario, para medir la presencia de estos elementos en los entornos sanitarios; como la escala BARRIERS que es el más difundido, aunque hay otros como el Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) que tiene una versión en español desarrollado por de Pedro et al.

Una clasificación comúnmente aceptada de las barreras es la propuesta por Funk:

- Relacionadas con los profesionales (valores, habilidades y conocimientos de la investigación enfermera), incluyen falta de motivación, actitud no receptiva al cambio, insuficientes conocimientos metodológicos, falta de apoyo de los propios profesionales, insuficiente autoridad y autonomía para cambiar los cuidados.
- Relacionadas con la innovación (cualidades y calidad de la investigación), investigaciones no replicadas, dudas a la hora de creer los resultados de investigación, divulgación de resultados contradictorios.
- Relacionadas con la comunicación (presentación y accesibilidad de la investigación), por ejemplo, el análisis estadístico resulta incomprensible, la bibliografía relevante no se compila en un solo lugar, las implicaciones para la práctica no se hacen con claridad.
- Relacionadas con la organización (establecimiento de barreras y limitaciones), falta de tiempo para implementar los cambios, plantillas insuficientes, escaso apoyo de los gestores, falta de financiación y escasa dotación de recursos.

Muchas de estas barreras se han mantenido igual a lo largo de los últimos 15 años. El análisis de barreras y facilitadores en un elemento clave, que contribuye en la selección de las estrategias más apropiadas, para aumentar el éxito de la implementación, y posibilitar que las recomendaciones puedan ser aplicadas de forma sistemática y mantenida en el tiempo. En una reciente revisión se concluye que las intervenciones adaptadas a las barreras identificadas tienen más probabilidades de mejorar la práctica profesional frente a la ausencia de intervenciones o la simple difusión de directrices.

Se ha realizado menos investigación sobre las estrategias que facilitan el proceso de implementación de las evidencias en las prácticas (facilitadores), por lo que algunos autores plantean la necesidad de realizar nuevos estudios que aporten mayor información sobre la eficacia de estas intervenciones, así como de su relación coste-eficacia.

Los facilitadores identificados hasta el momento incluyen: mayor concienciación de la de la necesidad de cambio, el liderazgo promotor y la gestión de proyectos, la construcción de las relaciones y la comunicación inter- e intraprofesional, la importancia del contexto local, el permanente seguimiento y evaluación, junto a las auditorías clínicas y la retroalimentación.

LECTURAS RECOMENDADAS

Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2010;3 (CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub2.).

Bonfill X, Etcheverry C, Martí J, Glutting JP, Urrutia G, Pladevall M. El desarrollo de la colaboración Cochrane española. Med Clin (Barc). 1999;112(Supl 1):17-20.

Bonil de las Nieves C. Utilidad y pertinencia de la evidencia en la mejora del cuidado de la salud. A propósito de las guías de práctica clínica. Evidentia [revista on-line]. 2010; 7(30). [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev0330r.php.

Castledine G. Evidence-based nursing: Where is the evidence? Br J Nurs. 1997;6(5):290.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Dawes M. On the need for evidence-based general and family practice. Evid Based Med. 1996;1:68-9.
De Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Román MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Rev Esp Salud Pública. 2009;83(4):577-86.
Dogherty EJ, Harrison MB, Graham ID. Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: a focused review of concept and meaning. Worldviews Evid Based Nurs. 2010;7(2):76-89.
French P. The development of evidence-based nursing. J Adv Nurs. 1999;29(1):72-8.
Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Barriers and facilitators of research utilization. Nurs Clin North Am. 1995;30(3):395-407.
Gálvez González M. Hacia una práctica basada en evidencias cualitativas. Grupo de revisores LIC. Evidentia [revista on-line]. 2009; 6(26). [Consultado el 8 de febrero de 2013.] Disponible en: ww.index-f.com/evidentia/n26/ev0426.php.
Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. 2. ª ed. Granada: Fundación Index; 2007.
García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Gálvez Toro A. Evaluación de la calidad de los diseños de investigación (III). Revisión sistemática y metaanálisis. En: Gálvez Toro A (ed.). Enfermería basada en la evidencia. 2. ª ed. Granada: Fundación Index; 2007. p. 237-59.
García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL. El acceso a las fuentes de información científica en enfermería. Rev Presencia [revista on-line]. 2008; 4(7). [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.index-f.com/presencia/n7/p0136r.php.
García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Rodríguez Torres MC. La revisión crítica: un nuevo tipo de artículo científico. Gerokomos. 2004;15(3):156-62.
Gol-Freixa JM, Llano Señaris J. El fenómeno de la "medicina basada en la evidencia". Med Clin (Barc). 1999;112(Supl 1):3-8.
Gonçalves Pedreira ML. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Paul Enferm. 2009;22:880-1.
GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2004;328:1490-8.
Horsley JA, Crane J, Crabtee MK, Wood DJ. Using research to improve practice: A guide. New York: Grune & Straton; 1983.
Hunt J. Barriers to research utilization. J Adv Nurs. 1996; 23:423-5.
Icart MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. Rev ROL Enferm. 1999;22(3):185-90.
Kajermo KN, Bostrom AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS scale-the barriers to research utilization scale: A systematic review. Implement Sci [revista on-line] 2010;5:32. [Consultado el 8 de febrero de 2013]. DOI:10.1186/1748-5908-5-32. Disponible en: http://www.implementationscience.com/content/5/1/32.
Kessenich CR, Guyatt GH, DiCenso A. Teaching nursing students evidence-based nursing. Nurse Educator. 1997;22(6):25-9.
López Alonso SR, Pedro Gómez J, Marqués Andrés S. Comentario crítico de un estudio científico para una publicación. Index Enferm. 2009;18(1):52-6.
Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. GRADE Working Group. Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones. Aten Primaria. 2006;37(1):5-8.
Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. En: Melnyk BM, Fineout-Overholt E (eds.). Evidence-based practice in nursing and healthcare. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-15.
Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. Enferm Clín. 2010;20(3):153-64.
Mulhall A. Nursing research, and the evidence. Evid Based Nurs. 1998;1:4-6.
Pancorbo-Hidalgo PL. Enfermería basada en la evidencia. Inquietudes. 1999;IV(17):9-11.
Pearson A, Field J, Jordan Z, Aspízua BJ. Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud: integrando la investigación, la experiencia y la excelencia. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2008.
Sacket DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.
Sánchez-Gómez S. La toma de decisiones de la enfermera de atención primaria (en el contexto anglosajón). Evidentia [revista on-line]. 2004; 1(3). [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n3/r70articulo.php.
The Cochrane collaboration [sede Web]. 2010. [Consultado el 22 de diciembre de 2010]. Historia. Disponible en: http://www.cochrane.org/about-us/history.

C A P Í T U L O 3 6

Entrevista

Luis Cibanal Juan

INTRODUCCIÓN

Creemos importante recordar algunos puntos que nos parecen relevantes para tener en cuenta antes de comenzar la entrevista y qué debemos tener en cuenta durante la misma.

Conviene clarificar que, aunque hablamos de «entrevista», nosotros la entendemos más bien como relación de ayuda; pues en la entrevista el centro soy yo y en la relación de ayuda el centro es el paciente.

Nosotros, por tanto, nos situamos en la perspectiva de la psicología humanista, donde el paciente es el centro, no el profesional.

¿CÓMO ME SIENTO YO AQUÍ Y AHORA PARA RELACIONARME CON EL CLIENTE?

Es importante que el profesional tome conciencia de su estado psíquico y espiritual —pensamientos, sentimientos, conflictos, valores, creencias, etc.— antes de tener una entrevista o relación terapéutica con el cliente, ya que estos le pueden influir positiva o negativamente.

Por ejemplo: imponer al cliente lo que el profesional considera desde su punto de vista como verdadero o normal; no aceptar las diferencias, etc., o bien proyectarse en el cliente, o defenderse por todos los medios, cuando su persona o la idea que él se hace de sí mismo, se siente amenazada.

Ya se trate de observarse a sí mismo o de observar a la persona que está frente a él, una mejor comprensión de sus comportamientos, o una mayor lucidez, son condiciones necesarias en el dominio de la relación de ayuda.

Es un hecho que por naturaleza cada uno de nosotros somos diferentes. Entre los rasgos de los que la naturaleza nos ha dotado ocupa un gran lugar la emotividad. Observamos que un número considerable de profesionales de la salud experimentan una ansiedad más o menos intensa durante la primera fase de la relación de ayuda. El experimentar cierta ansiedad es cosa normal, y no es necesariamente un factor de inhibición. El profesional debe tomar conciencia de lo que él vive, de lo que puede sentir como una «amenaza», y decidir lo que debe hacer. Es primordial tomar conciencia de los recursos con los que él cuenta para abordar la ansiedad, ya que esta va a ser captada por el cliente y puede dar como resultado una falta de confianza en el profesional, o pensar que este no sabe cómo ayudarle.

El profesional puede manifestar su ansiedad de diferentes maneras:

- Comenzando la entrevista sin presentarse.
- No respetar el ritmo del cliente, atosigándole con preguntas.
- No acoger al cliente (de la manera que vamos a exponer más tarde en la primera fase de la relación de ayuda).
- Comenzar la relación interrogando al cliente o sin exponerle el objetivo u objetivos de la entrevista.
- Confrontar al cliente de forma brutal.
- Estar más preocupado por la respuesta que va a darle al cliente, que por escuchar verdaderamente lo que este le está diciendo.
- No respetar los silencios.
- No estar atento al lenguaje no verbal, al paralenguaje, etc.
- Es posible que su «incompetencia» le preocupe hasta el punto de temer dañar al cliente.

Ante una dificultad o una agresión inesperada, en efecto, es la emotividad, la ansiedad, la que nos hace reaccionar a veces de forma estrictamente irracional. Es esta la que nos arrastra hacia conflictos cuyas consecuencias son absurdas y desproporcionadas a la causa que los originó.

Por otra parte, la ansiedad se comunica de tal manera que un cliente, de por sí ya ansioso,

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

no debería añadir a su ansiedad la del mismo profesional. Este último debe identificar la causa de su ansiedad; esta sería la primera etapa del proceso necesario para superarla. La ansiedad no es siempre el único sentimiento que el profesional experimenta durante la fase de acogida. Puede también sentir aburrimiento, irritación, indiferencia, descorazonamiento, etc. De la misma manera que lo comentado respecto a la ansiedad, conviene identificar la causa de estos sentimientos. Es aceptando su emotividad y sentimientos, al vivir con ellos sin lamentos, como uno llega a controlarlos mejor. Y esto por dos razones principales:

- Las manifestaciones más intempestivas, las que más agotan nuestra emotividad son debidas, de hecho, a la negación que nosotros intentamos oponer.
- Es preciso rechazar, además, la idea de que la emotividad es en sí misma un defecto. No es una debilidad. Puede ser una riqueza considerable, si se acepta y canaliza adecuadamente.

Percibir y observar a las personas y a las cosas sin prejuicios, teniendo en cuenta su individualidad, es la mejor escuela de objetividad y estabilidad. Tal actitud puede ser una pauta de gran seguridad en los casos difíciles. Es el mejor medio para mantenerse sereno.

También el profesional puede, por ejemplo, estar cansado. Si este toma conciencia de su cansancio, pueda tal vez sobreponerse al mismo, o bien si esto no es posible, comunicárselo al cliente, con el fin de que pueda comprender su cansancio y no interpretar que no quiere escucharle, o que «pasa» de él.

Ejemplo:

P. *Buenos días, Sr. Juan.*

C. *Hola, buenos días.*

P. *Mire, voy a atenderle durante quince minutos, como de costumbre, sin embargo, me va a perdonar que debido a la mañana tan agotadora de trabajo, me siento muy cansado; por tanto, si hay algo que le digo que me repita, o ve algún gesto como de falta de atención es debido al cansancio. Así que le pido que usted me ayude a atenderlo lo mejor posible. Porque me imagino que cuando usted está cansado también le cuesta concentrarse, ¿verdad?*

C. *¡Ya lo creo!, incluso a veces se me pone un mal humor que no hay quién me aguante…*

P. *Vale, gracias por su comprensión y ayuda…*

¿CÓMO PERCIBO AL CLIENTE CON EL QUE ME VOY A RELACIONAR?

Con frecuencia existe el fenómeno transferencial. Es decir, proyectamos sobre nuestro interlocutor ciertos aspectos de simpatía, antipatía o indiferencia. Por esta razón, es conveniente que durante los primeros momentos de la relación «pasee su imagen por la cabeza» con el fin de tomar conciencia de qué siente ante su presencia y por qué. Esto le permitirá poder tomar una cierta distancia y sentirse lo menos condicionado por los fenómenos transferenciales.

Con frecuencia al tomar conciencia de esto, nos damos cuenta que no nos relacionamos con la persona que tenemos delante, sino con la imagen que nos hemos hecho de ella. Esto viene condicionado por la imagen que inconscientemente nos hacemos al ver su cara, ropa, oler su perfume, etc.

Cuidar mucho la presentación, primer encuentro o acogida del cliente, pues aquí se juega uno el que se establezca o no la relación

Este punto quedará ampliamente expuesto al hablar de la primera fase de la relación de ayuda.

Fijarse el objetivo u objetivos que se quieren conseguir con el cliente

Si queremos obtener la colaboración del cliente debemos, al comienzo de la entrevista, explicarle el punto o puntos que queremos abordar con él y *por qué* o *con qué fin*.

De esta manera, pensamos que el cliente puede entrar mejor en un proceso de colaboración, pues entiende cuál es la finalidad que tenemos al abordar un tema u otro de su vida. El profesional puede proponerle de este modo que merece la pena que se implique y responsabilice en su proceso de reestructuración. El profesional comunica así al cliente su deseo de comprometerse en este proceso de relación de ayuda.

Por otra parte, no debemos olvidar que es preciso comenzar la entrevista no solo presentado el objetivo del profesional, sino también cuál es el objetivo del cliente. Es decir, que antes de comenzar a abordar el objetivo propuesto por el profesional, este debe preguntar al cliente si hay alguna cosa de la que quiera hablar o que le preocupe, pues, si al cliente le preocupa alguna

cosa y no se le da la oportunidad de expresarlo, será difícil que pueda escuchar o centrarse en el objetivo que le presenta el profesional. Una vez se haya abordado con el cliente lo que le preocupa, a este le resultará más fácil aceptar el objetivo propuesto por el profesional.

Fijar con el cliente el tiempo que va a durar la entrevista

Si, por ejemplo, el profesional quiere mantener con el cliente 20 min de entrevista, deberá respetarse ese tiempo, ni más ni menos. Eso facilita poner límites al cliente y al profesional, no olvidemos que el tiempo es estructurante. De esta manera, el profesional estará dispuesto a escuchar al cliente durante los 20 min fijados; mientras que si está más tiempo y ha de hacer otras cosas u ocuparse de otros clientes, se mostrará nervioso, inquieto, preocupado porque el tiempo se pasa, con lo cual difícilmente podrá escuchar al cliente.

Por otra parte, si el profesional no fija el tiempo con el cliente, quizás no sepa cómo acabar cuando el cliente le está hablando de sus preocupaciones o problemas. Si no ha fijado el tiempo también puede ocurrir que, cuando quiera terminar la entrevista, el cliente comience a hablar de algo que le preocupa mucho, o incluso llore. Si el profesional se va con el pretexto de que tiene que ir a hacer otras cosas, el cliente puede pensar que su problema no le interesa, que el profesional no quiere oírlo, que tal vez su situación es demasiado grave como para que se ocupen de él, o que no merece la pena, etc. En tal situación, el profesional puede sentirse como en un callejón sin salida, entre la necesidad de irse, porque tiene otras cosas que hacer, y la de escuchar al cliente en su situación angustiante, porque ¿cómo va a abandonar ahora al cliente? En este caso, si el profesional se queda, se sentirá nervioso, inquieto… lo cual impedirá una plena disponibilidad para escuchar adecuadamente.

Por el contrario, si el profesional ha anunciado previamente al cliente que el tiempo que pasará con él es de 20 min, en ese tiempo el cliente puede contarle lo que desee y cuando lo desee. El cliente puede tener sus razones para decir las cosas importantes en el último momento, debido a que es al final cuando comienza a tener confianza en el profesional, o que dice las cosas más problemáticas en el último momento, para así poderse liberar de ellas y que el profesional se vaya con ellas y no le dé más vueltas, etc.

Por tanto, el profesional podrá dejar al cliente, con toda tranquilidad, aunque este le esté contando cosas importantes o tristes, porque él ya le había anunciado el tiempo que iban a estar juntos. No obstante, el profesional le podrá decir: «Me está diciendo cosas muy importantes, siento tener que irme como le había dicho, pues si me quedara no estaría disponible para poderle escuchar y esto requiere tiempo. Por tanto, si lo desea yo volveré a tal hora para poder continuar con el problema o el tema que usted ha comenzado a contarme».

Nos parece muy importante hacer esta observación respecto al tiempo, pues hemos observado profesionales que se sienten atrapados por el cliente, sin saber cómo «cortar» la entrevista. Esto permite al profesional sentirse disponible para el cliente aunque solo disponga de 3 min, sabiendo que pasado ese tiempo podrá pasar a otra cosa. Cuántas veces oímos frases como esta: «Yo pasaría a ver a tal cliente, pero es tan pesado que si te coge no te suelta». Con ello culpabilizamos al cliente de ser pesado cuando, en el fondo, el problema es que el profesional no sabe estructurar su tiempo y fijar límites.

Tener presente las etapas del método de resolución de problemas

Es decir, una manera de llevar un esquema de la entrevista es tener presente las etapas del método de resolución de problemas:

Establecer el problema. El cliente nos habla de su problema.

Ver la causa del problema. Mediante un *feedback,* establecer cuál es la causa o causas del mismo según el cliente, no según el profesional. Nos parece importante tener en cuenta la causa desde el cliente, aunque para el profesional no sea esa la causa o las causas. Partir de la causa o las causas del cliente es como entrar en su mundo o problema por la puerta que él nos presenta, pues si queremos entrar por la puerta que a nosotros nos parece la más adecuada corremos el riesgo de que se sienta amenazado y, por lo tanto, que nos cierre la puerta, es decir, que no nos escuche o no quiera continuar la relación porque no se siente comprendido, escuchado o porque se siente

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

amenazado, etc. Esto no es óbice para que más tarde, cuando la confianza se ha establecido, el profesional pueda explicar al cliente que su manera de ver o de explicar las causas del problema no corresponden a las suyas; pero al principio eso podría percibirlo el cliente como amenazante y cerrarse a la relación.

Objetivos y acciones. Una vez esclarecido el problema y las causas del mismo, el profesional puede proponer al cliente que le explique lo que ha hecho hasta el presente para poder solucionar su problema, es él el agente de su vida y sin duda tiene muchos recursos y ha pensado y probado cosas. Es necesario ver lo que ha hecho y el resultado que ha obtenido. El profesional debe, en la medida de lo posible, establecer los objetivos y las actividades con el cliente. No trazar los objetivos con el cliente sino *en lugar* del cliente equivale a olvidar que él es el protagonista y actor responsable de su proceso de cambio, mientras que el profesional no es más que un activador de este proceso. También se evita el peligro de que el cliente no cumpla los objetivos y las actividades, porque no se sintió comprometido con los mismos, sino que los sintió como impuestos desde fuera.

Evaluación. Si hemos elaborado los objetivos con la colaboración del cliente, en la evaluación aparecerá el éxito o el fracaso en la consecución de los mismos, pero el cliente será el principal responsable de esto. Si es positivo, esto aportará al cliente mayor confianza en sus capacidades, así como disminuirá la dependencia respecto al profesional. Si elaboramos los objetivos y las actividades en lugar del cliente, no debemos extrañarnos si dichos objetivos no se alcanzan, pues el cliente no se ha sentido implicado ni ha participado en su proceso de cambio.

En resumen:

- El cliente presenta su problema.
- Analizamos con él las causas del mismo, partiendo de las que nos da el cliente; de este modo llegamos a definir el problema.
- Establecemos los objetivos y las actividades para resolver el problema *junto con el cliente.*
- Vemos con qué recursos cuenta el cliente para resolverlo (personales, familiares, sociales, etc.).
- Finalmente, evaluamos con él el proceso con el fin de saber si le está ayudando o no.

Ejemplo:

C. *Hace varios días que no ando bien del vientre.* (Presenta su problema.)

P. *Me dice que no anda bien del vientre. ¿Podría concretarme un poco más qué quiere decir «no ando bien del vientre»?*

C. *Pues sí, que cada cuatro días hago de vientre, vamos que no hago caca con frecuencia, y al hacerla me hago daño, y perdóneme usted por hablar así.*

P. *No se preocupe por las palabras, puede usted expresarse como más claro sea para usted. Bueno, me dice que no hace caca desde hace cuatro días. ¿A qué cree que es debido? Es decir, a su parecer, ¿por qué cree que hace tantos días que no hace?* (El profesional busca las causas con el cliente.)

C. *Bueno, yo no sé de eso…, para eso vengo aquí. Pero vamos, yo creo que es porque me paso mucho tiempo sentado viendo la tele, hago poco ejercicio, como poca fruta y verdura, bebo poco líquido, en fin yo no sé si esto tiene que ver, pero yo creo que es debido a eso.*

P. *Muy bien, me parece que usted ha dicho muchos puntos que influyen para andar bien o mal del vientre, como son el poco ejercicio y la alimentación pobre en verduras y frutas. Y ante esto ¿qué cree que podría hacer*? (El profesional le propone al cliente establecer juntos un plan de acción. El profesional debe ayudar al cliente a concretar este plan de acción, pues de lo contrario se quedará en buenas intenciones.)

C. *Pues yo creo que está claro, ver menos tiempo la tele, bueno, mejor dicho, andar más, beber más, comer más verdura…; en fin, algo de eso.*

P. *De acuerdo, me parece muy bien. Veamos cómo, cuándo y de qué manera lo va a hacer. Es decir, hagamos un programa para que lo haga y no se le olvide.*

C. *Pues sí, por ejemplo, todas las mañanas al levantarme tomar un vaso de agua, (he oído que esto ayuda). Después del desayuno, allá sobre las diez dar un buen paseo de una hora. (Yo, sabe usted, ya estoy jubilado y no trabajo, por eso puedo permitirme darme un buen paseo.) También estaba pensando hacer un poco de gimnasia al levantarme. Y en las comidas decirle a mi mujer que ponga*

bastante ensalada y verduras. ¡Ah! y también tomar fruta. ¿Qué le parece?

P. *Muy bien. Va a hacer eso todos los días, pero conviene que se lo apunte para que no se le olvide, y dentro de tres o cuatro días viene por aquí a ver si le ha dado buen resultado. ¿De acuerdo?* (Le propone evaluar el plan con el fin de saber si le está siendo útil.)

C. *Sí, de acuerdo. Bueno, muchísimas gracias y hasta pronto.*

P. *Gracias a usted. Hasta pronto.*

Puntuar e insistir sobre los aspectos positivos que nos revela el cliente con la finalidad de valorarlo

El cliente presenta generalmente muchas cosas negativas, conviene que nosotros veamos los aspectos positivos que durante la relación va expresando el paciente y se los remarquemos, esto permite no disminuir su autoestima y tener más confianza en sí mismo, pues se da cuenta que no todo en su vida es negativo. Asimismo, se le confirmará en todo lo que está haciendo y le sirve o es bueno para él. Por ejemplo: el cliente nos dice que para dormir todas las noches se da un paseo y toma una tisana y que esto le ayuda a tener un buen sueño. El profesional debe reforzarle esto y decirle de alguna manera que eso está muy bien.

Recordar que una buena relación de ayuda supone un buen dominio de la comunicación humana

También es importante tener presente que a una buena relación de ayuda lo acompaña un buen dominio de la comunicación humana. Así, en la relación es básico tener en cuenta el *contenido* de lo que dice el cliente, de lo que *siente* (sentimiento) en relación con el contenido y saber cuál es su *demanda* en función de lo que está diciendo. Estos aspectos nos permitirán centrarnos mejor en el cliente e impedir que aborde muchos temas sin profundizar en ninguno.

A este respecto recordemos que, durante toda la relación o entrevista, conviene no olvidar las actitudes de *empatía, autenticidad, aceptación incondicional, etc.*

Practicar continuamente el *feedback*

No debemos olvidarnos de hacer continuamente *feedback* o retroalimentación de lo que nos dice el cliente, pues esto hará que el cliente se sienta escuchado y comprendido. Por otra parte, el *feedback* es menos amenazador que preguntarle el porqué. Además, esto nos va a permitir centrar al cliente y llegar donde él quiere llegar y no donde desee el profesional.

Importancia del resumen

De vez en cuando resumir lo que nos ha dicho el cliente tiene por finalidad reagrupar los diferentes puntos que ha tocado en su discurso. Esto se asemeja al ensamblaje de las piezas de un puzle, con él le vamos dando al cliente una visión más completa de su problema.

Silencios

Por su complejidad y su riqueza, el silencio es una parte esencial de la comunicación y es importante no trivializarlo o eliminarlo —sea cual fuere la razón— amueblándolo o evitándolo con preguntas, o desviando el tema de la conversación.

El silencio, como lenguaje paraverbal o metacomunicación, se presta a múltiples interpretaciones e hipótesis, que al no ser confirmadas o afirmadas producen cierta ambigüedad, y en numerosos casos llevan a la ruptura de la comunicación.

Los silencios pueden provocarlos una serie de factores: emocionales (bloqueos, angustias, amenazas, etc.), intelectuales (reflexiones, falta de ideas, etc.) o de interacción entre el profesional y el cliente (el cliente no confía en el profesional mostrando por ello resistencias, etc.).

Actitudes del profesional ante los silencios

A ciertos profesionales, sobre todo los principiantes, el silencio les resulta difícil de soportar, piensan que lo producen ellos y por ello creen que lo deben evitar a toda costa.

En la medida en la que el profesional quiera implicarse en la situación expuesta por el cliente, entrando en su mundo y preguntándose: ¿qué siente el cliente?, ¿dónde se encuentra?, ¿a dónde quiere llegar?, ¿cómo se encuentra en este momento?, etc., en definitiva, si el profesional empatiza con el paciente, sabrá respetar y detectar los silencios de forma adecuada.

El profesional debe ser consciente de lo que siente (paciencia, nerviosismo, indiferencia, ansiedad, dificultad para soportarlo, etc.), así como tener en cuenta los fenómenos transferenciales del cliente con el fin de transmitirle calma, serenidad y respeto de su ritmo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

También pensamos que el profesional, a fin de evitar nerviosismos y malentendidos, debe explicar al cliente que los silencios y las pausas forman parte de la relación y que por tanto se deben respetar. En caso de duda, es necesario clarificarlo con el fin de que no aparezca un cierto malestar o tensión entre los interlocutores.

Actitudes del cliente frente a los silencios

El silencio del cliente puede ser debido a:

- Su ansiedad o angustia, que van a producir bloqueos en la relación. Puede ser que, preocupado por sus problemas, no escuche al profesional.
- Falta de claridad y de precisión en su pensamiento y en su lenguaje, así como en la exposición de su problema.
- Pensar que el tema ha concluido.
- Una confrontación que resulta muy amenazante para el paciente.
- Necesitar más tiempo para clarificar su pensamiento o sus emociones.
- Haber dicho, él mismo, alguna cosa que le ha perturbado, o bien que el profesional, por equivocación, haya dicho alguna cosa que el cliente haya malinterpretado.
- Resistencias. El cliente puede permanecer silencioso porque se está resistiendo a lo que él considera una intrusión. Puede ver en el profesional una figura autoritaria o la proyección de algo que él no ha aceptado y quiere evitar a toda costa.

En resumen, con el fin de que el profesional no se sienta incómodo o molesto ante los silencios, lo más adecuado es clarificarlo, o bien aprovechar el silencio para abordar con el cliente el sentimiento que le produce lo que está diciendo.

Ejemplo:

[…]

C. *Ayer estuve hablando con mi mujer sobre los diversos problemas que tenemos y…* (Se queda en silencio.)

P. (Le hace *feedback*.) *Me decía que ayer estuvo hablando con su mujer y se ha quedado callado, no sé lo que me quiere decir con su silencio.* (Al decirle esto, el profesional intenta que el paciente clarifique el porqué de su silencio.) O bien, también le puede decir: *Ayer estuvo hablando con su mujer de los problemas que tienen, ¿cómo se sintió y se siente al hablar de este tema?* (De esta manera no hablará solo de contenidos, sino de lo que le remueve este tema, es decir, de los sentimientos que esto le produce.)

Preguntas

La mayoría de las personas se encuentran incómodas cuando se sienten interrogadas o investigadas. Pensamos que la causa de este malestar radica en que se pregunta sin explicar el porqué de la misma. Por tanto, a fin de que el cliente no se sienta molesto con las preguntas del profesional, y sepa el porqué de tantas preguntas o su interrogatorio, es conveniente que este, al realizar una pregunta, le explique al cliente el porqué se la hace. Esto también llevaría al profesional a hacer menos preguntas, o a no llenar el tiempo con preguntas cuando no sabe qué decir, o no sabe a dónde va con su entrevista. Máxime, sabiendo que en la comunicación, lo que está claro para mí, solo lo está para mí. Una pregunta, aparentemente anodina, puede esconder un doble mensaje, o una interpretación distinta de la evocada por el interlocutor. Si el profesional explica el motivo de su pregunta, entonces no caben las dobles intenciones o las preguntas con doble sentido.

Lo mismo cabe decir por parte del cliente: en cada pregunta que nos haga, debe intentar clarificar lo que nos quiere decir con eso, y esto, insistimos, por muy claro que nos parezca, pues: lo que está claro para mí, solo lo está para mí.

LECTURA RECOMENDADA

Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.

C A P Í T U L O 3 7

Envejecimiento

Eva María Gabaldón Bravo

«(Entrevistador) Sr. Sampedro, 83 años le contemplan y sigue usted al pie del cañón. ¿Dónde está la fórmula de tanta y tan fructífera vitalidad?
(José Luis Sampedro) Primero, no haberlo pedido y aceptarlo con gusto. Segundo, no creerse importante y reírse de uno mismo. Tercero, no pedir lo mejor porque es enemigo de lo bueno. Y, sobre todo, entrenarse muchos años para llegar a viejo.»

José Luis Sampedro, 2001

«Como beso en el aire
prendido de tu frente,
arada,
yaya.»

¿QUÉ ES SER VIEJO?

En la sociedad a la pertenecemos, va en aumento progresivo la cantidad de población inmersa en el proceso de envejecer, o que puede ser calificada como anciana. Los estudios estadísticos, teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida y cómo se va produciendo el deterioro propio de la vejez en los individuos, indican que se puede calificar de anciano a un miembro de nuestra sociedad que tenga 80 años. En los países en vías de desarrollo esta calificación se obtiene sobre los 75.

Actualmente, vivimos un proceso sociopolítico y económico de ajuste a esta característica emergente de nuestra sociedad, que plantea la consecución de una calidad de vida adecuada, manejando los recursos disponibles en el ámbito legal, político y económico.

Pero, ¿qué es ser viejo? Según el *Diccionario de la lengua española* de la RAE, en su 22.ª edición, es un término que: «Se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años». *Anciano,* nos indica la RAE, «es una persona de mucha edad». Como vemos, es muy genérico el significado, tomando como indicador la cantidad de años cumplidos. Otras preguntas claves en cuanto a la vejez son, sin duda: ¿qué es sentirse viejo? ¿Cuándo una persona empieza a calificarse a ella misma de anciana o vieja? Generalmente, suele ir de la mano ese sentimiento con el de disminución de la capacidad de autonomía, incluso independientemente del deterioro físico o mental no incapacitante; siempre que la persona pueda seguir manteniendo su ritmo de actividades diarias, siendo autónomo y teniendo en su poder el manejo de su vida, la sensación de «ancianidad» será mínima. Porque vejez, ancianidad, en la cultura que nos rodea, tiene significados de dependencia del otro, deterioro mental, incapacidad para actuar, enlentecimiento, entorpecimiento y lastre para las familias. Vejez se asimila a cantidad de términos peyorativos, un fenómeno conocido como *viejismo* (Butler, 1969).

Mientras siga bien la capacidad para ser útil a los demás y a uno mismo, la vejez se palía. La tradición y cultura mediterránea que nos rodean y que hemos heredado de nuestros mayores, nos enseñan cómo el abuelo y la abuela, dentro del núcleo familiar han ido ocupando el rol de cuidadores de la casa, de los niños cuando el trabajo fuera de casa de los padres así lo ha requerido, y el hacer sostenible la economía del hogar si así lo precisaba. Son muchos los hogares españoles que han mantenido una buena calidad de vida por el poder recurrir a los abuelos. El conflicto aparece cuando son ellos los que precisan el cuidado y la atención; los miembros de la familia activos económicamente son necesarios en esa actividad, y renunciar a ella es, en muchos casos, imposible.

Existe un componente más, que es el de los estereotipos, que también se transmiten socialmente, en los foros públicos, tales como los medios de comunicación, las instituciones docentes, etc. En ellos es fácil vivir los prejuicios que, como indica Moreno Toledo, generan una visión unidimensional, un diálogo que es transmitido de generación en generación y que condena a la vejez a un período de involución, donde tiene lugar una

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

ruptura de valores anteriores, un rencor a todo lo que refleja ancianidad.

Puesto que, como indicaba al principio, vamos hacia una sociedad donde un alto porcentaje de sus miembros van a poder ser calificados de ancianos, no estaría de más reflexionar sobre cuál es su rol social, y darle el valor real que aportan a la sociedad que sostienen con su presencia, más allá de las cotizaciones a nivel económico.

ABORDAJE DEL CUIDADO INTEGRAL AL ANCIANO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo que debe guiar el abordaje del cuidado del anciano, incluso desde el nivel de la prevención, ha de ser el de bienestar y calidad de vida del mismo. Para ello, su integración social, en su entorno, es la clave (fig. 37-1).

Por lo tanto, es necesario para el profesional de enfermería, al igual que para el resto de profesionales del equipo de salud, el conocimiento de los recursos con los que se puede contar en el entorno sociosanitario (fig. 37-2). También es necesaria una buena interrelación entre los miembros del equipo, que tenga delimitadas sus funciones, e integradas las mismas, para el óptimo funcionamiento de la asistencia al paciente, en este caso, geriátrico. Como indica Pérez del Molino (2003): «La atención formal dentro de un área de salud va a depender de tres pilares básicos

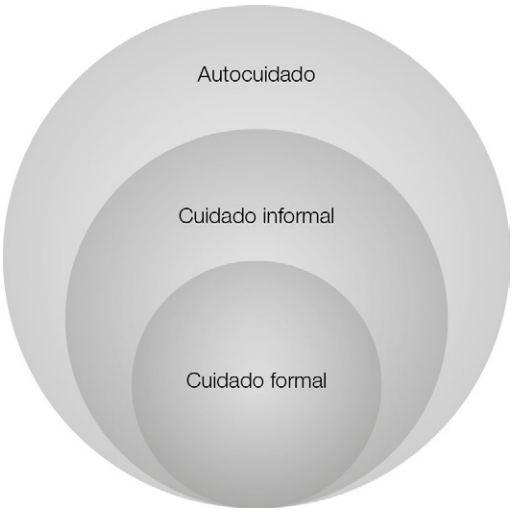


FIGURA 37-1. Compartimentos de la atención al anciano en la comunidad. *(Fuente: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 2003.)*

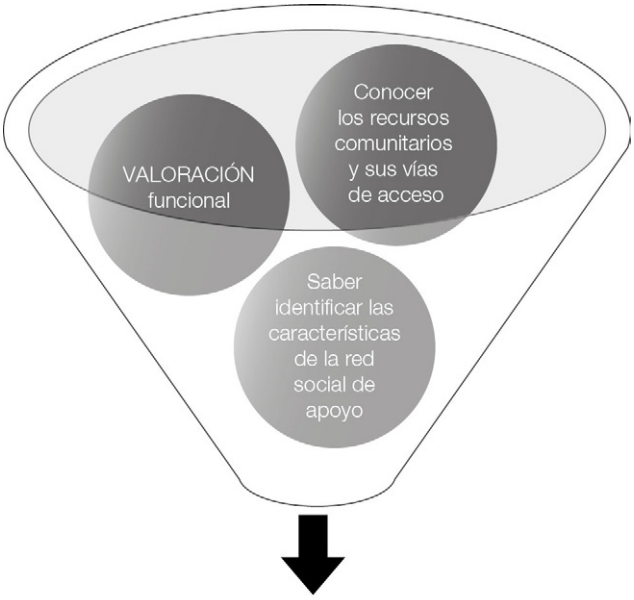


FIGURA 37-2. Componentes de la preparación para el abordaje del cuidado integral al anciano.

asistenciales: la atención primaria de salud, los servicios sociales comunitarios y el hospital de área. Para que este sistema de cuidados, que busca la atención integral, global y continuada del viejo, funcione correcta y eficazmente, estos pilares deben estar en íntimo contacto, perfectamente coordinados y con funciones claramente delimitadas».

Los programas informáticos actualmente en uso desde las unidades de atención primaria nos permiten plasmar por escrito la valoración del paciente y la planificación, el seguimiento y la evaluación del mismo. Independientemente del formato, en cuanto a la valoración del anciano, esta debe constar de los apartados[1] reflejados en la figura 37-3.

Son muchos los instrumentos de valoración que nos pueden dar criterio avalado a la valoración realizada. Existen manuales sobre los mismos, y el profesional de enfermería los integra en su labor cada día. Sería interesante que esta valoración, al igual que el resto de la planificación en la atención al anciano, pudiera ser abierta a todo el equipo multidisciplinario, promoviendo la atención continuada.

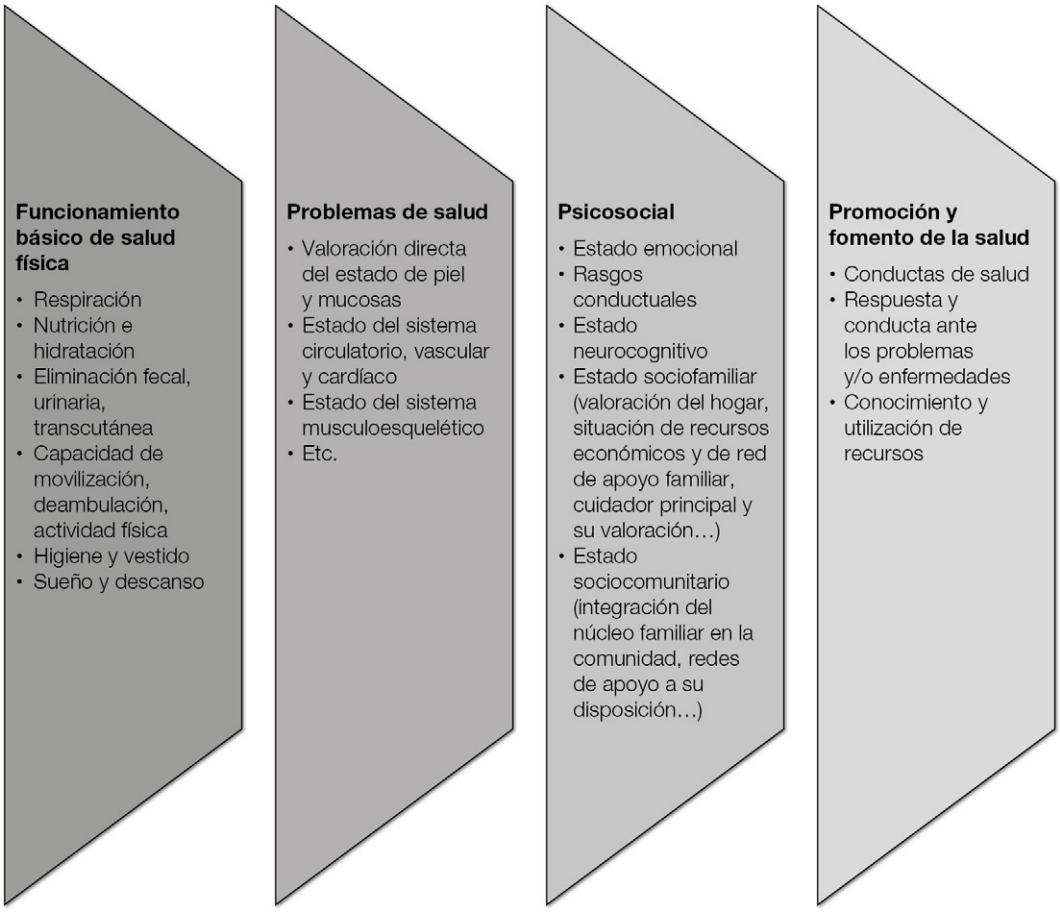


FIGURA 37-3. Apartados de la valoración funcional al anciano y su entorno.

[1]Adaptado de Arribas Cachá, et al. *Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería.* Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2006. p. 35-8.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

LECTURAS RECOMENDADAS

Arribas Cachá, et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2006.

Bazo Royo MT, García Sanz B. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2.ª ed. Madrid: Panamericana; 2006.

Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. The Gerontologist. 1969;9:243-6.

Dillon P. Valoración clínica en enfermería. 2.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.

Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 2003.

Mauk KL. Enfermería geriátrica. Competencias asistenciales. España: McGraw-Hill Interamericana; 2008.

Moreno Toledo A. Viejismo (aegism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. Rev Poiesis FUNLAM. 2010;9.

Rodríguez García R, Lazcano Botello G. Práctica de la geriatría. 2.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.

C A P Í T U L O 3 8

Epidemiología en atención primaria: concepto y método

Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna y Pedro Ángel Palomino Moral

CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGÍA

Etimológicamente, la palabra *epidemiología* significa estudio *(logos)* de lo que acaece sobre *(epi-)* la población (*demos:* pueblo). La epidemiología se ha definido tradicionalmente como la ciencia que estudia la ocurrencia de los fenómenos de interés en el campo de la salud en tres planos o dimensiones: su frecuencia (medición, desarrollo, tendencias temporales), su distribución (según las características de persona, lugar y tiempo) y sus determinantes o factores relacionados con dichos fenómenos de interés (sociales, culturales, económicos, laborales, biológicos y ambientales). La epidemiología utiliza el método científico como método de trabajo y tiene una orientación comunitaria, no individual, de manera que la unidad de estudio es la comunidad (los problemas de salud relevantes a nivel comunitario). La epidemiología es, por tanto, una ciencia aplicada.

La epidemiología como ciencia tiene sus inicios a finales del siglo XVII y principios del siglo XIX, con el estudio de la etiología y los mecanismos de contagio de las enfermedades transmisibles. Desde entonces, el objeto de estudio ha evolucionado desde las enfermedades transmisibles hasta cualquier fenómeno o condición de importancia para la salud; la perspectiva etiológica ha pasado de estar basada en la unicausalidad (adecuada para la explicación de las enfermedades transmisibles en los orígenes de la disciplina epidemiológica) a apoyarse en la multicausalidad (más adecuada para explicar los problemas de salud en la actualidad); y la finalidad del análisis etiológico inicial se ha agrandado con el análisis de los resultados de las intervenciones en salud o el estudio de la organización de los servicios de salud (fig. 38-1).

Así, la anterior definición debe ampliarse, ya que, tal como afirman García Padilla y González de Haro, citando a Jenicek y Cleroux: «La epidemiología en la actualidad se centra en la descripción de los fenómenos de salud, sean o no enfermedades, transmisibles o no, agudos o crónicos, físicos, psíquicos o sociales, en la explicación de su etiología y en la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces».

Por tanto, el objeto de estudio de la epidemiología en la actualidad (lo que hemos denominado fenómenos de interés en el campo de la salud) no solo consiste en la enfermedad o muerte, sino también en otros problemas de salud como las discapacidades, los accidentes, la violencia, las necesidades de salud de la población, los aspectos relacionados con la atención sanitaria o los diagnósticos enfermeros, que también estarían incluidos en este grupo (a excepción de los diagnósticos de salud). Pero además, dichos fenómenos de salud y enfermedad no se circunscriben solo a los problemas de salud (aspectos negativos), sino también a la salud como tal, entendida como algo que va más allá de la ausencia de problemas, para entrar en la medición del bienestar físico, psíquico y social (aspectos positivos). En este apartado tendríamos distintos aspectos como la calidad de vida relacionada con la salud, la autonomía funcional, el bienestar o los diagnósticos enfermeros de salud.

La anterior evolución conceptual de la epidemiología la ha acercado al paradigma conceptual de la ciencia enfermera y ello ha facilitado la utilización de aquella herramienta metodológica por parte de la mencionada ciencia enfermera. Es muy importante no olvidar que, desde una perspectiva enfermera, no estudiamos la enfermedad como tal, sino como los individuos, familias y grupos responden a dicha enfermedad. Tampoco

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

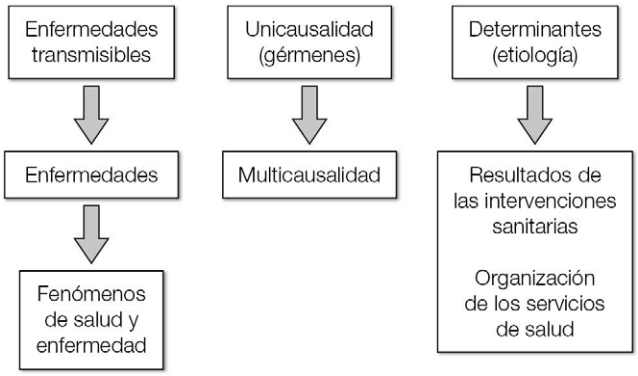


FIGURA 38-1. Evolución de la epidemiología.

nos limitamos a esta respuesta a la enfermedad, sino que nos interesa también cómo las personas se adaptan a situaciones de salud (embarazo, cuidado de un hijo, etc.).

MÉTODO Y DISEÑOS EPIDEMIOLÓGICOS

La epidemiología como ciencia consigue sus distintos fines mediante la aplicación del método epidemiológico. El método epidemiológico representa el fundamento de la investigación epidemiológica, que a su vez es la base de la investigación en ciencias de la salud.

Dicho método consiste en la aplicación del método científico al estudio de los fenómenos de interés en el campo de la salud. El método científico se ha definido como una forma ordenada de pensar o manejar datos, una búsqueda sistematizada de conocimientos y una forma de descubrir el todo lógico a partir de sus partes (razonamiento inductivo). Consta de los siguientes pasos: comprensión del problema, recopilación de datos, formulación de hipótesis, comprobación o verificación de hipótesis y formulación de conclusiones.

Volviendo al método epidemiológico, este consta de las siguientes fases: 1.ª fase) observación-descripción, tiene como fin la observación y descripción del fenómeno de salud (p. ej., aspectos relacionados con el rechazo al plan de cuidados) y la formulación de hipótesis o planteamientos que se quieren demostrar (p. ej., a menor nivel educativo, mayor rechazo al plan de cuidados), y 2.ª fase) analítica-experimental, consiste en la verificación o demostración de hipótesis causales y en la formulación de leyes. Así, la primera fase se centra en describir un fenómeno, pero no tiene como finalidad el establecimiento de relaciones causales, aspecto este que sí se da en la segunda fase.

Los diseños epidemiológicos pueden definirse como la forma de organizar los distintos métodos y procedimientos necesarios para investigar las características de un fenómeno (observación-descripción) o qué variables determinan dicho fenómeno (analítica-experimental). Los diseños epidemiológicos pueden clasificarse en función de su finalidad, de la manipulación, del seguimiento, del sentido del análisis y según el momento del comienzo.

Según su **finalidad,** y partiendo de la clasificación aportada por Sackett, los diseños pueden clasificarse en descriptivos univariantes, etiológicos, de diagnóstico, de intervención y de pronóstico. Nos centraremos en los cuatro primeros, por su utilidad en el campo de la enfermería de atención primaria. Los diseños descriptivos univariantes tienen como finalidad la determinación de uno o varios parámetros poblacionales, como por ejemplo, el perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras de mayores dependientes. Los diseños de investigación etiológica (fig. 38-2) intentan establecer la relación causal entre un factor de exposición y un problema de salud (efecto), por ejemplo, estudiar la relación entre apoyo familiar y nivel de autocuidados. Los estudios de diagnóstico tratan de analizar la validez y fiabilidad de un método diagnóstico o instrumento de medida. Los diseños de intervención (v. fig. 38-2) intentan establecer la relación causal entre una intervención (preventiva, de promoción, curativa o rehabilitadora) y su resultado, como por ejemplo, estudiar la relación entre asistencia a educación maternal y lactancia materna.

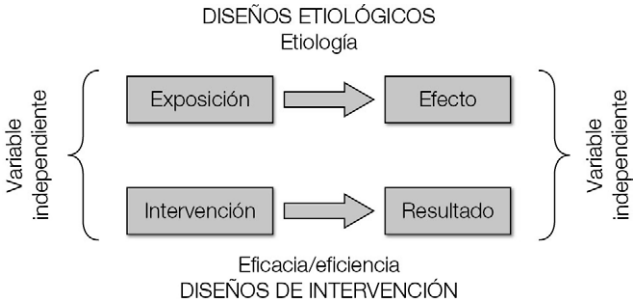


FIGURA 38-2. Finalidad de los diseños etiológicos y de intervención.

Nótese que tanto para los diseños etiológicos como para los de intervención se habla de relaciones causales o causalidad (v. fig. 38-2). El término causalidad se emplea en epidemiología para definir una relación de causa-efecto entre dos o más variables. De ahí que: 1) se hable de estudios etiológicos y no estudios causales; 2) para referirnos a la causa de un problema de salud (al factor de exposición) hablemos de factor determinante del riesgo (factores de riesgo cuando son modificables y marcadores de riesgo cuando no lo son), y no de causas, y 3) cuando una intervención produce un determinado resultado digamos que dicha intervención es causa de dicho resultado.

Según la **manipulación,** los diseños se dividen en experimentales (cuando hay manipulación) y observacionales o no experimentales (cuando no) (fig. 38-3). El concepto de manipulación hace referencia a la variable independiente (la variable que mide la exposición o la intervención), es decir, lo que se manipula o no es la variable independiente. Manipular la variable independiente significa que el investigador es quien asigna los valores de dicha variable, es decir, decide quién está expuesto o no, o quién recibe la intervención de interés o no recibe nada (o recibe otra intervención distinta). Así, en un estudio experimental, los grupos que se comparan (p. ej., intervención frente a no intervención) los forma el investigador, mientras que en un estudio observacional dichos grupos se forman «naturalmente» (p. ej., fumadores frente a no fumadores).

Un ejemplo de diseño experimental sería aquel que tiene como fin comparar los resultados de la educación grupal con la individual en la diabetes tipo 2, y es el investigador el que decide quién se trata con educación grupal y quién con individual. Un ejemplo de diseño observacional estaría constituido por un estudio donde se quiere analizar la relación entre el cansancio en el desempeño del rol de cuidador y la aparición de depresión. El investigador no decide quién tiene o no el mencionado diagnóstico enfermero.

A su vez, los diseños observacionales se clasifican en descriptivos (cuando llegan solo hasta la fase 1 del método epidemiológico y, por tanto, no estudian la causalidad) y analíticos (llegan hasta la fase 2). Por otro lado, si relacionamos la finalidad con la manipulación, tenemos que los estudios etiológicos son siempre observacionales, ya que no es ético o plausible el manipular un factor de exposición (que es algo potencialmente peligroso), mientras que los diseños de intervención, si bien suelen ser experimentales, pueden ser también observacionales.

Según el **seguimiento,** los diseños se clasifican en transversales o de corte (cuando no hay seguimiento) y longitudinales (cuando sí). En los primeros, a cada persona estudiada se le analiza un momento de su vida, mientras que en los segundos se le estudia un período de su vida. Así, en los primeros, la exposición y el efecto se miden en el mismo momento. Un ejemplo de estudio transversal es aquel en el que se intenta relacionar afrontamiento inefectivo y ansiedad en el momento del estudio. Un ejemplo de diseño longitudinal sería estudiar qué fumadores desarrollarán en un futuro alguna enfermedad cardiovascular.

Es necesario no confundir el seguimiento con la duración del estudio. Es frecuente pensar que los estudios transversales no tiene período de duración, pero esto no es así; un estudio de corte puede durar 1 año por ejemplo, pero a cada individuo se le estudia una sola vez (p. ej., relacionar género con conocimientos deficientes tras el alta, en aquellos pacientes de una determinada zona dados de alta durante un determinado año).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

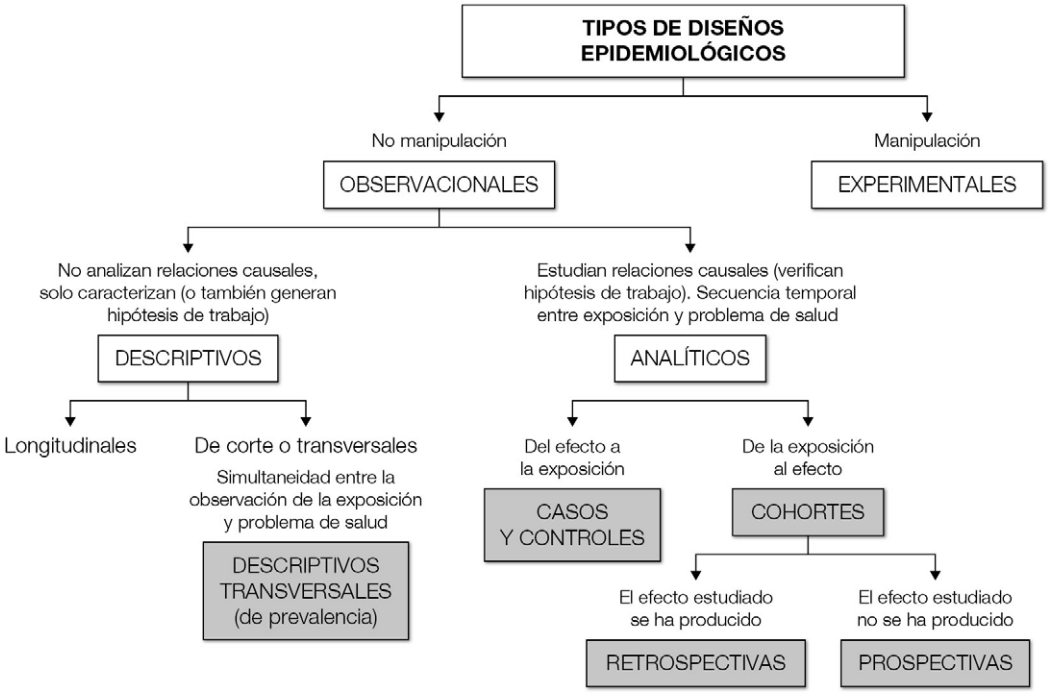


FIGURA 38-3. Clasificación de los diseños epidemiológicos.

Si relacionamos manipulación con seguimiento, tenemos que los experimentos son siempre longitudinales; mientras que los observacionales descriptivos pueden ser transversales o longitudinales y los observacionales analíticos son siempre longitudinales (v. fig. 38-3).

Según el **sentido del análisis,** los diseños pueden clasificarse en casos y controles y cohortes. En los diseños de casos y controles, los individuos se seleccionan en función del efecto o problema estudiado, es decir, lo primero que se hace es seleccionar un determinado número de individuos con el efecto (casos) y sin él (controles), y después se estudia la exposición. Por ello se dice que el sentido del análisis va del efecto a la exposición. En los diseños de cohortes, la selección se realiza en función de la exposición (lo primero que se hace es seleccionar un determinado número de individuos expuestos y no expuestos, ninguno de los cuales puede tener el problema de estudio, y después se estudia el efecto) y, por tanto, van de la exposición al efecto. Por ejemplo, si queremos estudiar la anterior relación entre afrontamiento inefectivo y ansiedad mediante un diseño longitudinal, tenemos dos opciones: seleccionar un grupo de personas con ansiedad y otro sin ella, y analizar el tipo de afrontamiento utilizado en el último año (casos y controles), o elegir un grupo de personas con afrontamiento inefectivo y otro si él, de forma que ninguna persona de ambos grupos tenga ansiedad, y seguirlos durante 1 año para ver la aparición de ansiedad (cohortes). El concepto de sentido del análisis solo tiene sentido en estudios longitudinales. En este sentido, los estudios analíticos pueden clasificarse en casos y controles o cohortes, mientras que los experimentos van siempre de la exposición al efecto, por lo que en la práctica no se clasifican según el criterio de sentido del análisis (v. fig. 38-3).

Según el **momento del comienzo,** es decir, que el efecto ya se haya producido al iniciar el estudio, los diseños se clasifican en retrospectivos (el efecto ya se ha producido al iniciar el estudio) y prospectivos (cuando no se ha producido). Este criterio de clasificación solo tiene sentido en estudios longitudinales, y dado que los casos y controles son siempre retrospectivos (con la única excepción de los casos y controles anidados en una cohorte) y que

los experimentos son siempre prospectivos, dicho criterio solo se aplica a las cohortes (v. fig. 38-3); estas se clasifican en cohortes retrospectivas y cohortes prospectivas. El ejemplo de estudio de cohortes del párrafo anterior es una cohorte prospectiva. Dicho estudio podría haberse diseñado en forma de cohorte retrospectiva si se hubiese elegido un grupo de personas que hace 1 año tuviesen afrontamiento inefectivo, pero no ansiedad (expuestos), y otro que no tuviese afrontamiento inefectivo y tampoco ansiedad (no expuestos), para ver si han desarrollado ansiedad en dicho año.

Para terminar, comentar que, si bien en este capítulo hemos visto los conceptos básicos relacionados con la epidemiología, hemos querido dejar la aplicación y utilidad de dichos conceptos en particular y de la epidemiología en general para el siguiente capítulo, para poder tratar la mencionada cuestión con la amplitud que se merece.

LECTURAS RECOMENDADAS

García Padilla F, González de Haro M. Concepto de epidemiología. En: Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 81-91.

Jenicek M, Cleroux R. Epidemiología: principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona: Salvat; 1990.

Perea-Milla E. Tipos de estudios. En: Burgos R (ed.). Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.

Sackett D, Straus S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. 2.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 3 9

Epidemiología en atención primaria: aportaciones

Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna y Pedro Ángel Palomino Moral

INTRODUCCIÓN

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, «Epidemiología en atención primaria: concepto y método», dicha ciencia es una herramienta de trabajo que sirve a otras ciencias. En este sentido, es posible analizar su contribución a las ciencias de la salud en general y a la ciencia enfermera en particular en el terreno de la Atención Primaria de Salud. En un esfuerzo de síntesis extrema, podríamos decir que dichas aplicaciones redundan en una mejora de la calidad y seguridad de las intervenciones sanitarias en general y de los cuidados enfermeros en particular. Pero con esta afirmación tan genérica apenas desvelamos nada aprovechable. Es por tanto necesario un análisis más pormenorizado de las aportaciones de la epidemiología, y a ello dedicaremos la primera parte de este capítulo.

Por otro lado tenemos que, de forma general, pero con especial relevancia entre los profesionales enfermeros, existe la creencia de que el uso de la epidemiología no tiene sentido en el nivel asistencial o de práctica clínica (sobre todo para aquellos profesionales que no tienen intención de hacer investigación), sino que dicho uso está reservado al ámbito de la macro- (servicios autonómicos de salud) y mesogestión (áreas sanitarias). Nada hay más equivocado, ya que gran parte de las aportaciones de la epidemiología tienen cabida en la microgestión y son la esencia de la perspectiva salubrista de la enfermería comunitaria. La segunda parte de este capítulo estará destinada a argumentar la anterior afirmación.

APORTACIONES DE LA EPIDEMIOLOGÍA A LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Basándonos en Banegas et al. y García Padilla y González de Haro, podemos identificar las siguientes aportaciones de la epidemiología a las ciencias de la salud:

1. Identificación y comprensión de los problemas y necesidades de salud de la población: descripción de su magnitud (frecuencia) y distribución espaciotemporal.
2. Estudio de la etiología de los problemas de salud (investigación etiológica): identificación y estimación de los factores determinantes del riesgo y de los grupos o prácticas de riesgo. Podríamos definir el factor determinante del riesgo como una condición (o característica personal), conducta o característica medioambiental que aumenta la probabilidad de padecer un problema de salud. El concepto grupo de riesgo puede definirse como un conjunto de personas que poseen uno o varios factores determinantes del riesgo.
3. Identificación de nuevos problemas de salud y perfeccionamiento del cuadro clínico de los ya existentes.
4. Evaluación de procedimientos diagnósticos e instrumentos de medida.
5. Evaluación de los resultados de las intervenciones en salud (eficacia/efectividad/eficiencia). La eficacia de una intervención mide el grado de consecución de los resultados deseados en condiciones teóricas o de laboratorio, mientras que la efectividad se refiere al grado de consecución de dichos resultados en condiciones reales. Por ejemplo, una vacuna puede ser muy eficaz, pero en una experiencia concreta puede resultar poco efectiva. A la investigación de los resultados en condiciones reales (efectividad) se le llama investigación de resultados en salud. La eficiencia mide el grado de consecución de los resultados deseados en relación con los costes necesarios para ello.
6. Aportaciones a la planificación sanitaria. La planificación sanitaria es el conjunto de procesos mediante los que se identifican las necesidades y problemas de salud de la comunidad (análisis de la situación), se priorizan (determinación de prioridades), se establecen las

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

metas a conseguir y los medios y recursos para conseguirlas (formulación de objetivos y estrategia), se lleva a cabo dicho plan (ejecución) y se evalúa su cumplimiento y los resultados obtenidos (evaluación). Concretamente, la epidemiología proporciona información para las siguientes fases: 1) análisis de la situación: tanto para la elaboración del diagnóstico de salud de la comunidad (determinación de los principales problemas de salud de la comunidad y de sus factores condicionantes) como para el análisis de los servicios de salud (cobertura, accesibilidad, grado de utilización y satisfacción de los usuarios); 2) determinación de prioridades: la magnitud (frecuencia) y trascendencia para la salud (mortalidad, autonomía personal, calidad de vida, costes sociales, etc.) son dos importantes indicadores para la priorización de los problemas de salud que se determinan mediante medidas epidemiológicas, y 3) evaluación de planes de salud.

7. Lectura crítica de los resultados de la investigación y medición en ciencias de la salud. La comprensión y el manejo de los conceptos básicos de epidemiología permiten una adecuada comprensión de investigaciones en el campo de las ciencias de la salud, así como de indicadores y estadísticas sanitarias.

APORTACIONES DE LA EPIDEMIOLOGÍA A LA CIENCIA ENFERMERA

Las anteriores aportaciones pueden verse ampliadas y/o concretadas en el caso de la ciencia enfermera con las que a continuación se relacionan.

1. Caracterización de la población desde el punto de vista del diagnóstico de enfermería. Dicha aportación respondería a la pregunta: ¿qué diagnósticos de enfermería presenta una determinada comunidad? O dicho de otro modo: ¿cuáles son los problemas de respuestas humanas a la enfermedad o a una etapa vital que presenta la población de dicha comunidad? El conocimiento de esta realidad permite, desde el campo específico de actuación enfermero, una adecuada planificación de los cuidados ofertados a una comunidad, así como mejorar la investigación, la formación, la estandarización de las prácticas profesionales (protocolos, guías, etc.) o la selección de personal, al orientarlas hacia los diagnósticos enfermeros más frecuentes. Pero dicho conocimiento supone también una mejora para el proceso general de planificación sanitaria, ya que el conocimiento de los diagnósticos enfermeros existentes supone el adecuado complemento al proceso de planificación sanitaria, al enriquecer el diagnóstico de salud de la comunidad (habitualmente centrado en la morbilidad y mortalidad) con estos problemas relacionados con el cuidado. El conocimiento de los diagnósticos enfermeros prevalentes puede obtenerse mediante estudios de investigación y/o mediante sistemas de vigilancia epidemiológica. Los estudios de investigación que tienen como finalidad la caracterización de una población respecto del diagnóstico enfermero son denominados por Gordon estudios epidemiológicos, y por suerte, cada vez son más frecuentes en nuestro medio. Los sistemas de vigilancia epidemiológica son sistemas de información que tienen como finalidad la recogida continua, sistemática y fiable de información por parte de los profesionales sanitarios del nivel asistencial, para un posterior análisis que permita la difusión de información útil, la toma de decisiones preventivas y la evaluación de dichas decisiones. Aunque esta línea de trabajo está prácticamente en ciernes, contamos ya con experiencias interesantes como la «red de enfermeras centinelas» de la Asociación de Enfermería Comunitaria.
2. Estudio de los factores de riesgo asociados a diagnósticos enfermeros y de los diagnósticos enfermeros como factores de riesgo de otros problemas de salud. El diagnóstico de enfermería, al ser analizado desde el punto de vista de la investigación etiológica, puede comportarse como un factor de riesgo para un problema de salud (como en el caso del cansancio en el desempeño del rol de cuidador, que es un factor de riesgo para la depresión), o como la consecuencia de determinados factores de riesgo (como es la falta de experiencia en el cuidado para el anterior diagnóstico enfermero). En la figura 39-1 se ilustra una cadena causal donde un diagnóstico enfermero hace a la vez de efecto y causa. La identificación de los factores relacionados con los diagnósticos enfermeros, así como de los efectos de dichos diagnósticos, tiene especial interés para

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 39-1. El diagnóstico enfermero como causa y efecto.

la prevención de problemas de salud mediante intervenciones enfermeras. En el ejemplo de la figura 39-1, la depresión puede prevenirse actuando tanto sobre el diagnóstico enfermero de cansancio en el rol de cuidador como en los factores relacionados con dicho diagnóstico.

3. Identificación de nuevos diagnósticos enfermeros y perfeccionamiento de los ya existentes; validación de diagnósticos enfermeros. Los estudios de investigación epidemiológica pueden servir para profundizar en las clasificaciones de diagnósticos de enfermería, tanto para identificar nuevos diagnósticos, como para perfeccionar y depurar los ya existentes. La depuración puede afectar tanto a la comprensión del diagnóstico (la etiqueta y la definición) como a las características definitorias y a los factores relacionados. En el caso de las características definitorias de diagnósticos reales o factores de riesgo de diagnósticos de riesgo, estaríamos hablando de la validación de un diagnóstico enfermero, concepto que, explicado de forma muy general, consiste en determinar hasta qué punto las características definitorias del diagnóstico, que han sido elaboradas teóricamente, coinciden con los datos empíricos, es decir, con la realidad clínica observada.[1] Los diseños epidemiológicos pueden servir para validar diagnósticos enfermeros, sobre todo en el caso de diagnósticos enfermeros de riesgo, es decir, para ver la adecuación de los factores de riesgo de dichos diagnósticos. Como ejemplo de esto, podemos citar el estudio de Wooldridge et al., en el que se utiliza un diseño de casos y controles para la validación clínica del diagnóstico enfermero riesgo de aspiración.
4. Los estudios epidemiológicos se emplean para la evaluación de los resultados (eficacia o efectividad) de los cuidados de enfermería. La epidemiología aporta instrumentos para chequear si los cuidados enfermeros producen resultados adecuados. Solo mediante la evaluación de la efectividad de los cuidados podemos llegar a una práctica basada en el mejor conocimiento disponible (la mejor evidencia). La práctica basada en la evidencia puede definirse, siguiendo a Rosemberg y Donald (citados por Gálvez Toro), como: «Un enfoque dirigido a la solución de los problemas surgidos en la práctica clínica cuya característica más relevante es la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia». La misma definición puede servir para, aplicándola al campo de actuación enfermero, conceptualizar la enfermería basada en la evidencia.
5. Lectura crítica de los resultados de la investigación enfermera, la cual está basada en la adecuada comprensión y manejo de los conceptos básicos de epidemiología e investigación.

[1]Esta definición hace referencia a un tipo concreto de validez: la validez de contenido.

UTILIDAD DE LA EPIDEMIOLOGÍA PARA LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Centrándonos en el profesional de enfermería de atención primaria en el nivel asistencial, son varias las razones que pueden esgrimirse para argumentar la utilidad de la epidemiología en el nivel de práctica clínica incluso en profesionales no interesados por la investigación. Dichas razones pueden englobarse en torno a tres consecuencias o resultados: la comunidad como usuario, la práctica basada en evidencias y el acompañamiento en las decisiones de los usuarios. La figura 39-2 es un mapa conceptual que interrelaciona las aplicaciones de la epidemiología con las mencionadas consecuencias en la práctica enfermera en atención primaria en el nivel asistencial. Pasemos seguidamente a glosar las anteriores consecuencias.

Comunidad como usuario

Tal y como afirma Porche, la orientación comunitaria de los cuidados es una de las principales directrices sobre las que se asienta la enfermería

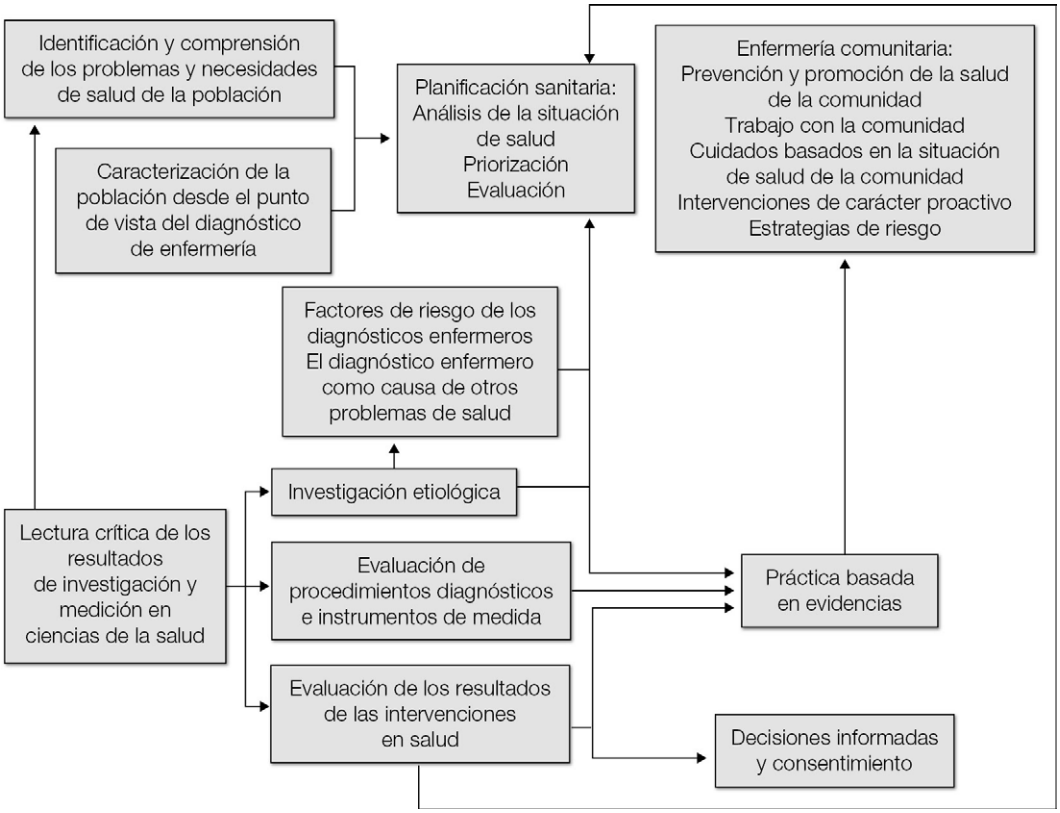


FIGURA 39-2. Utilidad de la epidemiología para la enfermera de Atención Primaria.

familiar y comunitaria. Dicha orientación se basa en el conocimiento de la situación de salud de la comunidad y supone tres acciones básicas: 1) la prevención y promoción de la salud comunitaria; 2) el trabajo con la comunidad (participación comunitaria y desarrollo comunitario), y 3) las intervenciones adaptadas a la situación de salud de la comunidad, basadas en el establecimiento de estrategias de riesgo y de carácter proactivo. Veamos algo más de la última acción.

Las intervenciones enfermeras deben estar en consonancia con los principales problemas y determinantes de salud de la comunidad a la que se atiende. La enfermera necesita conocer la realidad epidemiológica de la población a la que atiende, es decir, sus principales problemas de salud y los determinantes de estos, para poder realizar intervenciones preventivas y de promoción de salud adaptadas a dicha situación. De hecho, ¿qué sentido tendría el trabajo de un profesional que dedicase el 5% de su tiempo a trabajar con personas mayores dependientes y sus cuidadores en una población con un 25% de mayores de 65 años y una prevalencia de dependencia en mayores del 33%?

Por otro lado, cuando hablamos de prevención y promoción de salud (que en definitiva constituyen la finalidad de las intervenciones enfermeras autónomas, es decir, no colaborativas), hemos de tener en cuenta que no se puede prevenir todo ni a todas las personas a la misma vez, por lo que se hace necesario establecer un orden de actuación (priorización), que debería estar basado en atender antes a quien más lo necesita, lo que en el caso que nos ocupa no es ni más ni menos que atender antes a quien más riesgo tiene. A esta actuación preferente sobre personas en riesgo se le denomina estrategia de riesgo, y es otro de los pilares de la orientación comunitaria de los cuidados enfermeros. Dicha

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

estrategia de riesgo necesita de una actitud proactiva por parte de los profesionales, y esta actitud proactiva descansa a su vez sobre la captación y detección precoz. La identificación de los principales problemas de salud de la comunidad, junto con el establecimiento de estrategias de riesgo basadas en intervenciones proactivas para su prevención, son las bases donde se asienta la equidad en el nivel de la Atención Primaria de Salud. En el extremo opuesto de lo explicado nos encontramos la actitud pasiva consistente en atender primero a quien más lo demanda, fomentando la ley de cuidados inversos, con toda su carga de iniquidad.

Además, respecto a la priorización, esta no solo debe hacerse en función de la magnitud y trascendencia, sino también en función de la capacidad de intervención, es decir, de la evidencia de las intervenciones destinadas a eliminar o reducir ese riesgo; y aquí también es necesario manejar los conceptos epidemiológicos básicos para la investigación que apoya dicha evidencia.

En el nivel asistencial, la capacidad de conocer la realidad epidemiológica de una comunidad tiene tres niveles de competencia y dos niveles de agregación. Explicaremos primero los niveles de competencia. En un nivel básico, el profesional asistencial tiene que comprender y manejar los conceptos básicos de epidemiología para así poder comprender informes ya elaborados sobre la situación de salud de su población y adaptar sus intervenciones a ella. En un nivel intermedio, tiene además que ser capaz de comparar dicha situación de salud con datos históricos y/o un patrón oro determinado, que puede ser un estándar aceptado o la situación de área, provincia, comunidad autónoma, etc., donde se encuentre la comunidad, para detectar problemas y/o determinantes prevalentes. En este sentido, Ocaña-Riola comenta que la forma más adecuada de analizar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad en una determinada población es compararla consigo misma a través del tiempo, observando la tendencia de sus tasas específicas. En un nivel avanzado, el profesional tiene que ser capaz también de buscar y recoger datos fiables y válidos sobre la situación de salud de la comunidad, a partir de información existente o generando dicha información.

Respecto a los niveles de agregación de la información en el profesional asistencial, dicha información puede referirse a la zona de salud o a la población atendida por un profesional. Tanto en un nivel como en otro la obtención de información plantea el problema de encontrar información ya recogida con ese nivel de agregación, lo cual plantea a su vez la necesidad de trabajar en la generación y recogida de datos. Además, tal y como afirman Gálvez Ibáñez et al., cuando se trabaja con el segundo nivel de agregación, la interpretación de la información puede verse imposibilitada por el problema ampliamente analizado de la inestabilidad de las tasas en poblaciones pequeñas; se pueden considerar como tales las de menos de 2.000 habitantes.

Práctica basada en evidencias

Es algo innegable que las decisiones terapéuticas deben estar basadas en el mejor conocimiento disponible a partir de investigaciones de calidad. Pero para que un profesional acceda a dicho conocimiento y lo aplique en su práctica, antes debe comprenderlo. Como ya hemos comentado, la epidemiología aporta conceptos e instrumentos necesarios para la comprensión de la información estadística relacionada con la evidencia científica. En este sentido, Vianney Pons afirma, citando a Rao, que: «En la práctica de lo que se ha denominado medicina *(entiéndase atención sanitaria)* basada en pruebas (evidencia), la comprensión de los estudios estadísticos constituye un imperativo inexcusable».

Decisiones compartidas

Coincidimos con Kerssens et al. en afirmar que la participación del usuario en la toma de decisiones es un aspecto de la atención sanitaria que se considera relacionado con la calidad de esta. En enfermería, ya los primeros manuales sobre metodología de cuidados enfermeros hablaban de la participación del usuario en su plan de cuidados (recordemos, por ejemplo, el manual de metodología de Leslie D. Atkinson y Mary E. Murray). Pero la incapacidad de un profesional para identificar y comprender la mejor decisión (evidencia) posible puede impedir, mermar o sesgar su labor de asesoría respecto de sus usuarios. Vianney Pons pone de manifiesto la dificultad de algunos profesionales para interpretar el beneficio o riesgo inherente a una determinada intervención sanitaria, así como que dicha dificultad afecta a la comunicación del riesgo o beneficio a los usuarios. Por su parte, González López-Valcárcel afirma que: «La

falta de comunicación de riesgos entre médico y paciente es un mal generalizado que impide al paciente elegir».

A modo de epílogo, comentar que la epidemiología es una ciencia que, en el nivel asistencial, permite al profesional no investigador conocer, comprender y ponderar la realidad en la que trabaja, así como tomar decisiones acordes a ella, mientras que su desconocimiento hace de dicho profesional un analfabeto funcional en lo que respecta al conocimiento cuantitativo de la salud de la comunidad, haciendo inalcanzables para dicho profesional las ventajas que el mencionado conocimiento aporta (ventajas que han intentado presentarse y justificarse a lo largo de este capítulo). Pero el desconocimiento de la epidemiología puede ir más allá, haciendo que el profesional tome decisiones equivocadas en su práctica diaria, bien por error propio, bien por el concurso de terceros interesados, como la industria farmacéutica. Como dice González López-Valcárcel refiriéndose al analfabetismo estadístico, pero siendo aplicable al analfabetismo epidemiológico: «El conocimiento estadístico es una acción preventiva eficaz contra la manipulación». Y dicho analfabetismo epidemiológico unas veces impide y otras sesga las decisiones compartidas con el usuario/paciente.

LECTURAS RECOMENDADAS

Asociación de Enfermería Comunitaria. Red de Enfermeras Centinelas. Nure Investigación [publicación en internet]. 2006; 20: Disponible en: http://www.fuden.es/comentarios_biblio_detalle.cfm?id_revista=47&modo=todos&FilaInicio=25&FilaFinal=6.

Atkinson LD, Murray ME. Proceso de atención de enfermería. México: Manual Moderno; 1985.

Banegas J, González J, Martín J, Rodríguez F. Epidemiología. Conceptos generales. Método epidemiológico. Aplicaciones. Rol de Enfermería. 1987;110:14-9.

Del Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. 1999;9(3):115-20.

Gálvez Ibáñez M, Bonillo García M, Sánchez Ortiz J. Problemas que plantea la aplicación del modelo de diagnóstico de salud de la comunidad en zonas pequeñas. Nuevas perspectivas. En: Gallo Vallejo F (ed.). Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2.ª ed. Madrid: SemFYC; 1993. p. 682-6.

Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. Granada: Fundación Index; 2001.

García Padilla F, González de Haro M. Concepto de epidemiología. En: Frías Osuna A (ed.). Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 81-91.

González López-Valcárcel B. El analfabetismo estadístico generalizado es malo para la salud y para el sistema sanitario. Gestión Clínica y Sanitaria. 2010;12(2):68.

Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. Madrid: Mosby-Doyma; 1996.

Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WG, van der Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. Bull World Health Organ. 2004;82(2):106-14.

Ocaña-Riola R. Common errors in disease mapping. Geospat Health. 2010;4(2):139-54.

Porche DJ. Public & community health nursing practice: a population-based approach. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 2004.

Rao G. Physician numeracy: essential skills for practicing evidence-based medicine. Fam Med. 2008;40(5):354-8.

Vianney Pons JM. El déficit de comprensión numérica. Las matemáticas como problema. Medicina Clínica (Barc). 2012;138(1):15-7.

Wooldridge J, Herman J, Garrison C, Haddock S, Massey J, Tavakoli A. A validation study using the case-control method of the nursing diagnosis high risk for aspiration. Nurs Diagn. 1998;9(1):5-13.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 4 0

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Ángela Sanjuán Quiles, Cristina Huertas Linero, Carmen Luz Muñoz Mendoza y María José Cabañero Martínez

GENERALIDADES

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la limitación al flujo aéreo progresiva, asociada a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos, principalmente el tabaco. Es una enfermedad que afecta a los pulmones y tiene consecuencias multisistémicas importantes. Su incidencia ha ido aumentando con el aumento de la población fumadora.

En la EPOC se produce una mala distribución de la ventilación alveolar, que origina un desequilibrio en la relación ventilación-perfusión y conlleva un intercambio pulmonar de gases ineficaz.

El paciente con EPOC presenta de forma progresiva aumento de disnea y disminución en la tolerancia al ejercicio, con lo que se afecta directamente su calidad de vida. Es importante señalar que el abandono del hábito tabáquico constituye la base fundamental para prevenir la EPOC.

CARACTERÍSTICAS

La EPOC produce alteraciones en las distintas estructuras pulmonares: árbol traqueobronquial (engrosamiento de la pared, bronquitis), parénquima pulmonar (enfisema) y vasos sanguíneos (alteración del endotelio). En los últimos años se están destacando las alteraciones sistémicas que la EPOC produce, sobre todo en los casos severos. Esta afectación multisistémica conlleva pérdida de masa muscular y disfunción de músculo esquelético, osteoporosis, anemia, alteraciones cardiovasculares y depresión.

Tanto la afectación pulmonar como la sistémica alteran directamente la interacción entre el paciente y el entorno social, y generan un deterioro en su calidad de vida.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) propone una clasificación de gravedad de la EPOC según el valor del FEV_1 posbroncodilatador y la sintomatología presentada por el paciente. La clasificación de gravedad según el documento *Global Iniciative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) propone cuatro estadios de gravedad, basados también en los valores de FEV_1 del paciente (tabla 40-1).

VALORACIÓN. SIGNOS Y SÍNTOMAS

La valoración del paciente con EPOC se ha de realizar teniendo en cuenta la afectación pulmonar y multisistémica, por lo que se valorarán los volúmenes pulmonares, en especial el FEV_1, el intercambio gaseoso, la percepción de los síntomas, la tolerancia al ejercicio, la frecuencia de exacerbaciones, las alteraciones nutricionales y la depresión.

El índice BODE *(Body mass index, Obstruction airflow, Dyspnea, Exercise)* ayuda a realizar una valoración multidimensional. Incluye la valoración del índice de masa corporal, el grado de obstrucción según el FEV_1, el grado de disnea y la distancia recorrida en la prueba de la marcha de los 6 min.

Signos y síntomas

- Disnea: es el síntoma que más angustia da al paciente y la causa principal de incapacidad en la EPOC. Es progresiva y en las primeras fases de la enfermedad se presenta durante el esfuerzo. El grado de disnea presentado por el paciente constituye un factor predictor del pronóstico. Actualmente se utilizan escalas para la medición de la disnea, y la Medical Research Council (MRC) es la más utilizada por su sencillez. La disnea de esfuerzo es el

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 40-1. Clasificación de gravedad de la EPOC según la SEPAR (FEV_1/FVC < 0,7*)

Nivel de gravedad	FEV_1 posbroncodilatador (%)
Leve	≥ 80%
Moderada	≥ 50 y < 80%
Grave	≥ 30 y < 50%
Muy grave	< 30 o < 50% con IRC**

*Por debajo del límite inferior de la normalidad en sujetos mayores de 60 años.
**IRC: PaO_2 < 60 mmHg con o sin hipercapnia ($PaCO_2$ ≥ 50 mmHg) a nivel del mar, respirando aire ambiente.
FEV_1, volumen espiratorio forzado en el primer minuto; *FVC*, capacidad vital forzada; *IRC*, insuficiencia respiratoria crónica.
Fuente: *Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.* SEPAR-ALAT; 2009.

parámetro que mejor se relaciona con la percepción de la calidad de vida. La valoración de la exposición al tabaco se cuantifica según el índice de paquetes/año. Un paquete/año corresponde a haber fumado un paquete de 20 cigarrillos al día durante 1 año.

- Tos: suele presentarse de forma crónica y productiva, si bien predomina más por la mañana.
- Expectoración mucosa: debida a la hipersecreción mucosa. Suele ser crónica y preferentemente matutina.
- Intercambio gaseoso: el paciente con EPOC suele presentar hipoxemia e hipercapnia, lo que causa complicaciones que precisan su hospitalización y, en ocasiones, ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o ventilación mecánica invasiva en casos severos. La mayoría de ellos precisan oxigenoterapia domiciliaria.
- Disminución de tolerancia al ejercicio: aparece en fases iniciales de la enfermedad. Se relaciona con el grado de disnea y el deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para valorar la capacidad de ejercicio se utiliza la prueba de marcha de los 6 min (PM6M), en la que la escala habitual de uso para medir la disnea es la unidimensional de Borg. La PM6M tiene un importante valor pronóstico y es un buen predictor de mortalidad en los pacientes con EPOC.
- Alteración del estado nutricional: en el 50% de los pacientes con EPOC el estado nutricional está alterado, con pérdida de peso importante en los pacientes graves. El estado nutricional se puede medir con varios índices antropométricos, y el más utilizado es el índice de masa corporal (IMC). Un IMC inferior a 21 kg/m^2 es indicador de mal pronóstico.
- Afectación de la calidad de vida: con la disnea e intolerancia al ejercicio disminuye enormemente la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Existen numerosos cuestionarios para medir la CVRS, tanto genéricos (p. ej., cuestionario de salud SF-36 o el EuroQol-5D) como específicos (p. ej., el cuestionario respiratorio de Saint George [SGRQ] o el cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica [CRDQ]). La utilización de estos cuestionarios orientará a un cuidado de más calidad enfocado al paciente de forma individual. La calidad de vida entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social se ve afectada principalmente por la disnea y

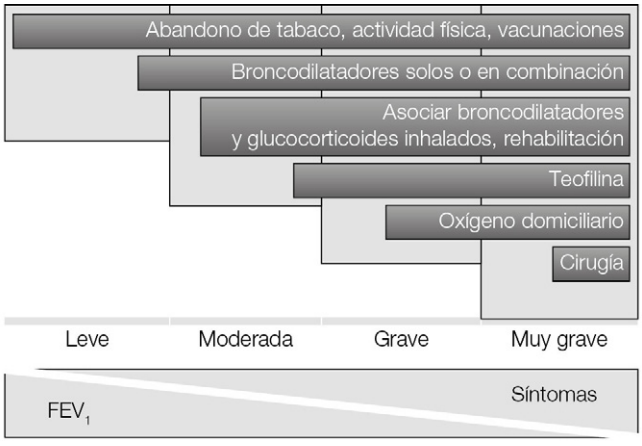


FIGURA 40-1. Estadios de gravedad, basados en los valores de FEV_1 del paciente. *(Fuente: SEPAR-ALAT, 2009.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

otros síntomas de la EPOC. El paciente irá reduciendo paulatinamente su actividad física, social y laboral, lo que afecta directamente a su bienestar. En la figura 40-1 se observan los determinantes que deterioran la calidad de vida del paciente.

POSIBLES COMPLICACIONES

Suelen ser frecuentes las situaciones agudas y exacerbaciones de la EPOC que precisan unos cuidados especiales. Hay que tener en cuenta que es un proceso crónico y progresivo, por lo que la sintomatología se agrava con el tiempo. Normalmente, el grado de disnea aumenta considerablemente y se precisan técnicas más complejas de ventilación (ya sea no invasiva o invasiva). El paciente puede presentar taquipnea, cianosis, hipoxia e hipercapnia, con un deterioro del nivel de conciencia. Puede presentar inestabilidad hemodinámica, insuficiencia cardíaca, arritmias, *cor pulmonale* (plétora yugular, edemas, hepatomegalia) y diabetes mellitus. El paciente tiende a utilizar la musculatura respiratoria accesoria (músculos intercostales y esternocleidomastoideo), y presenta tiraje intercostal o supraclavicular. Suele adoptar posturas inusuales para el alivio de la disnea, por ejemplo, inclinar el tronco hacia delante, con los brazos extendidos. También es habitual la espiración con los labios fruncidos o inflando los carrillos, con respiración paradójica, es decir, movimiento hacia dentro de la pared abdominal superior y movimiento hacia dentro del tórax inferior durante la inspiración.

Un paciente con EPOC presenta una exacerbación cuando manifiesta un cambio agudo en la situación clínica basal, más allá de la variabilidad diaria. Suele cursar con aumento de la disnea y expectoración, y se pueden desencadenar otros cuadros como arritmias, disminución del nivel de consciencia o confusión.

La causa más frecuente de exacerbación en la EPOC es la infección.

DIAGNÓSTICO

- **Espirometría forzada:** la alteración funcional principal en estos pacientes es la reducción del flujo aéreo. Con la espirometría se obtiene el valor de la FEV_1. En una espirometría forzada, un cociente FEV_1/FVC inferior al 70% posbroncodilatación indica la existencia de EPOC. La tabla 40-1 muestra la clasificación de la gravedad de la enfermedad según valores de espirometría, es decir, la obstrucción al flujo aéreo presentada.
- Normalmente, los pacientes presentan *hiperinsuflación pulmonar,* con un aumento de la capacidad residual funcional, el volumen residual y la capacidad pulmonar total; mientras que la capacidad inspiratoria está disminuida.
- **Gasometría arterial:** permite evaluar si existe insuficiencia respiratoria y si el paciente necesita oxigenoterapia de apoyo. Se observará hipoxemia e hipercapnia. En las agudizaciones, el paciente puede presentar acidosis respiratoria hasta que los mecanismos de compensación logren equilibrarla. La gasometría tiene interés en la valoración del pronóstico, la indicación de oxigenoterapia domiciliaria y el manejo de exacerbaciones.
- **Capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO):** es la prueba que mejor se correlaciona con el grado de enfisema pulmonar en la EPOC. En especial es útil para la estratificación de pacientes candidatos a cirugía de reducción de volumen pulmonar.
- **Análisis de sangre:** puede aparecer deterioro del equilibrio hídrico y del intercambio de electrólitos. En el caso de infección asociada se observará leucocitosis con neutrofilia. Es importante valorar si hay anemia, ya que existen evidencias que muestran que muchos pacientes con EPOC presentan anemia.
- **Radiografía de tórax:** los pacientes pueden presentar alteraciones morfológicas atribuibles a la bronquitis crónica y el enfisema, con alteración del patrón vascular. En los casos de complicaciones es importante descartar infección, por ejemplo, neumonía.
- **Electrocardiograma:** es aconsejable realizar un electrocardiograma para descartar arritmias, cardiopatías o crecimiento de cavidades.
- **Cultivo de esputo y sangre:** es importante, sobre todo si existe sospecha de infección.
- **Prueba de ejercicio:** se realiza para evaluar la progresión de la enfermedad. La prueba de esfuerzo más utilizada es la PM6M, por ser fácilmente reproducible y sencilla. La distancia que el paciente recorre en una PM6M es un factor predictor del pronóstico de la EPOC.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los objetivos generales en el tratamiento del paciente con EPOC se resumen en el intento de lograr una mejoría en la calidad de vida y supervivencia del paciente. Estos son principalmente:

- Prevenir la progresión de la enfermedad.
- Aliviar los síntomas.
- Mejorar el estado de salud.
- Mejorar la tolerancia al esfuerzo físico.
- Prevenir y tratar las complicaciones.
- Prevenir y tratar las exacerbaciones.
- Prevenir o reducir los efectos secundarios del tratamiento.

Como medidas generales se recomienda el abandono del hábito tabáquico, la vacunación antigripal y antineumocócica, así como el ejercicio físico moderado. El abandono del hábito tabáquico es la terapia más valiosa, efectiva y rentable para reducir el riesgo de desarrollar EPOC, evitar el deterioro funcional y detener la progresión de la enfermedad. Debe indicarse a todos los pacientes.

La vacuna antigripal anual se recomienda a todos los pacientes con EPOC, ya que reduce la mortalidad y las hospitalizaciones. La vacuna antineumocócica también se recomienda, sobre todo en pacientes con EPOC mayores de 65 años, ya que puede reducir las formas graves de neumonía.

Se recomienda que el paciente realice ejercicio físico moderado.

El tratamiento va a depender de la gravedad de la EPOC y los signos y síntomas que presente el paciente. También dependerá de si el paciente se encuentra en su domicilio con su situación basal según el estadio de la enfermedad, o si se encuentra ingresado en el hospital.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En los cuidados de las personas con EPOC, la enfermera desde atención primaria podrá realizar:

Educación para la Salud (EpS) en el cuidado integral del paciente y del cuidador familiar. Debe asegurarse de que el paciente y la familia conocen la forma correcta de administrar la medicación y los procedimientos que se deben llevar a cabo para mantener una buena adherencia a los tratamientos.

Es importante que los profesionales sanitarios conozcan los instrumentos de valoración y validación de los estándares de tratamiento y los cuidados para poder prevenir reagudizaciones y complicaciones, así como para establecer los niveles de alerta relacionados con el agotamiento del cuidador principal y motivar el desarrollo y la integración de la red de apoyo familiar y social acorde con el contexto.

Entre las intervenciones que se pueden realizar estarán los ejercicios respiratorios. Para ello son necesarios recursos específicos como: cama articulada, silla o sillón e inspirómetro incentivado. El objetivo que debe mover la actuación de la enfermera será que el paciente y la familia aprendan a realizar ejercicios adecuados que faciliten la respiración profunda/incentivada y mejoren la expectoración.

En ocasiones es necesario poner en práctica actividades que mejoren el drenaje de las secreciones, recurriendo a las actividades de percusión con golpe, golpeteo de vibración rápida, golpeteo con las manos en forma de copa y/o ultrasonidos de alta frecuencia.

De todos es conocido que la oxigenoterapia se convierte en el tratamiento común para la mayoría de los pacientes EPOC. Para ello es necesario poder contar con bombonas de oxígeno, aparato mezclador de oxígeno y oxígeno ambiental, antisépticos, cánulas nasales y mascarillas de bajo flujo y Venturi (alto flujo con dosificador). La EpS y el apoyo para realizar los procedimientos y la utilización de aparataje son fundamentales para conseguir una buena adherencia y eficacia del tratamiento.

La vía de administración de medicamentos para los pacientes con EPOC es mayoritariamente inhalatoria, debemos conocer todo lo relacionado con el uso de los inhaladores, para poder asesorar al paciente y la familia de cómo realizar los procedimientos y cuál es el uso adecuado de cada tipo de inhalador, los tipos y la forma correcta de administración, además de su mantenimiento. En ocasiones, algunos tratamientos requieren del uso de cámaras espaciadoras y se hace imprescindible el adiestramiento del paciente y del familiar de apoyo en los tipos y la forma correcta de utilización, mantenimiento y limpieza.

Cuando existen reagudizaciones y/o disminuye el nivel cognitivo de las personas debemos administrar la medicación por vía inhalatoria

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

a través de cámaras de aire comprimido. En la actualidad, son cada vez más los pacientes que disponen de ellas en el domicilio, y es necesario conocer las formas de utilización, mantenimiento y limpieza, tipos de fármacos y formas de administración más frecuentes. En todos los casos es importante resaltar los cuidados de la boca con pautas sobre la higiene bucal, el uso de colutorios y enjuagues bucales.

La aspiración de secreciones orofaríngeas/nasofaríngeas y el lavado bronquial en ocasiones son necesarios realizarlos en pacientes con reagudizaciones y/o en estadios avanzados de la enfermedad. Para el equipo de enfermería y la familia es necesario conocer los recursos disponibles, tales como sondas de aspiración fija y controlada de distintos tamaños, aspirador de secreciones portátil (de botella o campana), ambú, conexiones de distintos tipos, guantes estériles, campo estéril, suero fisiológico, jeringas de 10 cm y antisépticos.

Evitar el confinamiento del paciente en cama y/o domicilio debe ser una intervención pautada y previamente consensuada con el paciente. Sabemos que la EPOC provoca intolerancia a la actividad relacionada por el gasto de energía y/o aumento de las necesidades de oxígeno a consecuencia de factores fisiológicos, psicológicos y ambientales. Conocer y poder asesorar al paciente/familia en los sistemas de administración de oxígeno portátiles, andador, sillón articulado, para que le den seguridad. Se convierten en indispensables los masajes para estimular la circulación, las tablas de ejercicios para estimular la movilidad pasiva, ejercicios isométricos, de manos y brazos, ejercicios circulatorios para miembros inferiores, etc.

Cuando un paciente tiene disnea a pequeños esfuerzos, se incluyen los relacionados con el esfuerzo que debe realizar para alimentarse. Es por ello que el déficit nutricional es un problema relacionado con la disminución de la masa muscular y el aumento de fatiga. Asesorar y poder facilitar información sobre dietas hiperproteicas, instrumentos (registro) para recoger datos sobre el control de la ingesta, analíticas periódicas (bioquímica y hemograma), plan dietético, riesgo de deshidratación, pérdida de peso/malnutrición y control de la ingesta.

Como cuidados complementarios y que son comunes a los pacientes con dependencia serán adiestrar al paciente y la familia en el control de la eliminación urinaria y fecha, creando sistemas de registro y de reposición de pérdidas. Higiene y cuidados de la piel y mucosas para prevenir el riesgo de úlceras por presión y circulatorias. Evitar la sobreinfección respiratoria aplicando en el domicilio las precauciones estándar: higiene de manos (lavado con agua y jabón y/o uso de soluciones alcohólicas) y métodos barrera (guantes, mascarilla).

LECTURAS RECOMENDADAS

Alfageme I, Vázquez R, Reyes N, Muñoz J, Fernández A, Hernández M, et al. Clinical efficacy of anti-pneumococcal vaccination in patients with COPD. Thorax. 2006;61:189-95.

Barberà JA, García-Navarro A, Rodríguez-Roisin. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En: Farreras VP, Rozman C. Medicina interna. 16.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 742-62.

Celli BR, Cote CG, Marín JM, Casanova C, Montes de Oca M, Méndez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea and exercise capacity index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med. 2004;350(10):1005-12.

Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SEPAR-ALAT; 2009 [on-line]. [Consultado el 20 de enero de 2010]. Disponible en: http://www.separ.es.

López García F, Custardoy Olavarrieta J. Valoración diagnóstica y pronóstica de la EPOC. Objetivos terapéuticos. Rev Clín Esp. 2007;207(Supl 2):15-22.

MacNee W. Pathophysiology of cor pulmonale in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 1994;150:1158-68.

Marín Trigo JM, Sánchez Barón A. Valoración funcional del paciente con EPOC. Arch Bronconeumol. 2005;41:18-23.

C A P Í T U L O 4 1

Escalas de valoración

María José Cabañero Martínez, Carmen Luz Muñoz Mendoza
y Ángela Sanjuán Quiles

INTRODUCCIÓN

El uso de escalas de valoración en la práctica asistencial puede ser útil para la estandarización y monitorización de los diferentes dominios a evaluar, por ejemplo, el funcionamiento físico o los síntomas.

La proliferación de nuevos instrumentos de medida, junto a los ya existentes, y la disparidad de sus contenidos hacen que sea muy difícil para el profesional seleccionar el que mejor se ajuste a sus necesidades.

Para poder realizar una selección adecuada de la medida a utilizar es preciso conocer los criterios mínimos de calidad que se deben exigir que tenga cualquier instrumento, ya que de lo contrario las mediciones obtenidas perderían su validez.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MEDIDAS

Tradicionalmente, los criterios más conocidos han sido aquellos relativos a las propiedades métricas de las escalas, fiabilidad, validez y responsividad, dejando de lado otros aspectos importantes como su adecuación conceptual o su interpretabilidad clínica.

El Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, en el año 2002 presenta una propuesta de estandarización de los criterios principales que debe cumplir cualquier instrumento de medida para asegurar una adecuada utilización. Los criterios incluidos son:

- Modelo conceptual y de medida: descripción del concepto que mide y de las poblaciones a las que se ha dirigido.
- Interpretabilidad: grado en que se pueden asignar, con facilidad, un significado comprensible a las puntuaciones cuantitativas de un instrumento.
- Demandas del administrador y el respondiente: hacen referencia al tiempo, el esfuerzo y otras demandas que requiera la administración y respuesta a un instrumento.
- Formas alternativas de administración: información sobre diferentes formas de administrar un instrumento, ya sea entrevista, autoinforme, observación, etc.
- Adaptación cultural y del lenguaje: información sobre la equivalencia lingüística y conceptual de las adaptaciones al castellano y sus diferencias con el original en cuanto a sus propiedades.
- Fiabilidad: grado en que un instrumento está libre de error aleatorio, consistencia o estabilidad del proceso de medición a través del tiempo, los pacientes o los observadores.
- Validez: grado en que un instrumento mide el constructo para el que fue diseñado.
- Responsividad: habilidad de un instrumento para detectar cambios a lo largo del tiempo.

Si bien lo ideal es obtener datos sobre cada uno de estos aspectos, la realidad es que los procesos de validación de los instrumentos no finalizan nunca. Su uso a partir de unos criterios mínimos aporta pruebas de su calidad y utilidad a lo largo del tiempo.

TIPOS DE MEDIDAS

Aunque existen diferentes clasificaciones para agrupar las medidas o instrumentos de valoración de la salud, lo más habitual es clasificarlas según su rango temático en 1) medidas genéricas, y 2) medidas específicas de dominio o condición en función de las dimensiones o aspectos del estado de salud o calidad de vida que evalúan, o bien según el tipo de puntuación que generan en 1) perfiles, y 2) puntuaciones únicas.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Los instrumentos genéricos son medidas multidimensionales en las que se valoran diferentes aspectos o dominios del estado de salud o la calidad de vida en la población general. Son muy útiles para aplicarlas en diferentes grupos de población, lo que hace a su vez que tengan una limitada sensibilidad a los cambios clínicos. Dentro de estas medidas se incluirían las medidas de utilidad, cuya finalidad es obtener una estimación de preferencias entre estados hipotéticos de salud, ya sea del paciente o de un grupo poblacional. Son muy útiles para la realización de estudios de coste-utilidad.

Los instrumentos específicos como ya hemos señalado pueden clasificarse en dos grupos: medidas específicas de dominio, que solo cubren una dimensión, y medidas específicas de enfermedad o condición, dirigidas a la valoración de una o varias dimensiones del estado de salud o la calidad de vida pero en poblaciones específicas como pueden ser los pacientes con patologías oncológicas o las personas mayores. Son medidas con una elevada utilidad clínica dada su especificidad y, por tanto, muy sensibles a intervenciones, lo que a su vez supone un inconveniente al querer comparar sus resultados con los de otros grupos de población o querer evaluar aspectos generales de salud.

En función del tipo de puntuación para la obtención de los instrumentos, como ya hemos indicado, pueden ser:

- Perfiles: medidas multidimensionales que genera una puntuación para cada una de las dimensiones del estado de salud o calidad de vida que evalúan.
- Puntuaciones únicas: instrumentos en los que solo podemos obtener una puntuación final del mismo, ya sea como medida sumaria de un conjunto de ítems, generando un índice, o como medias sumarias de un solo ítem, como por ejemplo las preguntas sobre percepción de salud general o calidad de vida global («¿cómo diría usted que es su salud?»).

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Para realizar la presentación de los instrumentos básicos de los que disponemos para la valoración del estado de salud, vamos a clasificar las medidas en cuatro áreas de valoración:

- Valoración clínica.
- Valoración del funcionamiento físico.
- Valoración del funcionamiento psicológico.
- Valoración del funcionamiento social.

Valoración clínica

Junto a la anamnesis y las exploraciones habituales, es útil la aplicación de escalas o instrumentos para evaluar los siguientes aspectos:

- Sintomatología, especialmente el dolor. Las escalas visuales analógicas son los instrumentos de elección, tienen una elevada utilidad clínica y son de sencilla aplicación, lo que permite utilizarlas en múltiples poblaciones. De ellas se obtiene una puntuación única (entre 1 y 10), que evalúa la intensidad del dolor.
- Estado nutricional del paciente, especialmente en ancianos y pacientes crónicos. Entre las escalas que evalúan este aspecto encontramos el Nutritional Screening Initiative y el el Mini Nutritional Assessment (MNA). Ambas escalas han sido especialmente diseñadas para población anciana, donde la evaluación nutricional adquiere especial importancia.
  - El Nutritional Screening Initiative. Evalúa a través de 10 preguntas la cantidad y el tipo de alimento que integran la dieta cotidiana, las limitaciones para la compra o preparación de la misma e incluye el consumo de medicamentos y la presencia de ganancia o pérdida involuntaria de peso. La puntuación obtenida permite cuantificar si existe o no una situación de riesgo nutricional. Las respuestas son dicotómicas (sí/no) y su puntuación puede oscilar entre 0 y 21, una puntuación igual o superior a tres está indicando un riesgo nutricional. Es un instrumento muy sensible, pero poco específico.
  - El Mini Nutritional Assessment (MNA). El MNA es la escala más utilizada, consta de 18 ítems, donde los seis primeros son considerados como un cribaje que determina si se debe o no continuar con la evaluación, si la puntuación que se obtiene es superior o igual a 12 (normalidad) no se necesita continuar con el test. Está indicado en personas mayores de 80 años, para detectar malnutrición. Presenta elevadas correlaciones con parámetros clínicos nutricionales y buenos índices de fiabilidad. Otras versiones dividen la escala en cuatro bloques, los mismos que incluye la versión anterior pero sin cribaje previo. El

primer bloque agruparía las mediciones antropométricas (índice de masa corporal, circunferencia braquial, circunferencia de la pierna y pérdida de peso); el segundo bloque corresponde a la evaluación global del paciente con las seis preguntas sobre el estilo de vida, medicación y movilidad; el tercer bloque incluiría los parámetros dietéticos mediante las preguntas de número de comidas, ingesta de alimentos, líquidos y autonomía para comer, y, por último, se realiza una evaluación subjetiva del estado nutricional mediante la autoevaluación del estado nutricional y la comparación con otras personas de su misma edad. Una puntuación menor a 23,5 nos indicaría riesgo nutricional.

- Valoración del riesgo de úlceras por presión. Las dos escalas más utilizadas en nuestro contexto son:
  - La escala de Norton incluye la valoración del estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y el grado de incontinencia del paciente. Cada uno de los aspectos tiene cuatro categorías de respuesta con una puntuación que oscila entre 1 a 4, siendo 1 «el mayor deterioro» y 4 «el menor deterioro». La puntuación final es un sumatorio de la de cada ítem, y se obtiene una puntuación que oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo). Una puntuación menor a 14 indica que existe riesgo de aparición de úlceras. Es una escala con una fiabilidad y una validez de criterio (sensibilidad) elevadas.
  - La escala de Braden evalúa la percepción sensorial del paciente, su exposición a la humedad, su actividad, su movilidad, su nutrición y el roce/peligro de lesiones cutáneas (fricción y deslizamiento). Todos los ítems son categorizados en cuatro alternativas que se puntúan de 1 a 4, excepto el ítem sobre fricción o roce de lesiones cutáneas. La puntuación total es el sumatorio de los 6 ítems, y la puntuación puede oscilar entre 6 y 23. Las puntuaciones menores a 15 indican la aparición de riesgo de úlceras. Es una escala válida y fiable pero que no ha sido adaptada a nuestro país, la versión que se ha validado ha sido una adaptación colombiana que presenta algunos ítems controvertidos en su significado.

Valoración del funcionamiento físico

Las principales escalas de valoración del funcionamiento físico, dirigidas a evaluar la dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, dada su importancia clínica, han sido objeto de un capítulo específico en este texto.

Entre las escalas más importantes, destacamos el índice de Barthel, el índice de Katz y la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody.

Valoración del funcionamiento psicológico

Las áreas principales de valoración psicológica son el estado cognitivo (demencia, estado confusional, deterioro cognitivo asociado a la edad, etc.) y el estado afectivo (depresión, ansiedad, hostilidad, etc.).

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales: el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas.

La principales escalas que evalúan el deterioro cognitivo son el Short Portable Mental Status Questionnaire o test de Pfeiffer y el Mini-Mental State Examination.

El uso de estas escalas es recomendable y útil para la detección y medición del deterioro cognitivo, pero no debemos olvidar que el diagnóstico es siempre clínico.

El test de Pfeiffer detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo, explora a través de 10 ítems la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de concentración y cálculo. Se trata de un test sencillo, breve y de aplicación rápida. Se puntúan los errores cometidos por el respondiente.

Ha sido traducida y validada en castellano por Martínez de la Iglesia et al. Ha obtenido valores de sensibilidad entre el 68-100% y de especificidad en torno al 90-96%, para el punto de corte 5. Según el nivel educativo será necesario ajustar el resultado obtenido, si el nivel educativo del paciente es bajo (estudios elementales) se admite un error más, si es alto (universitario) se admite un error menos.

El Mini-Mental State Examination fue adaptado y validado por Lobo et al. (1979). Es un instrumento breve que evalúa orientación, fijación,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

concentración y cálculo, memoria y lenguaje. Es un test breve que se administra en 5-10 min. Es importante tener en cuenta que en este tipo de test no se debe corregir al paciente aunque se equivoque. En este caso la puntuación se ve influida por el nivel educativo y la edad de las personas evaluadas. Así, la puntuación puede oscilar entre 0 y 35 puntos, siendo el punto de corte 23/24 el que determina la presencia de deterioro cognitivo, y se debe ajustar la puntuación según las variables indicadas. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas y aseguran su calidad métrica como instrumento de detección de deterioro cognitivo.

Entre las medidas que evalúan el bienestar emocional, el estándar de referencia como instrumento de cribaje psicopatológico en población general es el cuestionario de salud general de Goldberg. La primera versión tenía 140 ítems, pero la que goza de mayor difusión consta de 28 ítems con cuatro dimensiones de siete ítems que evalúan síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad, dificultades de rol (actividades de la vida diaria) y depresión. La puntuación de cada ítem puede ser 0 (mejor o igual que lo habitual) o 1 (peor o mucho peor que lo habitual). La adaptación a nuestro medio de la versión original fue realizada por Muñoz et al.

El punto de corte en el que se optimizan los valores de sensibilidad y especificidad de la escala es 5/6.

Dadas las características que adquiere la depresión en ancianos, es recomendable que al evaluar la depresión en personas mayores se utilicen medidas específicas diseñadas para esta población, como es la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale), adaptada a nuestro medio en sus diferentes versiones (según el número de ítems). La versión de 15 ítems tiene buenas propiedades psicométricas y ha sido adaptada a través de un procedimiento estándar de traducción-retrotraducción por Martínez de la Iglesia.

Valoración del funcionamiento social

El efecto que las relaciones sociales próximas tienen sobre la salud ha sido ampliamente descrito en la literatura médica, por lo que no debemos olvidar su inclusión en los procesos de valoración de pacientes. Entre las escalas que presentan mejores características de calidad encontramos el cuestionario de función familiar Apgar-familiar y la escala de valoración sociofamiliar de Gijón para la valoración del riesgo social en ancianos.

El Apgar-familiar explora el impacto de la función familiar sobre sus miembros y permite conocer por tanto si la familia es un recurso para el grupo familiar o empeora la situación. En la versión española está constituido por cinco ítems que evalúan diferentes áreas de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva. Cada ítem tiene tres categorías de respuesta entre 0 (casi nunca) y 2 (casi siempre). La puntuación final es el sumatorio del puntaje de los 5 ítems y puede oscilar entre 0 y 10, siendo una puntuación mayor o igual a 7 la que indica un funcionamiento familiar adecuado. Su adaptación se realizó mediante traducción-retrotraducción. Su análisis factorial muestra un único factor que explica el 61,9% de la varianza y los datos sobre su consistencia interna y fiabilidad test-retest son elevados, en torno al 0,81.

La escala de valoración sociofamiliar de Gijón es un instrumento desarrollado en nuestro país para la evaluación del riesgo social en personas mayores. Está compuesto por cinco ítems que evalúan la situación familiar del anciano, su situación económica, la vivienda, sus relaciones sociales y el apoyo de las redes sociales. Todos los ítems se puntúan de 1 a 5, siendo la suma total de las puntuaciones de los ítems la que indica la situación social del sujeto. Una puntuación superior o igual a 10 indica riesgo social y más de 15, problema social. Los datos sobre sus propiedades métricas son escasos, y muestra una elevada fiabilidad intraobservador y una baja consistencia interna.

Además de estas dos escalas en el ámbito sociofamiliar, cabe reseñar la importancia de la valoración de la sobrecarga subjetiva de los cuidadores. El instrumento estándar para dicha valoración es la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que está constituida por 22 ítems sobre las percepciones del cuidador en relación con la persona que cuida; cada ítem tiene cinco alternativas de respuesta entre 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación final del test es el sumatorio total de los ítems; las puntuaciones menores son las que indican menor sobrecarga, las puntuaciones iguales o superiores a 47 nos indican la existencia de sobrecarga. Es una escala ampliamente utilizada en nuestro contexto y fuera del mismo y que presenta buenas propiedades psicométricas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac; 2002.

Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo J. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996;18:289-96.

Bermejo Caja C, Beamud Lagos J, Puerta Calatayud M, de la Ayuso Gil M, Martín Iglesias ME, Martín, et al. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. Enferm Clínica. 1998;8(6):242-7.

Bleda MJ, Bolibar I, Parés R, Salvà A. Reliability of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) in institutionalized elderly people. J Nutr Health Aging. 2002;6(2):134-7.

Cabañero-Martínez MJ, Muñoz-Mendoza CL, Richart-Martínez M, Cabrero-García J. Revisión de los atributos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente. Enferm Clín. 2008;18:84-90.

Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM. Uso del índice Apgar-familiar en medicina familiar: medida de la disfunción familiar inducida por alcohol. Experiencia inicial de 201 pacientes. Med Clin (Barc). 1988;91:732-5.

García González JV, Díaz Palacios A, Salamea García D, Cabrera González A, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999;23(7):434-40.

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2004.

Generalitat, Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006.

Lobo A, Ezquerra J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El "mini-examen cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol, Psiquiatr Cienc Afines. 1979;7(3):189-202.

Lobo A, Sanz P, Marcos G, Díaz JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y estandarización del mini-examen cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. Med Clin (Barc). 1999;112(20):767-74.

Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6:338-46.

Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clín. 2001;117(4):129-34.

Martínez de la Iglesia J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de la depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002;12:620-30.

McDowel I. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2.ª ed. New York: Oxford University Press; 2006.

Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española de General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. Arch Neurobiol. 1979;42:139-58.

Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. Qual Life Res. 2002;11:193-205.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 4 2

Espirometría: pruebas funcionales respiratorias

María del Carmen Aliaga Sánchez

INTRODUCCIÓN

Las pruebas respiratorias constituyen una herramienta esencial para el diagnóstico, la monitorización y el manejo de las enfermedades respiratorias en los pacientes atendidos en los centros de atención primaria. Contribuyen al reto de la sanidad dirigido a la prevención, detección precoz y tratamientos patológicos tan frecuentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma bronquial, informándonos de una manera objetiva y reproducible de la situación clínica del paciente.

DEFINICIÓN

Es una técnica indispensable en la valoración de cualquier enfermo en el que se sospeche que presenta una alteración respiratoria. Mide los flujos y volúmenes respiratorios útiles para el diagnóstico y seguimiento de patologías respiratorias. Puede ser simple o forzada. Nos permite conocer bajo circunstancias controladas los volúmenes pulmonares y la rapidez con que estos pueden ser movilizados (flujos aéreos).

Cuantifica el volumen de aire que el aparato respiratorio de un individuo puede movilizar en función del tiempo. En función de la forma en que se realicen las maniobras, la espirometría se clasifica en:

Espirometría simple (fig. 42-1)

El paciente, tras una inspiración máxima, expulsa todo el aire de sus pulmones durante el tiempo que precise para ello. Obtendremos los siguientes volúmenes y capacidades:

- Volumen normal o corriente (Vt): aire que se utiliza en cada respiración.
- Volumen de reserva inspiratoria (VRI): máximo volumen inspirado a partir del volumen corriente.
- Volumen de reserva espiratoria (VRE): máximo volumen espiratorio a partir del volumen corriente.
- Capacidad vital (CV): volumen total que movilizan los pulmones, es decir, sería la suma de los tres volúmenes anteriores (CV = Vt + VRI + VRE).
- Volumen residual (VR): volumen de aire que queda tras una espiración máxima. Para determinarlo, no se puede hacer con una espirometría, sino que habría que utilizar la técnica de dilución de gases o la pletismografía corporal.
- Capacidad pulmonar total (TLC): suma de la capacidad vital y el volumen residual (TLC = CV + VR).

Espirometría forzada

El paciente, tras una inspiración lenta, forzada y máxima, ejecuta una espiración de todo el aire, en el menor tiempo posible. Proporciona información más útil que la anterior, ya que nos permite establecer diagnósticos de la patología respiratoria. Los valores de flujos y volúmenes que nos orientan en el diagnóstico principalmente son:

- Capacidad vital forzada (FVC) (se expresa en mililitros): volumen total que expulsa el paciente desde la inspiración máxima hasta la espiración máxima. Su valor normal es mayor del 80% del valor teórico de referencia.
- Volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV_1) (se expresa en mililitros): es el volumen que se expulsa en el primer segundo de una espiración forzada. Su valor normal es mayor del 80% del valor teórico.
- Relación FEV_1/FVC: indica el porcentaje del volumen total espirado en el primer segundo. Su valor normal es mayor del 70-75%.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

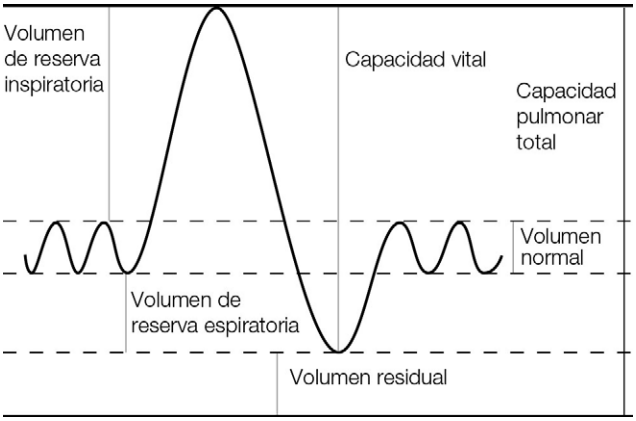


FIGURA 42-1. Espirometría simple. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

- Flujo espiratorio máximo entre el 25 y el 75% (FEM = 25-75%): expresa la relación entre el volumen espirado entre el 25 y el 75% de la FVC y el tiempo que se tarda en hacerlo. Su alteración suele expresar patología de las pequeñas vías aéreas.

Su representación gráfica es:

1. Curvas volumen-tiempo (fig. 42-2): aporta los valores del FEV_1 y FVC. Permite controlar si fue correcta la prolongación del esfuerzo para el cálculo de la capacidad vital (v. fig. 42-9).
2. Curvas flujo-volumen (fig. 42-3): aporta los valores de FVC y de flujo espiratorio máximo (FEM o *peak-flow*). Permite controlar el esfuerzo inicial de la espiración máxima (v. fig. 42-10).

INDICACIONES

- Diagnóstico de pacientes con síntomas respiratorios.
- Valoración del riesgo preoperatorio, principalmente de pacientes que refieran síntomas respiratorios.
- Monitorización de la respuesta farmacológica a determinados fármacos.
- Evaluar y seguir a personas expuestas a agentes nocivos.
- Describir el curso de enfermedades que afectan a la función pulmonar.
- Realizar estudios de invalidez y discapacidad.
- Realizar estudios de epidemiología.

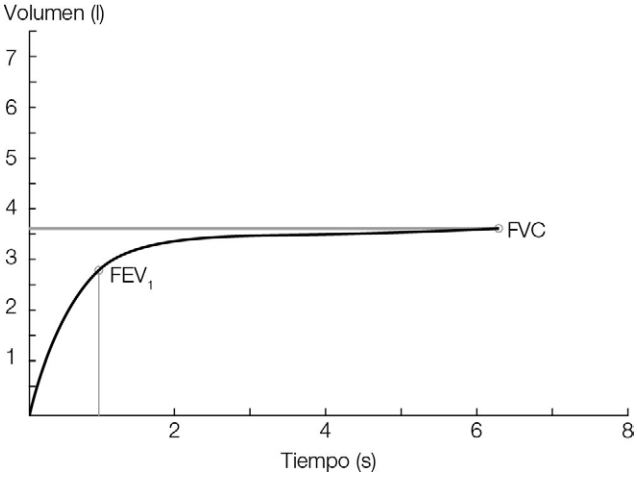


FIGURA 42-2. Curva volumen-tiempo. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

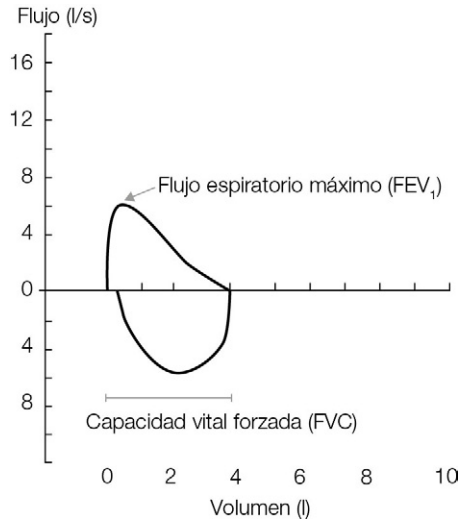


FIGURA 42-3. Curva flujo-volumen. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

CONTRAINDICACIONES

1. Absolutas:
   a. Neumotórax.
   b. Ángor inestable.
   c. Desprendimiento de retina.
2. Relativas:
   a. Traqueotomía.
   b. Parálisis facial.
   c. Problemas bucales.
   d. Náuseas provocadas por la boquilla.
   e. Deterioro físico o cognitivo.
   f. Falta de comprensión de las maniobras a realizar.

CLASES DE ESPIRÓMETROS

- De agua o de campana: fueron los primeros utilizados y su uso está prácticamente limitado a los laboratorios de función pulmonar.
- Secos: de los que existen varios tipos:
  - De fuelle. No se utilizan prácticamente en la actualidad.
  - Neumotacómetros. Miden el flujo a partir de una resistencia conocida que produce una diferencia de presión entre uno y otro lado del paso del aire.
  - De turbina. Las turbinas son transductores volumétricos con sensor de giro optoelectrónico. En función de la velocidad y el tiempo de giro de la turbina se calcula el flujo y el volumen.

Los dos últimos son los que más habitualmente se utilizan en atención primaria.

Para su calibración, los espirómetros incorporan su propio sistema de autocalibrado, lo que permitirá comprobar las curvas que se obtienen.

MATERIAL NECESARIO

Para la realización de la espirometría es necesario disponer de:

- Espirómetro calibrado.
- Silla cómoda.
- Habitación cerrada y a poder ser aislada acústicamente.
- Tallímetro.
- Báscula.
- Termómetro para medir la temperatura ambiente.
- Barómetro y medidor de la humedad relativa del aire.
- Filtro y pinza nasal.
- Broncodilatador de acción rápida en aerosol.
- Antes de comenzar la espirometría es preciso introducir estos datos en el espirómetro, para el cálculo de los valores de flujo y de volumen adecuados a cada paciente y condición ambiental. A temperaturas < 17 y > 40 °C se recomienda no realizar espirometrías.

PROCEDIMIENTO

Preparación del paciente

Antes de realizarla: explicar al paciente la razón por la que es preciso hacerla y recordarle que no utilice medicación en las 6 h anteriores a la prueba, si utiliza broncodilatadores de acción corta, y 12 h para los de acción prolongada y metilxantinas de acción retardada. Asimismo, no debe fumar ni tomar bebidas con cafeína en las horas previas. También se le advertirá de que durante su realización oirá órdenes en tono enérgico. Acudirá al centro 15 min antes de la prueba para estar en reposo.

Técnica

- Realizar una breve historia clínica del paciente, especialmente del diagnóstico y motivo del estudio. Explicaremos en qué consiste la prueba. Tallamos y medimos. A continuación, el paciente se situará en posición sentada, sin ropa que le ajuste, comprobando que la boca esté libre de elementos que impidan una buena colocación de la boquilla (p. ej., dentadura postiza). Se coloca la boquilla bien sujeta y una pinza nasal. Sugeriremos que realice una inspiración y espiración relajadas, a la tercera se indica que realice un inspiración relajada pero máxima, al finalizar esta la enfermera dará una orden enérgica (¡ahora!, ¡ya!) que indica el comienzo de la espiración forzada, que durará como mínimo 6 s, durante los cuales la enfermera animará al paciente a continuarla, observará que expulse el aire continuamente y se cerciorará que este mantiene un flujo constante.
- Es habitual que el paciente al espirar incline el cuerpo hacia delante, para evitarlo nos colocaremos detrás de él y lo sujetaremos.
- ¿Cuándo finalizarla?: la realización de la espirometría se dará por finalizada cuando se obtengan tres curvas técnicamente satisfactorias, que serán aquellas que duren más de 6 s y con diferencias entre los FVC y los FEV_1 de las tres curvas inferiores al 5% o 100 ml. El número máximo de curvas realizadas será de ocho o nueve.
- Cálculo de la mejor curva: será aquella en que la suma del FEV_1 y de la FVC sea mayor.
- Cálculo del cociente FEV_1/FVC: se realiza utilizando el valor máximo del FEV_1 y de la FVC en cualquiera de las maniobras técnicamente satisfactorias, y que no tiene por qué corresponder a una misma gráfica.

PATRONES ESPIROMÉTRICOS

Los resultados alcanzados se comparan con unos valores de referencia obtenidos en individuos sanos con una edad, talla y sexo equiparables. Se consideran anormales los valores de FVC y FEV_1 inferiores al 80% del valor de referencia teóricamente predicho. En el caso de que sea un patrón obstructivo, siempre se realizará la prueba de broncodilatación. Las características que definen los diferentes patrones espirométricos se explican a continuación.

Patrón obstructivo (fig. 42-4)

- FVC normal.
- FEV_1 disminuido.
- FEV_1/FVC disminuido.

A mayor grado de obstrucción el FEM estará más disminuido y la pendiente de la curva volumen-tiempo será menos pronunciada y con una espiración más prolongada

Patrón restrictivo (fig. 42-5)

- FVC disminuida.
- FEV_1 disminuido.
- FEV_1/FVC normal.

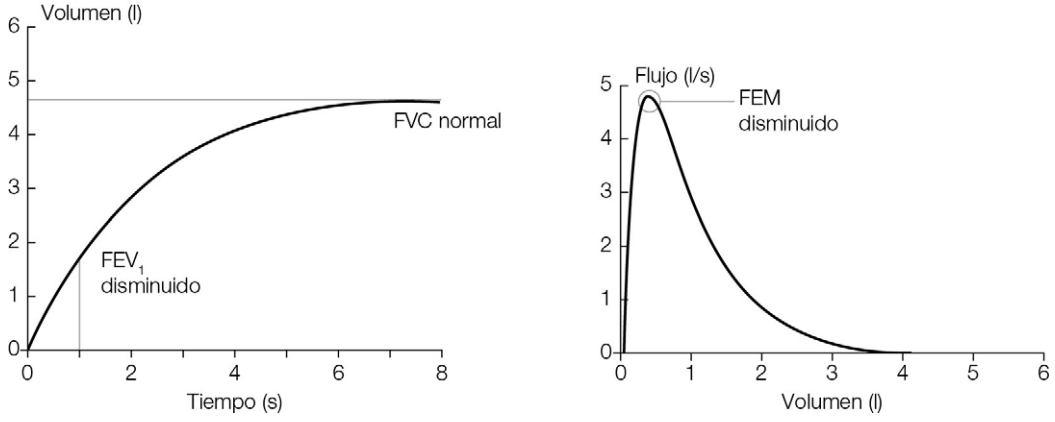


FIGURA 42-4. Patrón obstructivo leve. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

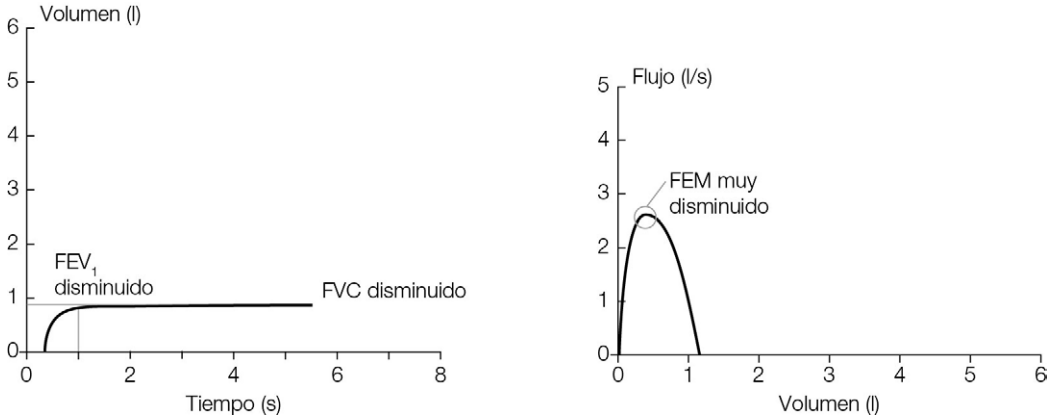


FIGURA 42-5. Patrón restrictivo. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

Patrón mixto (fig. 42-6)

- FVC disminuida.
- FEV_1 disminuido.
- FEV_1/FVC disminuido.

En ocasiones es preciso, además, conocer la capacidad pulmonar total (TLC) y el volumen residual (VR) para diferenciar correctamente los trastornos obstructivos de los restrictivos. En los trastornos obstructivos no existe disminución de la TLC y, sin embargo, está aumentado el volumen residual.

Una vez conocido el tipo de patrón espirométrico, podemos establecer el grado de limitación al flujo aéreo, en función de los valores obtenidos.

En resumen, la interpretación de la espirometría se expone en la figura 42-7.

Además, en función del FEV_1 podríamos conocer el grado de severidad de la obstrucción (tabla 42-1).

TEST DE BRONCODILATACIÓN (fig. 42-8)

Se realiza fundamentalmente:

- Para diagnóstico de asma bronquial.
- En el paciente con EPOC para establecer el grado de reversibilidad de la vía aérea. De todas formas el FEV_1 puede verse influenciado

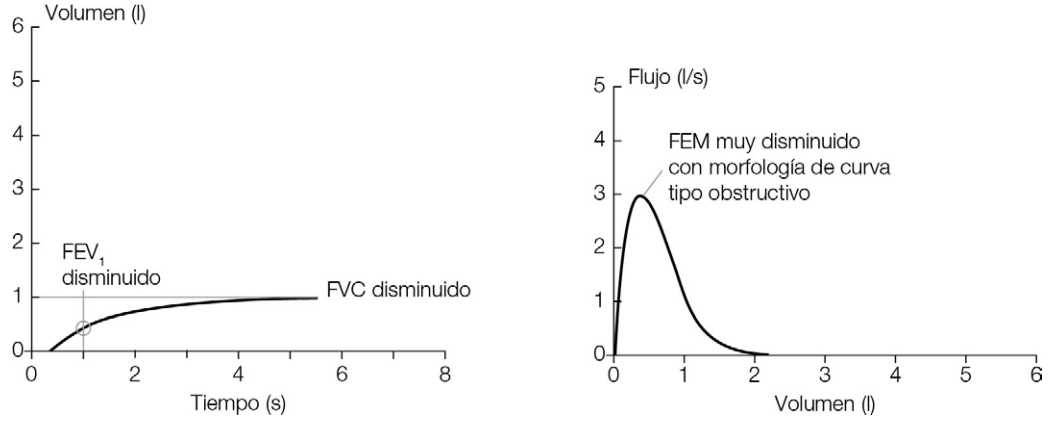


FIGURA 42-6. Patrón mixto. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

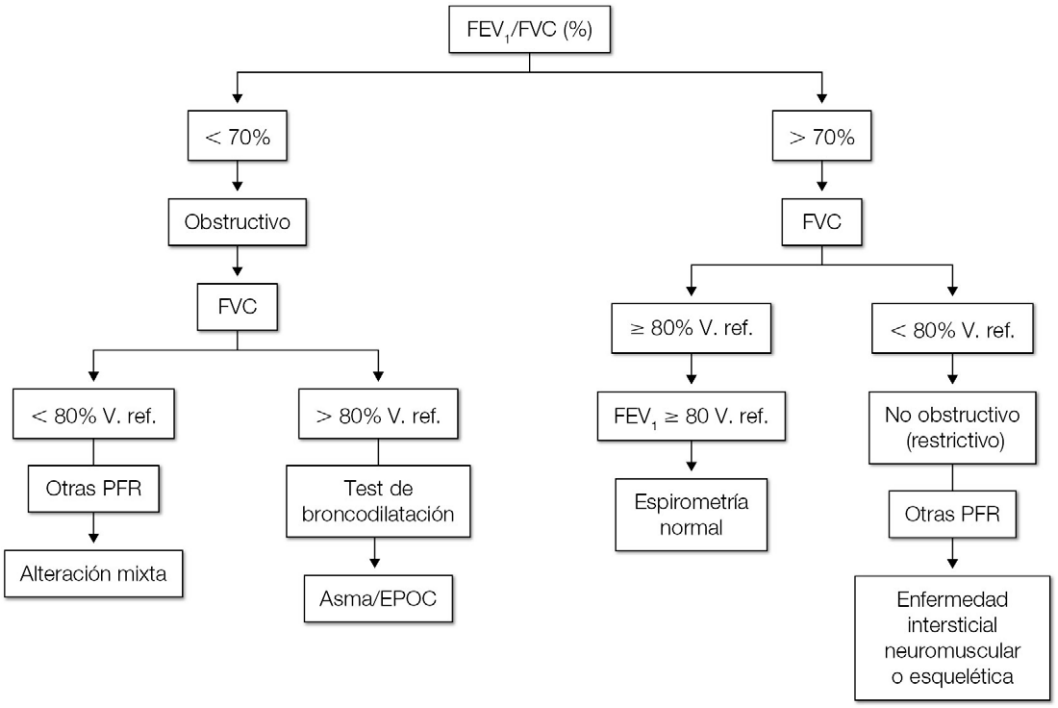


FIGURA 42-7. Esquema interpretativo. *(Modificado de Eur Respir J. 2005;26:948-68.)*

TABLA 42-1. Grado de severidad de la obstrucción de acuerdo con la afectación del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV_1) expresado en porcentaje de su valor teórico

FEV_1 (% pred.)	
Leve	> 70
Moderado	60-69
Moderado-grave	50-59
Grave	35-49
Muy grave	< 35

por múltiples factores, por lo que, para pacientes con EPOC, no es una técnica excesivamente útil para conocer cuáles serán los que respondan al tratamiento con corticoides inhalados.

- Debe realizarse con el paciente clínicamente estable, sin que hayan utilizado broncodilatadores de acción corta en las 6 h anteriores o de acción larga en las 12 h previas. Se realizará una determinación del FEV_1 basal y se administrarán 400 μg de agonistas β-adrenérgicos u 80 μg de anticolinérgicos con cámara de inhalación. Se determinará el FEV_1 a los 30-45 min de la administración de los broncodilatadores.
- Un aumento de 200 ml y un 12% del valor absoluto del FEV_1 determinará que la prueba broncodilatadora es positiva.

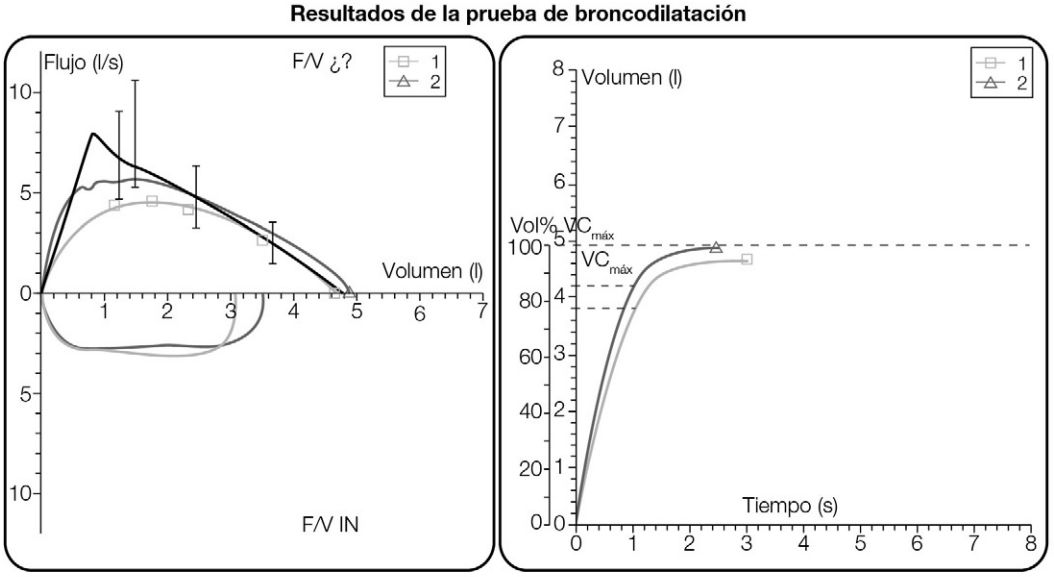
UTILIDAD DE LAS CURVAS

La representación gráfica de la espirometría, además de valorar los patrones anteriormente referidos, nos permite obtener información sobre si la prueba ha sido bien realizada o no:

Si el espirómetro sufre una fuga (fig. 42-9), obtendríamos una gráfica similar a la que se observa en dicha figura.

Cuando el paciente precisa realizar dos esfuerzos para llegar al tiempo adecuado de la espirometría, obtendríamos una gráfica en la que observaríamos una melladura correspondiente al comienzo del segundo esfuerzo (fig. 42-10).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



Parámetros de la prueba

	Teor.	M1	%(MI/T)	M2	%(M2-M1)	%([M2-M1]/M1)
VC IN	4,78	3,05	63,8	3,52	73,6	15,46
FVC	4,83	4,7	97,3	4,9	101,4	4,21
FEV_1	3,95	3,85	96,8	4,26	106,9	10,51
FEV_1%M	83,24	82,01	98,5	86,25	103,6	5,16
FEF 25	6,78	4,62	68,1	5,74	72,4	24,2
FEF 50	4,81	4,14	85,9	4,76	98,8	14,96
FEF 75	2,49	2,63	105,5	2,97	119,5	13,29

FIGURA 42-8. Test de broncodilatación. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

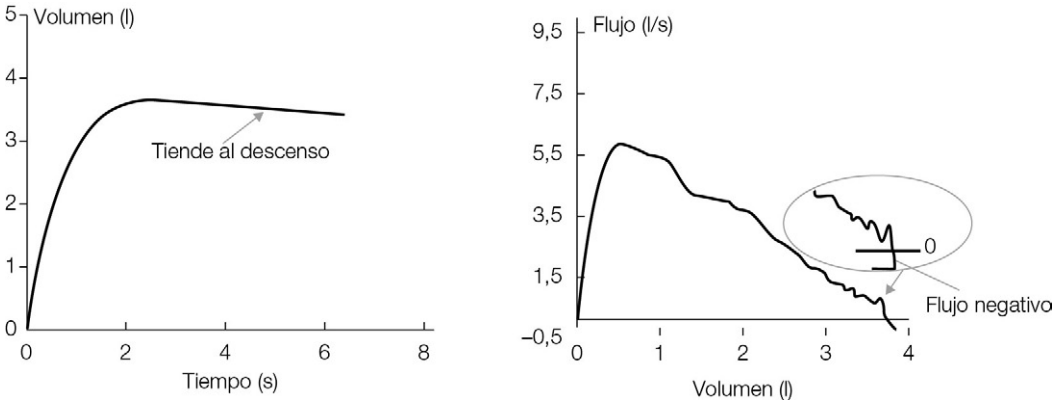


FIGURA 42-9. Espirometría en espirómetro que presenta fuga de aire. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

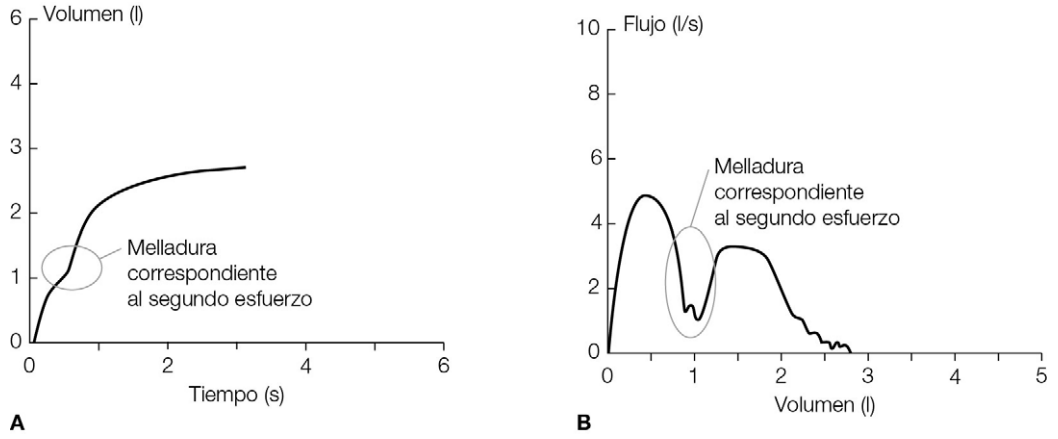


FIGURA 42-10. **A-B.** Espirometría en paciente que precisa de dos esfuerzos. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

Cuando un paciente no se esfuerza lo suficiente, obtendríamos una curva volumen-tiempo similar a la normal, pero la curva flujo-volumen tendría una meseta con una rápida caída (fig. 42-11).

Si el paciente sufre episodios de tos durante la realización de la espirometría, la gráfica permite observar aumentos instantáneos de flujo (fig. 42-12).

Si el paciente intenta simular, la curva flujo-volumen tendría irregularidades. En este caso habría además que descartar patología de las vías aéreas centrales (fig. 42-13).

MANTENIMIENTO MATERIAL

La limpieza de los espirómetros debe ser cuidadosa, principalmente en las partes expuestas a la respiración del paciente. Además de la limpieza habitual, cualquier parte del equipo en el que se objetive condensación debe desinfectarse y esterilizarse antes de reutilizarla. Después de los lavados conviene aclarar todo en agua destilada y secarlo con secador. Deben tomarse precauciones especiales en pacientes con hemoptisis, úlceras en la boca o encías sangrantes.

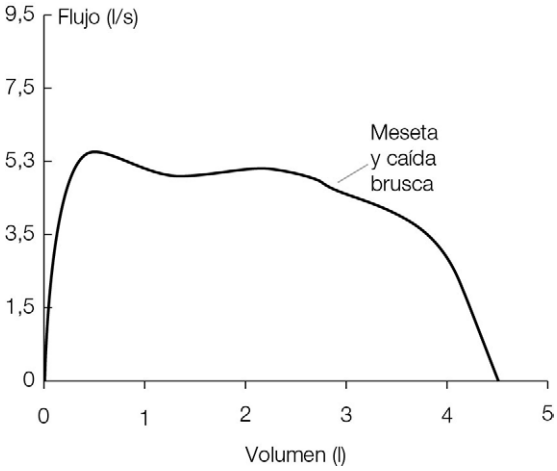


FIGURA 42-11. Paciente que no se esfuerza. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

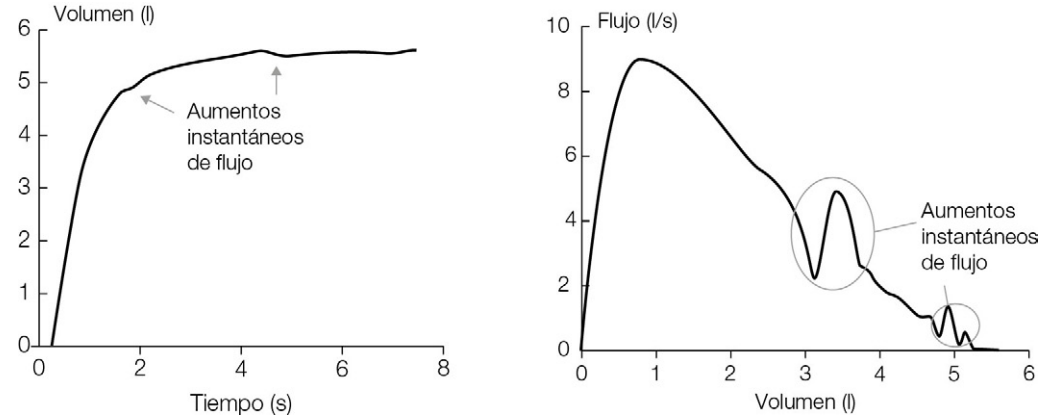


FIGURA 42-12. Espirometría en paciente que presenta acceso de tos. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

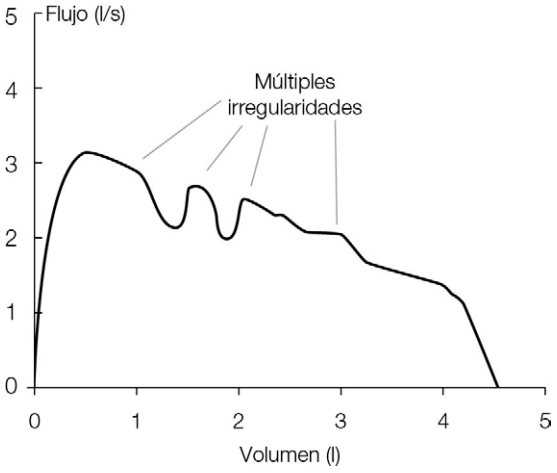


FIGURA 42-13. Espirometría en paciente simulador. *(Fuente: Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada. [Consultado el 9 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.)*

LECTURAS RECOMENDADAS

Abad A, Jara B, de Miguel J, Álvarez, Sala JL. Pruebas de función respiratoria. Medicine. 2006;9(68):4385-92.

Burgos Rincón F. Guía práctica de la espirometría. Barcelona: ESMON; 2008.

Núñez Temes M, España Penín S, Lozano Moga S. Espirometría forzada [on-line]. [Consultado el 29 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/espirometria/espirometria.asp.

C A P Í T U L O 4 3

Estilos de vida

Rafael del Pino Casado, Antonio Frías Osuna y Pedro Ángel Palomino Moral

ESTILOS DE VIDA

El término *estilos de vida* hace referencia a aquellas formas de vivir de las personas, que dan lugar a comportamientos saludables o de riesgo. Entre los más importantes tenemos la alimentación, la actividad física, las relaciones sexuales, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el estrés o la conducción de vehículos a motor.

Son por tanto factores protectores o de riesgo para la salud. Desde una perspectiva enfermera, se corresponden conceptualmente con necesidades de cuidado, y más acertadamente, con autocuidados (ya que son acciones que las personas llevan a cabo y los profesionales de la salud no pueden realizar por ellos). La modificación de los estilos de vida (cuando son no saludables) o su promoción (cuando son saludables), se efectúa mediante intervenciones de educación para la salud basadas en el adiestramiento, la orientación, el apoyo y la supervisión.

Los estilos de vida están influenciados y modelados por un conjunto de factores tanto de carácter individual como del complejo entorno físico, pero sobre todo social, que rodea al individuo (cultura, valores, creencias, normas sociales, familia, escuela, relaciones sociales, redes de apoyo, trabajo, etc.), y son determinantes los primeros años de vida para su configuración, como cualquier otro aspecto de la personalidad.

Actualmente, y en lo que a nuestro medio respecta, no existe una relación entre grupos sociales y estilos de vida, como se daba hace años. En la actualidad, los estilos de vida se han democratizado, de manera que se habla de comportamientos de riesgo y no de grupos de riesgo. Esto afecta de manera importante a comportamientos que antes eran propios de grupos excluidos socialmente, como conductas sexuales de riesgo o consumo de drogas no institucionalizadas, y que ahora pueden encontrarse en cualquier grupo social.

IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA PARA LA SALUD

En España en particular y en los países occidentales en general, los estilos de vida condicionan de forma importante la morbilidad y mortalidad. Es decir, de un lado, tenemos que los principales problemas de salud de nuestra sociedad están causados por estilos de vida no saludables, de otro, se ha demostrado que los estilos de vida saludables están relacionados con la disminución de las principales enfermedades crónicas y la mortalidad por cualquier causa.

El esquema que propuso Lalonde allá por la década de los setenta ha variado poco. De los cuatro tipos es los que se pueden clasificar los determinantes de la salud, a saber: biología humana, entorno, sistema sanitario y estilos de vida, son estos últimos los que más importancia tienen como causas de enfermedad y muerte. Si analizamos las principales causas de muerte en nuestro país para hombres y mujeres (fig. 43-1 y cuadros 43-1 y 43-2), podemos corroborar fácilmente este punto, ya que las principales causas de muerte en hombres y mujeres están relacionadas con estilos de vida no saludables, tales como el tabaco, el alcohol, la alimentación inadecuada y el sedentarismo.

La importancia de una vida libre de **tabaco** viene fundamentada por la relación entre el tabaco y la aparición de gran cantidad de problemas de salud. Entre estos problemas, cabe destacar las enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cánceres (tráquea, bronquios y pulmón; cavidad oral, faringe, laringe, esófago, colorrectal, de páncreas, de vejiga urinaria y de pelvis renal) y complicaciones del embarazo. La importancia del tabaco como factor de riesgo viene dada también por el hecho de que no existe umbral de seguridad entre el consumo de tabaco y la aparición de los

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

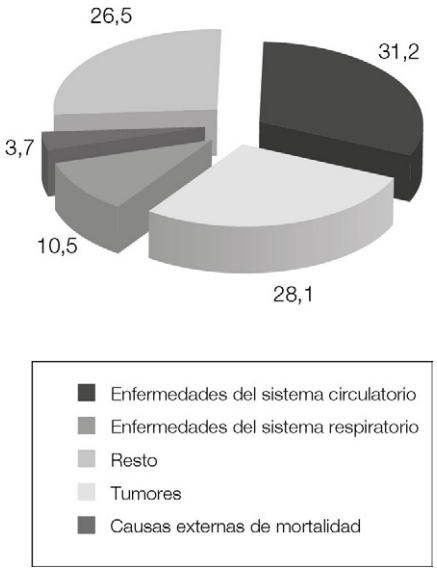


FIGURA 43-1. Mortalidad proporcional por grandes causas en la población general. España, 2010. *(Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones según causa de la muerte del Instituto Nacional de Estadística.)*

CUADRO 43-1. Principales causas de muerte en hombres en España (2010)

- Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma).
- Infarto agudo de miocardio.
- Otras enfermedades isquémicas del corazón.
- Otras enfermedades del corazón.
- Otras enfermedades del sistema respiratorio.
- Tumor maligno del colon.
- Tumor maligno de la próstata.
- Insuficiencia cardíaca.
- Otras enfermedades del sistema digestivo.
- Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil.
- Diabetes mellitus.
- Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- Tumor maligno de la vejiga.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones según causa de la muerte del Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO 43-2. Principales causas de muerte en mujeres en España (2010)

- Enfermedades cerebrovasculares.
- Otras enfermedades del corazón.
- Insuficiencia cardíaca.
- Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Infarto agudo de miocardio.
- Otras enfermedades del sistema respiratorio.
- Otras enfermedades isquémicas del corazón.
- Enfermedades hipertensivas.
- Tumor maligno de la mama.
- Diabetes mellitus.
- Otras enfermedades del sistema digestivo.
- Tumor maligno del colon.
- Neumonía.
- Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones según causa de la muerte del Instituto Nacional de Estadística.

problemas con él relacionados. Además, el tabaco y el alcohol desarrollan un efecto sinérgico en la aparición del cáncer, de manera que se considera que, exceptuando el cáncer de hígado, la mayor parte de la mortalidad por cáncer atribuible al alcohol se evitaría si no se fumase.

El consumo de tabaco es la primera causa de mortalidad prematura y evitable en España. Según Banegal et al., en el año 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% (el 25,1% en varones y el 3,4% en mujeres) de todas las muertes ocurridas en estos. En el informe de 2002 sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es el primer factor de riesgo según morbilidad atribuible en los países desarrollados.

En España, y según la *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas* (EDADES) de 2011, la prevalencia del consumo diario de tabaco en la población española de 15 a 64 años es del 30,4%, aunque existe una leve disminución en los últimos 15 años pero se mantiene la edad de inicio (a los 16,5 años) estable en el mencionado período. Respecto de la distribución por sexos, los datos disponibles más recientes son los de la edición de 2009 de la anterior encuesta. En dicha edición puede observarse que la diferencia entre hombres y mujeres en la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días (tanto diario como esporádico) se mantiene (44,7 frente

a 34%, respectivamente), pero se ha reducido en los últimos 15 años gracias a una disminución en los hombres. Si analizamos la distribución por edades en la mencionada edición de 2009, vemos que la prevalencia de consumo es muy similar en el grupo de 15 a 34 años y en el de 35 a 64 años.

El informe sobre estilos de vida de 2012 del grupo de expertos del Programa de Actuaciones Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) refleja que, en nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de **alcohol** son de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. En el mencionado informe de 2002 sobre la salud en el mundo de la OMS, el alcohol es el quinto factor de riesgo según morbilidad atribuible en países desarrollados. El consumo de riesgo de alcohol se ha relacionado con las enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cánceres (cavidad oral, faringe, laringe, esófago, colon y recto, hígado y mama), complicaciones hepáticas y accidentes. Los únicos problemas para los que existe umbral de seguridad en el consumo de alcohol son las enfermedades cardiovasculares. Dicho umbral de seguridad se sitúa en 280 g por día en hombres y 170 g en mujeres.

Según la encuesta EDADES, la prevalencia del consumo diario de alcohol en población española de 15 a 64 años en 2011 es del 10,2%; existe una leve disminución en los últimos 15 años aunque se mantiene la edad de inicio (a los 16,8 años) estable en el mencionado período. Respecto de la distribución por sexo y edad, los datos disponibles más recientes son, como en el caso del tabaco, los de la edición de 2009 de la anterior encuesta. En dicha edición puede observarse que la diferencia entre hombres y mujeres en la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días (tanto diario como esporádico) se mantiene estable en los últimos 15 años (74 frente a 52,2% respectivamente), mientras el consumo es muy similar en el grupo de 15 a 34 años y en el de 35 a 64 años. Pero es en el capítulo de consumo de riesgo e intoxicaciones etílicas donde el interés del análisis por edad y sexo aumenta. En el caso de consumo de riesgo, la prevalencia en mujeres de 16 a 24 años (6,1%) es superior a la de los hombres de su misma edad. Respecto de las intoxicaciones etílicas, la prevalencia es mayor en las personas de 15 a 34 años (35,2%) que en las de 35 a 64 años (15%) y en las mujeres de 15 a 34 años que en los hombres de 35 a 64 años.

La **actividad física** y la **alimentación equilibrada** son fundamentales para la prevención de múltiples enfermedades. Tanto la alimentación inadecuada como el sedentarismo se han relacionado con las enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cánceres. Ambos factores de riesgo aumentan el riesgo de aparición de enfermedades cardiovasculares, tanto directamente (en el caso del sedentarismo) como mediante otros factores de riesgo relacionados con la alimentación inadecuada y el sedentarismo, tales como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia (fig. 43-2). Respecto de la alimentación y las enfermedades cardiovasculares, se ha demostrado con un nivel consistente de evidencia (v. Frank y Willett y OMS/FAO) que la dieta rica en fibra, vegetales y frutas, potasio, pescado y ácidos grasos monoinsaturados previene tanto los problemas cardiovasculares directamente

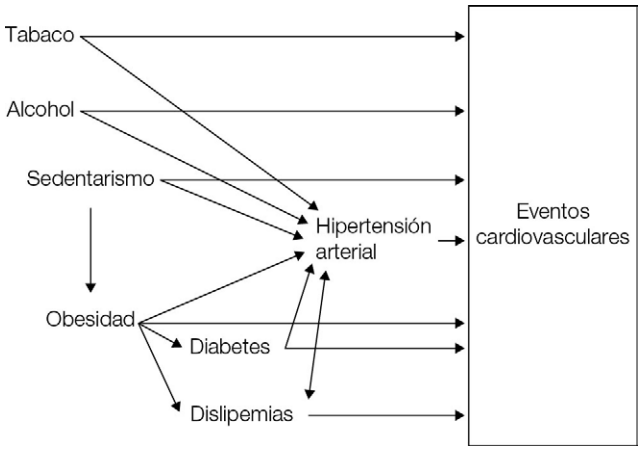


FIGURA 43-2. Principales factores de riesgo cardiovascular y sus relaciones. La *flecha de doble punta* indica correlación, no causalidad.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia, mientras que una dieta con aporte excesivo de calorías y rica en alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes, grasas saturadas y sodio aumenta el riesgo de episodios cardiovasculares. En el caso de los cánceres, el sedentarismo se ha relacionado con el cáncer colorrectal y el de mama, y la obesidad, con el cáncer de mama y el de endometrio, mientras que los hábitos dietéticos se han relacionado con los siguientes tipos de cánceres, según el informe del World Cancer Research Fund (tabla 43-1): cavidad oral, faringe, laringe, esófago, estómago, colorrectal, hígado, páncreas, próstata y pulmón. En el mencionado informe de 2002 sobre la salud en el mundo de la OMS, la inactividad física es el séptimo factor de riesgo según morbilidad atribuible en países desarrollados. Diversos aspectos y factores de riesgo relacionados con la alimentación ocupan también posiciones importantes en la lista de factores de riesgo por morbilidad atribuible de dicho informe. Tal es el caso de la hipertensión arterial (segunda posición), la hipercolesterolemia (tercera), el sobrepeso y la obesidad (cuarta) y la ingesta insuficiente de frutas y verduras (sexta).

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 muestra que el 60,6% de la población de 16 y más años (63,6% de los hombres y 57,6% de las mujeres) realizan actividad física en su tiempo libre. Este porcentaje alcanza el 80,3% en el grupo de población infantil, aunque un 17,6% de los niños y un 21,9% de las niñas son sedentarios. Respecto del sobrepeso y la obesidad, íntimamente ligados a la alimentación y a la actividad física, la prevalencia en población española mayor de 15 años es del 37,8 y del 15,6%, respectivamente, según la anterior encuesta. Entre la población de 2 a 17 años, el 18,7% tiene sobrepeso y el 8,9% es obeso. Tanto en hombres como en mujeres, la obesidad es más frecuente a mayor edad (excepto en los mayores de 74 años), predominando los casos de obesidad en hombres por debajo de los 45 años y en mujeres por encima de dicha edad. El Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA), publicado en 2011, muestra una prevalencia de obesidad del 22,9% y de sobrepeso del 39,4%.

ASPECTOS GENERALES A TENER EN CUENTA A LA HORA DE LA INTERVENCIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA

Existe evidencia suficiente para justificar las intervenciones tanto informativas (consejo mínimo) como educativas de distinta intensidad para la deshabituación tabáquica (v. Rice et al. y Fiore et al.), la intervenciones educativas breves en bebedores de riesgo (v. Bertholet et al. y Witlock et al.) y las intervenciones educativas de suficiente intensidad sobre promoción de la actividad física y la alimentación saludable (v. Moyer y Hillsdon et al.), de forma preferente en personas

TABLA 43-1. Alimentos que disminuyen (↓) o aumentan (↑) el riesgo de cáncer

	Cereales	Vegetales sin almidón	Frutas	Ajo	Carotenos	β-carotenos	Folatos	Licopenos/ selenio	Vitamina C	Carnes rojas o procesadas	Calcio	Sal
Boca		↓	↓		↓							
Faringe		↓	↓		↓							
Laringe		↓	↓		↓							
Esófago		↓	↓			↓			↓			
Estómago		↓	↓									↑
Hígado												
Páncreas							↓					
Colorrectal	↓			↓						↑		
Próstata								↓			↑	
Pulmón			↓		↓							

Nota: Todas las relaciones están soportadas por un nivel probable de evidencia, que podría justificar recomendaciones para la práctica, salvo la relación entre carnes rojas o procesadas, donde la evidencia es convincente, es decir, la relación causal está suficientemente demostrada y las recomendaciones para la práctica suficientemente justificadas.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del informe del World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007).

con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y en prevención terciaria de estas, siendo recomendable la combinación de ambas intervenciones (alimentación y actividad física).

Las intervenciones educativas dirigidas a ayudar a las personas a modificar estilos de vida no saludables deben tener en cuenta que quien en última instancia decide, ejecuta y mantiene el comportamiento es el usuario (los profesionales de la salud no pueden cambiar por él), por lo que quien debe tener el verdadero protagonismo en la toma de decisiones en todo el proceso de cambio o adquisición debe ser él, y no los profesionales de la salud que le ayudan. Al hilo de esto, no debemos olvidar que nuestro papel en el mencionado proceso de cambio o adquisición es el de asesores que ofrecen y explican diversas soluciones. Dorothea Orem, en su modelo de autocuidados, lo explica sencilla y magníficamente, al afirmar que el autocuidado es una conducta consciente y voluntaria, aprendida, intencionada y reflexiva. Para que sea voluntario, la persona debe ser libre para elegir sus opciones (una de las cuales puede ser no cambiar o no iniciar comportamientos saludables). Para que sea reflexivo, la persona debe recibir un adiestramiento básico que le permita comprender la necesidad, importancia y beneficios del cambio o adquisición de nuevos hábitos. La actuación profesional enfermera debe llegar como mínimo hasta ese punto. A partir de ahí, es «lícita» la opción no saludable. De nuevo el marco conceptual de Orem nos sirve para ilustrar la anterior idea. Dicha autora define cuatro fases en la adquisición del autocuidado: la importancia y necesidad de este, la adquisición del conocimiento necesario, la decisión de actuar y la actuación en sí. Desde nuestro punto de vista, la intervención profesional debe garantizar las dos primeras fases. A partir de ahí, la decisión debe ser propiedad del usuario.

El modelo de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente, que ha sido propuesto como modelo de intervención en el consumo de tabaco, da respuesta de forma parcial a la anterior recomendación, ya que aconseja no actuar con intervenciones educativas si la persona no está dispuesta a plantear una fecha para iniciar el cambio en su estilo de vida. El lector interesado puede consultar la descripción del modelo de Prochaska y DiClemente en el texto de Córdoba et al. (p. 16).

Desde nuestro punto de vista, y como ya hemos planteado basándonos en Orem, creemos necesaria una intervención previa a la decisión de cambiar, con independencia de la motivación inicial para el cambio, ya que hay personas cuya actitud inicial puede estar motivada por su falta de conocimientos. En este sentido, proponemos realizar una intervención educativa en los usuarios con estilos de vida inadecuados (y, por tanto, con déficits de autocuidados), con independencia de su disposición inicial al cambio, para cubrir las dos primeras fases de Orem en la adquisición del autocuidado. Esta intervención coincidiría con la fase de adiestramiento básico en la atención a un déficit de autocuidado, definida por del Pino Casado en su texto del año 2000. Una vez realizada esta intervención, recomendamos clasificarlos en dos categorías, en función de su disposición al autocuidado: con disposición al autocuidado o con rechazo al autocuidado. En los usuarios de la primera categoría se continúa la labor educativa hasta alcanzar y mantener el autocuidado (fases de solución de problemas y seguimiento para el mantenimiento de del Pino Casado). En los usuarios de la segunda categoría cesaría la intervención educativa, y se realizarían solo actividades de vigilancia (detección precoz de nuevos problemas de salud o complicaciones de los ya existentes), si su estado de salud lo requiere, renovando semestral o anualmente la oferta de autocuidados; en el caso de no requerirse dicha vigilancia, se programarían visitas de seguimiento semestrales o anuales donde se actualizaría la valoración enfermera y se renovaría la propuesta de trabajar los autocuidados deficitarios. En la figura 43-3 aparece un esquema donde se resumen las anteriores recomendaciones.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta a la hora de la intervención es que el proceso de cambio o adquisición de hábitos es eso, un proceso (y no un hecho puntual), que además reviste un importante grado de dificultad, sobre todo por lo que se refiere al cambio, que a menudo necesita de varios intentos o aproximaciones sucesivas, y que la mencionada dificultad abarca no solo al cambio o adquisición, sino también (y muchas veces habría que decir sobre todo) al mantenimiento del nuevo hábito.

Los anteriores aspectos tienen una importante consecuencia: las actividades educativas dirigidas a mejorar estilos de vida deben ser personalizadas y negociadas con el usuario, estar orientadas a la conducta, y no solo a los contenidos, y tener suficiente duración en el tiempo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

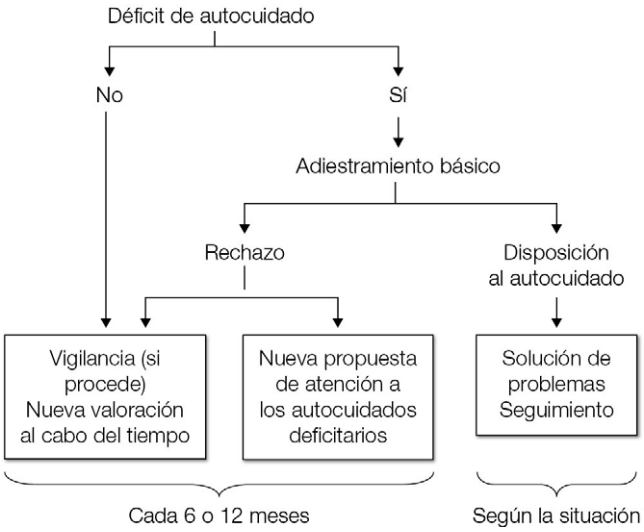


FIGURA 43-3. Algoritmo de actuación ante un déficit de autocuidado relacionado con los estilos de vida.

La personalización y orientación a la conducta conllevan el tener en cuenta la situación actual de la persona (sus conocimientos, actitudes y habilidades actuales y la importancia concedida al cambio de estilo de vida), su disposición al cambio, las estrategias de afrontamiento, sus expectativas, sus recursos, las posibles barreras para el cambio y los posibles facilitadores para dicho cambio. En este sentido, la utilización de métodos de planificación de intervenciones, como el método PRECEDE-PROCEED (desarrollado por Green y Kreuter), es bastante conveniente. El lector interesado en este método puede consultar el texto de Rueda et al. (p. 53-5). El carácter negociado de los planes individuales hace que la entrevista motivacional sea una excelente herramienta de trabajo en promoción de estilos de vida saludables. El lector interesado en la entrevista motivacional puede consultar el texto de Miller y Rollnick (existe también una primera edición traducida al castellano). La única excepción a los anteriores requisitos que deben cumplir las actividades educativas de promoción de estilos de vida saludables está representada por el consejo mínimo en la deshabituación tabáquica, que, como hemos comentado anteriormente, tiene evidencia suficiente para su aplicación en la práctica clínica. En el resto de situaciones, las intervenciones que no cumplen los anteriores requisitos se han demostrado ineficaces.

Para finalizar los aspectos a tener en cuenta a la hora de la intervención, solo resta comentar que cualquier actuación que tenga como finalidad la mejora de los estilos de vida debe tener una adecuada orientación comunitaria. Ello implica partir del análisis de la situación de salud de la comunidad y desarrollar actuaciones que se basen en dicha situación, tengan carácter proactivo, se organicen sobre estrategias de riesgo y tengan carácter multisectorial, es decir, deben implicarse todas las instituciones (y no solo el sector salud) y grupos sociales con responsabilidad en dicha mejora. Solo así podrán conseguirse resultados, haciendo fácil la opción saludable, propósito principal de la promoción de salud.

En un informe sobre intervenciones de estilos de vida, Rueda et al. llegan a conclusiones parecidas a las anteriormente expuestas sobre multisectorialidad de las intervenciones y estrategias de riesgo, si bien aportan otras recomendaciones de interés. Entre dichas recomendaciones, cabe destacar las siguientes: 1) las intervenciones de educación para la salud, que deben seguir desempeñando un papel importante, se deberán enfocar a proporcionar información veraz y a potenciar el empoderamiento tanto individual como colectivo, prestando especial cuidado en evitar la culpabilización de quienes tienen y soportan estilos de vida menos saludables; y 2) los programas o intervenciones de promoción de salud deben plantear claramente cuáles son los determinantes de la salud sobre los que pretenden incidir, así como qué otros determinantes de la salud quedan fuera de su objetivo o alcance;

de esa manera, no se crearán falsas expectativas respecto a su previsible impacto y se evitarán posteriores sensaciones de fracaso al evaluar los cambios producidos por las actividades de promoción de la salud.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aranceta J, Serra L, Foz M, Moreno B Grupo Colaborativo SEED.O. Prevalencia de la obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005;125(12):460-6.

Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González-Enríquez J, Villar F, Martín JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin (Barc). 2011;136:97-102.

Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Gutiérrez-Fisac JL, López-García E, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública: Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.

Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in Primary Care Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005;165:986-95.

Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012;44(Supl 1):16-22.

Del Pino R. Metodología de trabajo en enfermería comunitaria Capítulo 14. En: Frías A (ed.). Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service report. Am J Prev Med. 2008;35(2):158-76.

Frank B, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. JAMA. 2002;288(20):2569-78.

Green L, Kreuter M. Health promotion planning: An educational and ecological approach. 3th ed. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999.

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Intervenciones para la promoción de la actividad física (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008 n.° 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de la muerte [página web]. 2010. [Consultado en febrero de 2013]. Disponible en: www.ine.es.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. Nota de prensa. Madrid: INE; 2008. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np494.pdf.

Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. London: Guilford Press; 2002.

Moyer V. Behavioural counselling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease preventions in adults: U. S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012;157(5):367-71.

OMS. Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud. Capítulo 4. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter4S.pdf.

Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 1993.

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf.

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en población general en España, EDADES 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf.

Prochaska J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. J Clin Psychol. 1983;3:390-5.

Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. n.°: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.

Rueda JR, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Informe n.°: Osteba D-08-08. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008.

Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioural Counselling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004;40(7):557-68.

WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO technical report series 916. Geneva: World Health Organization; 2002.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR; 2007. Disponible en: http://eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 4 4

Estreñimiento

Juan Mario Domínguez Santamaría

CONCEPTO

En términos generales, el estreñimiento se define como el cambio en el hábito intestinal, con una disminución en la frecuencia de las deposiciones, a menudo asociada a una mayor dificultad para la defecación.

El estreñimiento constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en la población mundial; siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria de cualquier país desarrollado, y la queja digestiva más frecuente junto con la pirosis, aunque la mayoría de las personas que se autoconsideran «estreñidas» no consultan a los profesionales de la salud.

En estudios realizados en población general, los individuos se «autodefinen como estreñidos» en relación con la percepción propia de tener hábito defecatorio infrecuente (4-7%), por la ausencia espontánea de defecar y/o la existencia de una percepción de la defecación anómala. En este último concepto señalado, se incluyen síntomas como esfuerzo excesivo y/o prolongado para evacuar (4-31%), expulsión de heces duras (9-30%), necesidad de digitalizarse a través del ano (11-24%), ayudarse presionando con las manos la zona perianal o perineal, sensación de evacuación incompleta (10-26%) o dolor durante la defecación (1-12%).

Con el fin de evaluar a los pacientes con estreñimiento crónico funcional, la comunidad científica ha elaborado su propio concepto de estreñimiento que se resume en los criterios de Roma III (cuadro 44-1). Su objetivo, revisado recientemente, ha sido aunar conocimientos fisiopatológicos y criterios diagnósticos para así poder diseñar ensayos terapéuticos adecuados.

El estreñimiento, como todo trastorno crónico, influye en la percepción que el individuo tiene acerca de su calidad de vida relacionada con la salud.

ETIOLOGÍA

Entre las causas más comunes, el estreñimiento puede ser secundario a una enfermedad de base, como enfermedades neurológicas y trastornos psicológicos, como la depresión y la demencia; metabólicas, como la deshidratación, la diabetes, la hipercalcemia o la uremia; la toma de ciertos fármacos, como los antiácidos con aluminio o calcio, los analgésicos, el hierro y los psicofármacos; algunas enfermedades obstructivas, como las neoplasias, las hernias, los vólvulos o las secuelas posquirúrgicas (adherencias), o también puede estar originado por hábitos higiénicos o dietéticos inadecuados.

Una causa excepcional de estreñimiento en adultos es la enfermedad de Hirschsprung, que es una falta de desarrollo de los ganglios del plexo mientérico del intestino de causa desconocida. La enfermedad de Hirschsprung causa aproximadamente el 25% de toda la obstrucción intestinal de los recién nacidos y ocurre cinco veces más en hombres que en mujeres, y en algunos individuos está asociada con otros trastornos congénitos o hereditarios como el síndrome de Down. La mayoría de los pacientes comienzan con estreñimiento pertinaz o signos de obstrucción intestinal en el período neonatal, de manera que el 90% de los casos se diagnostica en los primeros 3 meses de vida.

Con relación al estreñimiento crónico idiopático severo o primario, en personas adultas es predominantemente un trastorno femenino, y en él podemos diferenciar varios subtipos:

- **Disinergia del suelo pélvico:** caracterizado por la existencia de una contracción paradójica o ausencia de relajación de la musculatura estriada del suelo pélvico durante la maniobra de defecación, de manera que se produce, consecuentemente, una obstrucción funcional de salida. Esta anomalía motora

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

CUADRO 44-1. Criterios de Roma III para el estreñimiento crónico funcional

Criterios diagnósticos para el estreñimiento crónico funcional (debe incluir todos los siguientes, y durante los últimos 3 meses)

Debe cumplir dos o más de los síntomas siguientes:
- Esfuerzo defecatorio excesivo durante la defecación en más del 25% de las ocasiones
- Heces duras en más del 25% de las ocasiones
- Sensación de defecación incompleta en más del 25% de las ocasiones
- Sensación de bloqueo/obstrucción anorrectal en más del 25% de las ocasiones
- Maniobras manuales para facilitar la defecación (digitalización, sujeción del suelo pélvico) en más del 25% de las defecaciones
- Menos de tres defecaciones por semana
- Raramente hace deposición sin el uso de laxantes
- No cumple criterios claros de síndrome del intestino irritable

ha recibido varias denominaciones: «síndrome del suelo pélvico espástico», «anismo», «síndrome de ausencia de relajación del músculo puborrectal» y «contracción paradójica del puborrectal». Su etiología y prevalencia son desconocidas.

- **Tránsito lento:** si la función anorrectal es normal, se recomienda llevar a cabo una medición del tiempo de tránsito colónico. Para ello, se administra un número conocido de marcadores radiopacos en cápsulas de gelatina durante 3 días consecutivos y se mide el tránsito mediante una radiografía de abdomen en el cuarto, séptimo y décimo día. Con este procedimiento se puede determinar si hay un retraso del tránsito colónico. En pacientes con un defecto expulsivo, la interpretación de la prueba es dudosa, porque la retención fecal condiciona secundariamente un enlentecimiento del tránsito colónico. El estreñimiento de causa colónica es relativamente raro y la mayor utilidad de esta técnica es que identifica a los pacientes convencidos de que tienen un estreñimiento grave, pero sin ninguna alteración objetiva. En estos pacientes insatisfechos por el volumen escaso de las deposiciones puede ayudar un suplemento de fibra que aumente la masa fecal.
- **Trastornos mixtos:** combinan aspectos relacionados con los dos trastornos anteriormente descritos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El estreñimiento crónico idiopático es la forma más frecuente de estreñimiento de larga evolución, con una gran variedad de manifestaciones clínicas, entre las que destacan:
- Estreñimiento de origen dietético.
- Síndrome del intestino irritable con predominio del estreñimiento.
- Estreñimiento en mujeres jóvenes.
- Megarrecto idiopático y estreñimiento del anciano.

La valoración y evaluación clínica del estreñimiento se realiza inicialmente en atención primaria y, en los casos de sospecha de trastornos estructurales o clínicamente complicados, en atención especializada.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe incluir:

Anamnesis

Para descartar causas secundarias que produzcan estreñimiento (fármacos, procesos neurológicos, procesos metabólicos, tumores, etc.).

Exploración física

Que debe incluir el tacto rectal, que nos puede aportar información relevante como:
- Hemorroides, fisuras que pueden ser consecuencia del estreñimiento o, al contrario, por el dolor que producen, conllevan una retención voluntaria de las heces.
- Asimetría del canal anal, que nos puede orientar a un trastorno neurológico.
- Valorar la contracción del músculo puborrectal y del esfínter anal externo, diciéndole al paciente que haga un esfuerzo defecatorio, y así poder identificar una disinergia del suelo pélvico.

Pruebas exploratorias complementarias

- Colonoscopia. Se practicará en pacientes que, además de presentar estreñimiento, tengan anemia, rectorragia, síntomas de obstrucción y pérdida de peso.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Estudio con marcadores radiopacos. Los pacientes con tiempo de tránsito colónico lento se pueden dividir en:
  - Inercia colónica. Si los marcadores se quedan en el colon derecho.
  - Defecto expulsivo. Si los marcadores progresan a colon distal y se quedan en el recto.
  - Tiempo de tránsito normal: muchos pacientes, de modo consciente o inconsciente, magnifican sus hábitos intestinales, y en ellos predomina un componente psicológico.
- Defecografía. Esta técnica puede medir el ángulo anorrectal, mostrar descenso del suelo pélvico y detectar prolapsos rectales ocultos.
- Manometría anorrectal. Puede medir varios parámetros, como la máxima presión rectal, la presión de contracción, el reflejo rectoanal inhibitorio, que es el umbral sensorial consciente del paciente, y por último la distensibilidad rectal. Esta técnica es muy útil para demostrar disminución de la presión en los esfínteres anales. Un descenso en la presión de reposo indica una disfunción del esfínter anal externo, mientras que si el descenso se observa en la presión de contracción, estaremos ante una alteración en el esfínter anal externo. Pacientes con una debilidad intensa del esfínter anal externo pueden presentar un prolapso rectal. Nos proporciona información acerca de la sensibilidad y la distensibilidad rectal y de la ausencia o no de reflejo rectoanal inhibitorio.
- Test de expulsión con balón. Esta prueba de expulsión del balón intrarrectal resulta de utilidad para cuantificar la capacidad de un paciente para evacuar un balón lleno de agua. Si tarda más de 1 min en expulsar el balón, es patológico.

ENFOQUE TERAPÉUTICO. TRATAMIENTO MÉDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El enfoque terapéutico del estreñimiento crónico debe ser individualizado e incluir cuidados higiénico-dietéticos, uso de laxantes, terapias conductuales y cirugía en casos específicos.

Los principios generales en el tratamiento del estreñimiento crónico idiopático son:

- Si se debe a tránsito colónico lento, el tratamiento incluye educación del paciente, modificación del comportamiento, cambios en la dieta y uso de laxantes. En casos muy graves y que no responden a lo anterior, se valorará la intervención quirúrgica.
- Disinergia del suelo pélvico: biorretroalimentación *(biofeedback)*.
- Pacientes que presenten los dos componentes de estreñimiento: reevaluar al paciente después de tratar la disinergia del suelo pélvico.

Inicialmente se incrementará la ingesta de fibra dietética (vegetales y frutas, salvado de trigo) y la ingesta de líquidos, así como la actividad física.

De no ser efectivas estas medidas, posteriormente se introducirán laxantes mecánicos suaves formadores de masa fecal o mucílagos, como el *Plantago ovata* o la metilcelulosa, entre otros. Si no existe una respuesta considerable tras varias semanas de tratamiento, se podrán añadir laxantes estimulantes, como los polifenólicos (bisacodilo y fenolftaleína o antraquinonas como sen y cáscara sagrada) u otros como los laxantes osmóticos (tanto derivados de azúcares como lactulosa, laxantes salinos o polietilenglicol) (tabla 44-1).

No parece que existan diferencias importantes en cuanto a la eficacia de los distintos tipos de laxantes. Además, a pesar de la gran variedad de laxantes disponibles, solo existen dos metaanálisis publicados por Tramonte y por Jones, donde se valoran la eficacia de los tratamientos con laxantes en los diferentes estudios publicados. Estos autores concluyen, por una parte, que tanto la fibra como los laxantes mejoraban solo discretamente la frecuencia defecatoria en adultos con estreñimiento crónico idiopático, sin existir evidencias para establecer si la fibra era superior a los laxantes o si un grupo de laxantes era superior a otro; por otra parte, que no se puede concluir que exista evidencia de que los laxantes, en general, son superiores al placebo en el tratamiento del estreñimiento crónico.

Biorretroalimentación *(biofeedback)*

El propósito del tratamiento con biorretroalimentación en el estreñimiento crónico consiste, fundamentalmente, en que los pacientes afectados aprendan la dinámica defecatoria normal, por lo que sus objetivos específicos se centrarán en:

- Mejorar la sensibilidad rectal para aumentar la capacidad de apreciación de la llegada de heces al recto.

TABLA 44-1. Tipos de laxantes

Laxantes	Dosis	Contraindicaciones	Interacciones medicamentosas	Efectos secundarios
Formadores de masa	*Plantago ovata* (máximo 12-15 g/día)	Vómitos, obstrucción abdominal	Ninguna	Flatulencia
Osmóticos	Lactulosa (15 ml/12 h), lactitol (10-20 g/24 h), polietilenglicol (1 sobre/8-24 h)	Ninguna	Ninguna	Lactulosa y lactitol son fermentables por las bacterias por lo que producen gas; sin embargo, el polietilenglicol no
Estimulantes	Bisacodilo (5 mg/12 h), sen (1-3 cápsulas/24 h), cáscara sagrada + sen (1-2 cápsulas/24 h)	Vómitos, obstrucción intestinal	Ninguna	Las antraquinonas (sen, cáscara sagrada) producen melanosis coli
Salinos	Sales de magnesio (1 sobre/12-24 h)	Hipermagnesemia, insuficiencia renal	Ninguna	Deshidratación, dolor abdominal, hipermagnesemia

- Aumentar la presión intraabdominal de forma eficaz y dirigir la fuerza expulsiva hacia el recto.
- Conseguir la relajación de la musculatura del suelo pélvico durante el esfuerzo defecatorio.

Los resultados conseguidos en los distintos estudios efectuados en pacientes con disinergia pélvica han sido buenos, con una media de respuesta al tratamiento del 67,9% (límites, 18-100%), aunque ninguno de ellos es controlado.

En relación con la etiología del estreñimiento, se ha publicado un estudio no controlado en adultos en el que se incluye a 14 pacientes con disinergia del suelo pélvico y 10 con estreñimiento por un tiempo de tránsito colónico largo, y en el que se consigue una mejoría clínica en ambos grupos del 80%. Sin embargo, se observa una pérdida de eficacia del tratamiento con el paso del tiempo, sobre todo en el grupo de individuos con tiempo de tránsito colónico lento, en los que la mejoría clínica al año es del 20%, frente a una mejoría del 50% en aquellos con disinergia pélvica. Los autores concluyen que la biorretroalimentación es una técnica útil en el tratamiento a medio y largo plazo del estreñimiento en la disinergia pélvica, pero en los pacientes con tiempo de tránsito colónico lento su utilidad es menos evidente a largo plazo. Los inconvenientes de este estudio son la ausencia de grupo control y el pequeño tamaño de la muestra, lo que limita la validez de las conclusiones.

Por último, se ha publicado un estudio sobre calidad de vida y biorretroalimentación en el que se concluye que la presencia de parámetros de baja calidad de vida es un factor predictivo de mala respuesta al tratamiento. Además, se indica que cuando el tratamiento es eficaz, se produce una mejora del estado psicológico y de la calidad de vida.

La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección de la enfermedad de Hirschsprung y en algunos casos de rectocele. En los pacientes con estreñimiento crónico idiopático grave con inercia colónica y que no responden a las medidas anteriores pueden ser candidatos a colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal, aunque no olvidaremos su elevado riesgo de complicaciones.

Tratamiento quirúrgico

La mayoría de los pacientes que presentan estreñimiento crónico idiopático suelen responder satisfactoriamente al tratamiento médico; sin embargo, algunos casos pueden ser refractarios, por lo que resulta importante identificar, mediante una evaluación funcional y psiquiátrica, a los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico. Podemos establecer cuatro grupos:

- **Estreñimiento por tránsito lento con o sin megacolon y/o megarrecto.** El procedimiento quirúrgico más utilizado es la colectomía total con anastomosis ileorrectal, con un porcentaje de éxito muy variable (entre un 50-100%). Es una intervención quirúrgica que no presenta una dificultad técnica especial, con una morbilidad y mortalidad bajas. La complicación más frecuente observada es la obstrucción del intestino delgado en el postoperatorio y durante el seguimiento. La mayoría de los fracasos de esta intervención se deben, sobre todo, a no haber diagnosticado correctamente

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

una disfunción del suelo pélvico asociada a la existencia de una alteración funcional en todo el tracto gastrointestinal. Si hay megacolon sin megarrecto, la técnica de elección será la colectomía total y la anastomosis ileorrectal. En el caso de megarrecto idiopático, se puede indicar una resección anterior baja y anastomosis colorrectal si es aislado, pero si se observa también un tránsito lento en segmentos proximales o asociado a megacolon, puede tener que recurrirse a una proctocolectomía restauradora mediante una anastomosis ileonal con reservorio.

- **Disfunción del suelo pélvico asociado a una alteración anatómica:**
  - *Rectocele:* supone una herniación del recto hacia la vagina y su existencia es muy frecuente en grados menores. Sin embargo, rectoceles grandes, habitualmente mayores de 2 cm, pueden ser origen de una defecación obstructiva. El tratamiento quirúrgico, en los casos que no responden al tratamiento médico mediante aumento del consumo de fibra y agua, será generalmente satisfactorio, con una tasa de éxito de entre un 62 y un 98% de los casos. El tratamiento quirúrgico se puede realizar por las vías endorrectal, transperineal y endovaginal.
  - *Sigmocele o enterocele de asas de intestino delgado:* el tratamiento quirúrgico consiste en la colocación de una malla por debajo del peritoneo del suelo pélvico.
  - *Intususcepción interna rectal:* la rectopexia al promontorio por vía abdominal tiene una tasa de resultados satisfactorios que van de un 64 a un 100%. En ocasiones, se asocia a la intususcepción interna rectal una úlcera solitaria rectal. En esta situación, y si fracasa el tratamiento médico, la rectopexia puede beneficiar a alrededor de un 50% de pacientes; sin embargo, la resección anterior baja y la anastomosis coloanal pueden estar indicadas en lesiones exofíticas, voluminosas y que provocan hemorragias importantes.
  - *Síndrome del periné descendente:* presenta una serie de síntomas, como obstrucción anal al defecar y sensación de evacuación incompleta, que se creen producidos por el prolapso mucoso interno asociado a un descenso perineal patológico. Si fracasa el tratamiento médico, se recomienda corregir el prolapso interno mucoso asociado mediante inyecciones esclerosantes o ligadura con banda elástica.
- **Disfunción del suelo pélvico sin alteración anatómica asociada (anismo).** Los resultados del tratamiento quirúrgico mediante la sección posterior o lateral del músculo puborrectal han sido insatisfactorios, por lo que en la actualidad se recomienda tratamiento mediante técnicas de biorretroalimentación.
- **Combinación de estreñimiento de tránsito lento y disfunción del suelo pélvico.** Se ha de tratar inicialmente cualquier disfunción del suelo pélvico.

Tratamiento del estreñimiento crónico en situaciones especiales

Infancia

Las formas más frecuentes de estreñimiento funcional en la infancia son el estreñimiento crónico simple y el estreñimiento crónico asociado a retención fecal con ensuciamiento y/o encopresis.[1]

CUADRO 44-2. Criterios de Roma III para el estreñimiento crónico simple en la infancia

Estreñimiento crónico simple
Niños que, como mínimo, en las últimas 2 semanas presenten: 1. La mayoría de las deposiciones en forma de escíbalos, duras como piedras o simplemente duras, o 2. Heces formadas, dos o menos veces a la semana, y 3. Ausencia de enfermedad estructural, endocrina o metabólica.
Estreñimiento crónico simple asociado a retención fecal con ensuciamiento y/o encopresis
Pacientes de hasta 16 años de edad, en los que en las últimas 12 semanas, se haya observado, como mínimo: 1. Expulsión de heces de gran diámetro con una frecuencia inferior a dos veces por semana, y 2. Adopción de una postura encaminada a retener, evitando la defecación con la contracción de la musculatura del suelo pélvico. Cuando se agotan los músculos del suelo pélvico, el niño utiliza los músculos glúteos apretándolos entre sí.

[1]Estos síntomas pueden acompañarse de ensuciamiento fecal, irritabilidad, retortijones abdominales, disminución del apetito y/o saciedad temprana. Suelen desaparecer tras la expulsión de gran cantidad de heces.

En el cuadro 44-2 se pueden ver las definiciones, según los criterios de Roma III de estreñimiento crónico simple en la infancia.

El estreñimiento crónico simple se trata añadiendo verduras, frutas y/o suplementos comerciales ricos en fibra e insistiendo en una ingesta adecuada de líquidos (1-1,5 l/día). En caso de que estas medidas no sean efectivas, se añadirán laxantes osmóticos (lactulosa/lactitol) en dosis ajustadas al peso. No se aconseja el uso de aceite de parafina antes de los 12 meses de vida, y en ningún caso en niños regurgitadores, debido al riesgo de aspiración y presentación de neumonía lipoidea. La utilización de laxantes estimulantes, enemas y/o supositorios debe ser siempre ocasional, dado que los primeros pueden producir dolor abdominal y la vía de administración anal puede condicionar un rechazo psicológico del niño al médico.

En ocasiones, el estreñimiento con retención fecal funcional y encopresis se produce por una conducta inadecuada, debida o no a la existencia de lesiones en el ano, que ocasiona dolor intenso durante la defecación. La retención mantenida de heces de gran volumen y dureza difíciles de expulsar impacta el recto y produce la permanente relajación del esfínter anal interno. Es por esto que el ano queda entreabierto y las heces líquidas se escapan por rebosamiento. Frecuentemente, el cuadro se asocia a disinergia del suelo pélvico durante el intento de defecación. El ensuciamiento, junto con los síntomas secundarios a la retención, produce cambios en el comportamiento del niño y actitudes negativas de los padres hacia él.

Biorretroalimentación en la infancia

- Normalmente en el niño es suficiente la enseñanza de expulsión mediante presión abdominal.
- El refuerzo de la biorretroalimentación sonora suele ser muy efectivo en la infancia.
- Comprobación final de realización de contracción voluntaria efectiva. Suele existir olvido de cierre del esfínter externo, en los casos en que durante años han presentado bostezo anal; puede enseñarse identificando la imagen de cierre y la sensación, produciéndola por estimulación de piel perianal o reflejo bulbocavernoso.

La respuesta al tratamiento con biorretroalimentación en niños con estreñimiento crónico y/o encopresis en estudios no controlados ha sido buena, ya que en el 75-100% de los niños se ha conseguido un aprendizaje de la relajación del esfínter anal externo con una mejoría clínica de entre el 37 y el 100%.

Embarazo

Aunque hay muy pocos datos sobre la eficacia y la seguridad de los laxantes en el embarazo, se considera que los laxantes que incrementan el volumen, los osmóticos y el bisacodilo son de riesgo bajo y, por tanto, de primera línea de tratamiento, y las antraquinonas pueden utilizarse con seguridad.

Están restringidos o contraindicados los laxantes que contienen aceite de ricino, porque pueden estimular las contracciones uterinas tempranas; los aceites minerales orales (parafina) de forma continuada, ya que podrían disminuir la absorción de vitaminas liposolubles y predisponer a hemorragias neonatales por hipoprotrombinemia, y tampoco son convenientes los laxantes salinos (sales de magnesio y fosfosoda), que pueden incrementar la retención salina materna.

Ancianidad

En las personas ancianas, existen varios factores que potencian el estreñimiento: alteraciones dietéticas (disminución de la ingesta de fibra), mentales (confusión, depresión), físicas (menor movilidad), enfermedades sistémicas (neuromusculares, neoplásicas) y/o mayor consumo de fármacos. Por otra parte, el estreñimiento del anciano puede asociarse a complicaciones derivadas del impacto fecal, como obstrucción intestinal, úlceras rectales estercoráceas, retención urinaria e incontinencia fecal.

El tratamiento debe centrarse en evitar en todo momento el impacto fecal. En la mayoría de los casos, debemos recurrir a laxantes osmóticos o a fármacos estimulantes, cuya acción es efectiva y rápida. Cuando se produzca impacto fecal, debemos utilizar enemas salinos o de agua con aceite mineral (dos o tres al día) hasta que el colon esté totalmente limpio. A veces es necesario el desimpacto fecal, mediante maniobras digitales.

Enfermedades neurológicas

El estreñimiento se observa en más del 80% de pacientes con lesión medular, y en más del 70% de pacientes con esclerosis múltiple. En los pacientes con lesión medular, la mayoría de los tratamientos se basan en estimular una defecación

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

programada mediante supositorios o enemas solos o asociados a laxantes orales estimulantes de acción rápida. Los supositorios administrados regularmente por la mañana son más eficaces que a demanda o por la tarde. A pesar de que se recomienda añadir suplementos de fibra, algunos autores han observado que, en lesiones neurológicas situadas entre C4-T12, los suplementos diarios de fibra producían una disminución del tiempo de tránsito colónico e inducían molestias abdominales.

LECTURAS RECOMENDADAS

Azpiroz F. Técnicas de biofeedback en la encopresis infantil. En: Benages A (ed.). Técnicas para el estudio de la actividad motora digestiva: protocolos metodológicos. Valencia; 1996. p. 63-4.

Benages A, Mínguez M, Mora F, Mearín F, Azpiroz F, Monés J, et al. Técnicas de biofeedback en adultos con estreñimiento distal. En: Benages A (ed.). Técnicas para el estudio de la actividad motora digestiva: protocolos metodológicos. Valencia: 1996. p. 58-62.

Bharucha A, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. Gastroenterology. 2006;130:1510-8.

García-Granero E, García J, Lledó S. Tratamiento quirúrgico del estreñimiento crónico idiopático. GH Continuada. 2003;2:147-50.

Gómez Senent S, Castillo Grau P, Segura Cabral JM. Med Clin (Barc). 2008;130(6):228-36.

Jones MP, Talley NJ, Nuyts G, Dubois D. Lack of Objective Evidence of Efficacy of Laxatives in Chronic Constipation. Digestive Diseases and Sciences. 2002;47(10):22-2230.

Kessmann J. Hirschsprung's Disease: Diagnosis and Management. Am Fam Phys. 2006;74:1319-22.

Locke GR, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. Gastroenterology. 2000;119:1761-6.

Mínguez M, Benages A. Tratamiento del estreñimiento crónico en situaciones especiales. GH Continuada. 2003;2:140-2.

Rao SS, Patel RS. How useful are manometric tests of anorectal function in the management of defecation disorders? Am J Gastroenterol. 1997;92:469-75.

Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut. 1999;45(Suppl 2):43-7.

Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Amato MG and ÓKeefe ME, et al. The Treatment of Chronic Constipation in Adults. A Systematic Review. J Gen Intern Med. 1997; 12(1):15-24.

Wyllie R. Motility disorders and Hirschsprung disease. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds.). Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.

C A P Í T U L O 4 5

Ética de la atención en enfermería

Juana María Granero Moya y Antonio Jesús Ramos Morcillo

INTRODUCCIÓN

Hablar de ética sin partir de una definición previa puede generar alguna confusión, dado que a menudo al hacer referencia a este saber se asocian otras palabras de significado diferente como pueden ser las palabras «moral» o «religión». Parece entonces oportuno comenzar este capítulo aclarando, en primer lugar, a qué nos referimos cuando hablamos de ética, para colocar a todos los lectores en el mismo punto de partida, y continuar, en segundo lugar, explicando su relación con la atención de enfermería.

Atendiendo a valores y principios que los seres humanos estimamos como fundamentales, se elaboran unas normas que la sociedad considera indispensables para garantizar el respeto mutuo y la convivencia pacífica y justa. La ética trata de estas normas, se ocupa de «qué debemos hacer» para garantizar la corrección de nuestras acciones y la consecución de esos valores importantes. Referida al ámbito de la enfermería, podemos decir que siempre ha sido una parte importante en la profesión; Feito se refiere a ella como «el modo de hacer de la enfermería excelente», y según Cortina entendemos la ética como un saber práctico que aplicará esos valores y principios considerados fundamentales para todos los ciudadanos a un espacio concreto: el de la atención sanitaria, y orientará a la enfermera para que pueda tomar las mejores decisiones en su práctica cotidiana.

El contenido de las obligaciones éticas, no obstante, se ha entendido de diferentes maneras a lo largo de la historia y ha ido evolucionando al mismo tiempo que la sociedad ha ido cambiando. Las profesiones sanitarias encontraron inicialmente fundamentos para llevar a cabo una práctica correcta en las creencias religiosas y también se han guiado por los deberes recogidos en códigos deontológicos. Ahora bien, tal y como explica Gracia, en la actualidad elementos como el importante desarrollo de la tecnología médica, la incorporación del valor de la autonomía de las personas como un valor fundamental o el incremento de las enfermedades crónicas que generan un importante sufrimiento han propiciado un cambio importante en el modo de entender la relación clínica y, por ende, un nuevo modo de plantear los deberes de los profesionales sanitarios. Tampoco podemos olvidarnos de que la misma profesión enfermera se encuentra en una época de mudanza en la que una mejor preparación académica o la ampliación de sus competencias la colocan en una situación que exige mayor responsabilidad. De acuerdo con todo esto, podemos decir que hoy en día las referencias al código deontológico como marco único de las obligaciones éticas en enfermería o la explicación de la exigencia del buen cuidar desde lo religioso resultan insuficientes en un entorno de pluralidad axiológica y de mayor complejidad en la atención sanitaria.

Pues bien, partiendo de estas afirmaciones pretendemos mostrar a lo largo de este capítulo otras formas de acercarnos a una práctica ética de la enfermería que amplían el marco de la deontología y que se refieren no solo a los deberes de la enfermera sino que además tienen en cuenta los derechos de los ciudadanos. Vamos a ver cómo en los últimos años se ha intentado dar respuesta a las preguntas sobre el modo en que la enfermera debe seguir las exigencias éticas que se requieren desde una adecuada forma de cuidar. Fundamentalmente siguiendo a Barrio et al., nos centraremos en una aproximación a la ética de la atención en enfermería desde dos enfoques diferentes: el de la bioética de los principios y el de la ética de la virtud. A estos dos sumaremos al final un tercero más cercano en el tiempo: el de la ética del cuidado, que a menudo ha sido identificado como una ética propia de la enfermería. Lo vemos a continuación.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

La ética de la modernidad ha buscado unos principios fundamentales que pudieran servir como pauta para orientar las acciones de las personas, de manera que se pudieran establecer cuáles eran correctas y cuáles incorrectas. También en el ámbito sanitario se ha buscado una guía que ayudase a los profesionales a distinguir las conductas acertadas de las erróneas, intentando responder a la pregunta ¿qué debo hacer? y así, como explican Simón y Barrio, la bioética clínica surge con el objetivo de aplicar el marco ético de los derechos humanos al ámbito de las ciencias de la salud. Para ayudar en este intento de resolución de problemas en la práctica clínica se incorporaba en el año 1979 el conocido modelo principialista. En ese tiempo, un filósofo, T. L. Beauchamp, y un teólogo, F. Childress, escribían el libro *Principios de ética biomédica.* En él argumentaban acerca de la obligación de los profesionales sanitarios de respetar cuatro principios en el ejercicio de las profesiones sanitarias que, según los autores, proceden «de la moral compartida por los miembros de una sociedad, es decir, del sentido común no filosófico y de la tradición».

Los cuatro principios

Principio de no maleficencia

Las enfermeras deben minimizar la posibilidad de hacer un daño físico, psíquico o moral a las personas. Esto quiere decir que hay obligación de evitar realizar intervenciones que estén contraindicadas, no tengan una indicación adecuada, sean fútiles o inseguras. Igualmente, la enfermera debe evitar lesionar o vulnerar la confidencialidad. De manera más específica podemos decir que la obligación de no maleficencia remite a la buena práctica clínica e incluye, por ejemplo, los deberes en torno a la garantías de seguridad del paciente, la obligación de no revelar datos de la información presente en la historia clínica o también la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico en determinadas situaciones del final de la vida.

Principio de justicia

La enfermera está obligada, al igual que otros profesionales sanitarios, a tratar con igual consideración y respeto a todos aquellos a los que cuida. Hay que facilitar un acceso no discriminatorio de las personas a los recursos disponibles. Del mismo modo es responsable de un uso eficiente de estos. Priorizar la atención ante demandas urgentes, preocuparse acerca del uso de material estéril, asignar los recursos humanos verdaderamente necesarios a una unidad de hospitalización, educar para el uso racional de los medicamentos podrían ser algunas de las intervenciones que relacionaríamos con el principio de justicia.

Principio de autonomía

Para Beauchamp y Childress, respetar a una persona como autónoma «implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales». En nuestra realidad profesional, respetar la autonomía de las personas que cuidamos tiene que ver con la obligación de proporcionar una información adecuada a sus necesidades, de asegurar la voluntariedad en sus decisiones y de comprobar la comprensión de la información ofrecida. En definitiva, respetar las decisiones que las personas toman libremente en lo referente a la gestión de su salud y su enfermedad. Desde este valor se justifica, por ejemplo, el deseo de una persona adulta, capaz e informada de rechazar un tratamiento, la petición de una sedación para el final de la vida, la elección de estilos de vida poco saludables…

Principio de beneficencia

La beneficencia tiene que ver con hacer el bien, pero ¿qué significa hacer el bien a las personas que cuidamos? En otro tiempo, en el que el paternalismo era el modelo de relación clínica, era el profesional el que decidía qué era lo mejor para los pacientes. En la actualidad, ha cambiado el modo de entender la beneficencia y así se articulará estrechamente con el principio de autonomía. Será la persona quien decida lo que es bueno o malo para ella. Para Simón, el papel de la enfermera será el de potenciar la participación en sus decisiones en torno a problemas de salud para ayudarle a realizar su proyecto vital de acuerdo con sus valores y creencias.

Hoy en día, al igual que otras profesiones sanitarias, la enfermería ha asumido el respeto de estos principios como fundamento de sus deberes de cuidado. Aunque, como veremos en los apartados siguientes, no ha sido esta la única manera de hacerlo.

ÉTICA DE LA VIRTUD

Puede ocurrir que al hablar hoy de virtud haya quien se traslade a tiempos remotos en los que esta palabra acarreaba una connotación religiosa que podría resultar lejana para muchos. Y, sin embargo, sería importante volver a «poner en valor» este concepto e insistir en utilizarlo al modo aristotélico, es decir, pensando en las virtudes del mismo modo en que lo hacen Ferrer y Álvarez, como rasgos del carácter «por los cuales el hombre se hace bueno y ejercita bien sus funciones». Davis también se acerca a este término; para ella, la ética de la virtud deja de lado la pregunta por los deberes y se plantea «¿qué tipo de persona debo ser para llegar a ser una buena enfermera?». A lo largo de la historia de la enfermería, diferentes han sido las respuestas. F. Nightingale hablaba así: «la enfermera […] no puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo […] debe ser estrictamente moderada y honesta, debe ser una mujer religiosa y devota […] debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora […]». Tiempo después, en los años setenta, Barrio habla de que se produce un cambio en la imagen de la enfermera, quien se muestra entonces como «abogada y defensora del paciente», lo que hace que adquieran importancia actitudes como la obligación de proteger y defender a las personas frente a otros profesionales y frente a las mismas instituciones sanitarias. Un autor como Peregrino desarrolla más adelante una lista de virtudes que deberían exigirse para el ejercicio de las profesiones sanitarias y nombra la fidelidad, la benevolencia, la abnegación o la prudencia. Si bien por otro lado acaba por reconocer que las virtudes no son suficientes para la ética profesional y que esta debe referirse también a deberes y principios. En nuestro país el filósofo F. Torralba nos dice que la praxis enfermera conlleva el ejercicio de unas virtudes básicas e ineludibles sin las cuales no sería posible cuidar a una persona de forma excelente. Estos hábitos personales y profesionales serían los siguientes: compasión, competencia, confidencia, confianza y consciencia. Nos detenemos brevemente en la definición que Torralba hace de ellos:

- La **compasión** se hace necesaria para comprender el sufrimiento del otro, es un «hábito del corazón» que hace que se pueda interiorizar el padecimiento de la persona que requiere de cuidados.
- La **competencia** se relaciona directamente con el principio de no maleficencia y requiere de conocimientos actualizados tanto científico-técnicos como de valores éticos. Si no existe ese aprendizaje en valores tendríamos que decir, como hace el profesor Gracia refiriéndose al ejercicio de la medicina, que nuestra práctica podrá ser correcta pero «no merecerá el calificativo de humana».
- La **confidencialidad** nos remite a la obligación de preservar la información obtenida en la relación clínica. Es un derecho básico del paciente y genera un deber de secreto en los profesionales que lo cuidan.
- La **confianza** es clave en el arte del cuidar, implica que la persona cree en el otro, se pone en sus manos. Es fundamental que el profesional sepa transmitir a la persona que cuida las sensaciones que harán que esta se sienta segura, protegida en cierto modo. Se relaciona ampliamente con el modo excelente de ser profesional.
- La **conciencia,** por último, hace referencia a la necesidad de «mantener siempre la tensión, estar atento a lo que se está haciendo y no olvidar jamás que el otro vulnerable que está bajo mis cuidados es un ser humano que como tal tiene una dignidad intrínseca».

Vemos entonces que, desde la ética de la virtud, más que clarificar cuáles serían las intervenciones correctas se enfatiza en las actitudes de la enfermera en su relación con los pacientes. Y podríamos apuntar ahora que la práctica ética del cuidado quedaría incompleta si no se prestara atención a las cualidades que el buen profesional debe desarrollar en su trabajo diario para no hacer daño, ayudar a la persona y respetar en lo posible sus decisiones autónomas. Porque, como dice Etxeberria, la virtud (que en griego significa excelencia) hace al que la practica un ser mejor y más humano; de esta manera contribuye también a humanizar las relaciones entre sanitarios y pacientes.

ÉTICA DEL CUIDADO

La ética del cuidado es un modelo ético que tiene su origen en la tesis de la psicóloga Carol Gilligan acerca de las diferencias en el desarrollo moral de hombres y mujeres. Según esta tesis, las mujeres resuelven los conflictos morales apelando al

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

compromiso y a la responsabilidad, valorando circunstancias y situaciones concretas. Los hombres, por el contrario, acuden a la justicia, a los derechos y a la evaluación imparcial. Dice Gilligan: «Mientras que la ética de los derechos es una manifestación de igual respeto, que equilibra las reivindicaciones del otro con las mías, la ética de la responsabilidad descansa sobre una comprensión que da origen a la compasión y el cuidado». También Nel Noddings plantea la existencia de esa mirada diferente de la mujer encargada habitualmente del cuidado. Ambas autoras fundamentan esta ética en la relación con el otro, en la atención y la protección de sus necesidades y dado que recoge actividades propias de la función de cuidar, se la ha vinculado con la ética de enfermería. Aludiendo a sus características, Gastmans dice, por ejemplo, que una ética que enfatiza en la responsabilidad, la relación, la implicación y la comunicación con el otro parece muy apropiada para aportar soluciones a los problemas éticos que encontramos en el ejercicio de la enfermería.

No todo el mundo está de acuerdo con esto y así, respecto a esta adscripción, se aduce que el modo de cuidar que valora la responsabilidad o la comprensión como elementos fundamentales en la relación no puede ser exclusivo de una profesión. Antes bien, dice Verkerk, debería extenderse a todas las profesiones sanitarias y no puede quedar reservada solo al ámbito de los cuidados enfermeros. A la par, otras críticas apuntan al hecho de que existen diferentes significados del cuidado que puede llegar a entenderse al mismo tiempo como virtud, pero también como imperativo ético. Igualmente, será una dificultad añadida determinar cómo ha de ser la relación con la persona. Paley se pregunta en ese sentido acerca de cuál de las siguientes sería la interpretación más adecuada: ¿la que recoge como fundamentales el apego, afecto o cariño?, ¿aquella que enfatiza en el interés, la preocupación o la empatía?, ¿o esa otra relación que prioriza la franqueza, la atención o la capacidad de escucha? Queda en este campo aún un largo camino de investigación para determinar de manera más precisa el contenido de la ética del cuidado.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo del capítulo hemos ido viendo diferentes enfoques que se aproximan a la dimensión ética de la profesión enfermera. Este acercamiento puede hacerse en primer lugar desde el respeto a los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, buscando responder a la pregunta sobre los deberes de los buenos profesionales. En segundo lugar otra perspectiva, la de la ética de la virtud, se pregunta acerca de las cualidades necesarias para ser una buena enfermera. Un tercer camino se centra en la naturaleza de las relaciones enfermera-paciente: se trata de la ética del cuidado que enfatiza en la responsabilidad y en la preocupación por el otro.

¿Cuál sería la aproximación correcta? Centrar nuestra actividad solo en el respeto de los principios puede llevarnos, según Camps, a una práctica demasiado vacía. Podríamos pensar, por ejemplo, en un proceso de consentimiento informado que incluyera los elementos de información, voluntariedad y capacidad y que, sin embargo, estuviese desprovisto de elementos como el acompañamiento o la relación de ayuda. Por otro lado, el ejercicio de virtudes como las de confidencialidad, compasión, competencia, prudencia o integridad es necesario para aspirar al ejercicio excelente de la profesión pero, necesita acompañarse de una comprensión acerca de qué es lo que se debe hacer; además, no podemos olvidar, según Camps, que los principios a los que nos hemos referido son la forma en que se han interpretado los derechos humanos dentro de la asistencia sanitaria ni que sin ellos no podría existir la civilización. En tercer lugar, quitar importancia a los derechos y las obligaciones y centrar la atención solo en el aspecto relacional, individual y en emociones como el apego o el afecto puede generar en algún caso un comportamiento excesivamente paternalista.

Para Barrio, el desempeño de una enfermería de calidad precisa de la integración de los distintos enfoques. Tanto necesita el aprendizaje de principios y valores como el ejercicio en las virtudes para llegar a ser una buena enfermera. Davis considera que todas las aproximaciones a la ética en el cuidar tienen sus limitaciones, pero entiende que las éticas del cuidado y de los principios no se encuentran en extremos opuestos ni se excluyen. Edwards, del mismo modo, considera que no hay necesidad de establecer una diferencia sustancial entre esas dos perspectivas. Entiende, citando a Joan Tronto, que puede existir un enfoque que combine una ética de la justicia, de los principios, con una ética del cuidado, y precisa que ambas no son en absoluto

incompatibles. Es decir, que podríamos concluir que la enfermería como práctica moral que aspira a ser excelente debería partir de una posición en la que el imperativo de la responsabilidad hacia los otros busque incorporar a la relación clínica un conjunto de virtudes que al ejercitarse redundarán en el respeto de determinados principios fundamentales. De esta manera se asegura una atención de enfermería más humanizada y al mismo tiempo se garantizaría el respeto de los derechos de los ciudadanos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aristóteles. Ética nicomaquea; ética eudemia. Madrid: Gredos; 1998.

Barrio Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Júdez Gutiérrez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. Nure investigación (serie en internet). 2004. [Consultado el 10 de septiembre de 2011.] Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original5105200416587.pdf.

Barrio I, Molina A, Sánchez C, Ayudarte M. Ética de enfermería y nuevos retos. Anales Sis San Navarra. 2006;29(3):41-7.

Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1998.

Camps V. La voluntad de vivir. Barcelona: Ariel; 2005.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud; 2011.

Cortina A. Ética de la empresa. Madrid: Trotta; 2003.

Davis A. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enferm Clín. 1999;9(1):21-8.

Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo xxi: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Revista del Col-legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. 2005;1-25.

Edwards SD. Is there a distinctive care ethics? Nurs Ethics. 2011;18(2):184.

Etxeberria X. Virtudes éticas: una necesidad en cuidados paliativos. En: Couceiro A (ed.). Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastela; 2004. p. 49–62.

Feito L. Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC; 2000.

Feito L. Los cuidados en la ética del siglo xxi. Enferm Clín. 2005;15(3):167-74.

Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003.

Gastmans C. La perspectiva del cuidado en la ética de la asistencia sanitaria. En: Davis AJ, Tschudin V, De Raeve L (eds.). Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza. Madrid: Triacastela; 2009. p. 189–205.

Gasull M. La ética del cuidar y la atención de enfermería. Trabajo Final de Carrera. Licenciatura Humanidades. Barcelona: UOC; 2010.

Gilligan C. La teoría y la moral. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.

Gracia D. Salir de la vida. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004. p. 395–431.

Gracia Guillén D. Planteamiento general de la bioética. En: Couceiro Vidal A (ed.). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999. p. 19–36.

Nightingale F. Notas sobre enfermería. "Qué es y qué no es". Barcelona: Masson-Salvat; 1990.

Paley J. Más allá del cuidado. Limitaciones de la ética directa. En: Davis AJ, Tschudin V, De Raeve L (ed.). Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza. Madrid: Triacastela; 2009. p. 207–26.

Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst Ethics J. 1995;5(3):253-77.

Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001;117(3):99-106.

Simón Lorda P, Barrio-Cantalejo IM. Ética, moral, derecho y religión. Un mapa de conceptos básicos para entender la bioética clínica. Ética de los cuidados (serie en internet). 2008; 1(2). [Consultado el 24 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.index-f.com/eticuidado/n2/et6740.php.

Simón Lorda P. Aspectos éticos de la hidratación y nutrición artificial en el paciente con esclerosis lateral amiotrófica. Neurol Supl. 2005;1(4):4-10.

Torralba Roselló F. Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina; 2002.

Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva (Barc). 2000;11(3):136-41.

Verkerk MA. The care perspective and autonomy. Medicine, Health Care and Philosophy. 2001;4(3):289-94.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 4 6

Extracción de muestras de sangre

Manuel Lillo Crespo e Isabel Casabona Martínez

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS

Los distintos análisis de laboratorio nos dan información muy valiosa acerca del estado de salud de la población, ayudando en el diagnóstico, seguimiento y también a la hora de administrar tratamientos.

La extracción sanguínea consiste en la obtención de una pequeña cantidad de sangre de una arteria, vena o capilar para su posterior análisis en el laboratorio.

Actualmente, contamos con diferentes técnicas para obtener muestras sanguíneas:

- Punciones venosas.
- Punciones arteriales.
- Punciones capilares.
- Extracción a través de catéteres de acceso venoso central y periférico.
- Extracción a través de catéteres de acceso arterial.

En este capítulo trataremos la recogida de sangre venosa en líneas generales por ser la más habitual de todas, por sentar las bases genéricas en los otros tipos de punción que comentamos anteriormente y puesto que se pueden hacer diversos y diferentes estudios analíticos, ya sean desde el punto de vista bioquímico, hematológico y/o microbiológico.

El sitio de punción en el paciente varía dependiendo de la edad y condiciones anatomofisiológicas del mismo, así como de la accesibilidad de la vena o zona de punción. En adultos y niños mayores puede utilizarse cualquier vena accesible, mientras que en recién nacidos y lactantes las venas superficiales del cuero cabelludo y de las extremidades distales pueden servir para la extracción de sangre. Es importante destacar que en la clásica punción para extracción de sangre venosa se suelen emplear como zonas de elección ambos brazos y más concretamente la zona de flexura de los mismos también llamada fosa anterocubital.

El profesional que realiza la técnica y que valora de forma individualizada cada extracción incluido el antes y el después de la misma es la enfermera. La auxiliar de enfermería colabora en todo momento con ella.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y CARACTERÍSTICAS

El objetivo principal sería obtener una muestra de sangre para:

- Conocer los elementos normales de la sangre.
- Determinar la presencia de tóxicos y otras sustancias en la sangre.
- Vigilar y controlar el equilibrio ácido-base en la gasometría venosa.
- Aislar el agente infeccioso en los estudios bacteriológicos.

Los sitios de punción más habituales son:

- Cuero cabelludo: venas superficiales del cráneo (especialmente en neonatos y niños pequeños).
- Cuello: yugular externa (de forma puntual y cuando se han agotado las posibilidades en otras zonas de punción).
- Axila: vena axilar (tampoco es una zona habitual).
- Fosa anterocubital: venas basílica, cefálica y mediana (que suelen ser las zonas de elección más frecuentes).
- Antebrazo: vena radial, cubital y mediana (también son zonas de elección y muy habituales) (fig. 46-1).
- Mano: venas dorsales de la mano (especialmente en personas que se someten a punciones muy a menudo en las dos zonas de elección anteriores).
- Tobillo: safena interna y externa (no suele ser una zona habitual).

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos



FIGURA 46-1. Preparación de la zona para la extracción de sangre en el antebrazo.



FIGURA 46-2. Material necesario para la técnica.

- Pie: venas dorsales del pie (tampoco es una zona de punción habitual).

Los recursos materiales necesarios en la técnica son (fig. 46-2):

- Guantes desechables o estériles, dependiendo de la finalidad de la extracción y de la situación clínica del paciente.
- Agujas de extracción sanguínea habitualmente entre 20G y 25G, variando si es en adultos o recién nacidos.
- Jeringas desechables que admitan la cantidad total de la muestra a obtener y que suelen variar desde 2,5 a 20 cc.
- Palomillas simples o con conexión a campana de vacío.
- Campana o adaptador para extracción por vacío.
- Tubos de vacío para analítica diferenciados para cada tipo de determinación (hemograma, coagulación, bioquímica, velocidad de sedimentación, troponina, etc.).
- Frascos de hemocultivo (aerobio y anaerobio).
- Jeringa para gasometría o heparinizada.
- Torundas de algodón y/o gasas estériles.
- Alcohol de 70° o clorhexidina acuosa al 2%.
- Una almohadilla o reposabrazos.
- Una bandeja o riñonera limpia donde ubicar el material.
- Compresor.
- Rasuradora en el caso de punción en cuero cabelludo o zonas con mucho vello.
- Apósito o tiritas.
- Etiquetas identificativas.
- Pinzas de presión o hemostasia.
- Paño estéril en caso de ser necesario.

Los pasos a seguir en la técnica son:

- Preparar el material necesario.
- Identificar a la persona.
- Explicar a la persona o a su familiar o acompañante, como la madre en el caso de los niños, el procedimiento que vamos a realizar. También podemos hablar con el niño adaptando nuestras explicaciones a su edad y nivel de comprensión.
- Lavar las manos con agua y jabón.
- Colocarse los guantes desechables, ya sean estériles o no estériles.
- Colocar cómodamente e inmovilizar a la persona.
- Asegurar una posición de seguridad a la persona.
- Rasurar la zona antes de pinchar las venas del cuero cabelludo o de zonas con mucho vello.
- Colocar compresor por encima del sitio de punción para producir ingurgitación de la vena, habitualmente se recomiendan cuatro traveses de dedo por encima de la zona a puncionar.
- Seleccionar el vaso mediante el tacto, así determinaremos la profundidad, el calibre, la elasticidad, etc. También se puede localizar la vena por inspección (color azulado) o bien por enclave anatómico.
- Recomendar a la persona abrir y cerrar el puño.
- Desinfectar el punto de punción con torundas impregnadas de alcohol de 70° o clorhexidina al 2%.
- Para recogida de hemocultivos nos pondremos guantes estériles y utilizaremos gasas estériles con clorhexidina acuosa al 2%.
- Con una mano, traccionar hacia abajo la piel para facilitar la punción y fijar la vena.
- Pinchar la piel y, posteriormente, la vena en dirección contraria al flujo sanguíneo, con un ángulo entre 15 y 30° respecto a la piel (dependiendo de la profundidad de la vena), con el bisel de la aguja hacia arriba (fig. 46-3).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 46-3. Extracción clásica de sangre en el antebrazo con jeringa y aguja con un ángulo de entre 15 y 30°.



FIGURA 46-4. Extracción de sangre con sistema de palomilla.



FIGURA 46-5. Extracción de sangre con sistema de adaptación de vacío para tubos.



FIGURA 46-6. Colocación de apósito y presión sobre la zona de punción tras la extracción sanguínea.

- Soltar el compresor cuando refluya la sangre.
- Extraer la cantidad de sangre necesaria, manteniendo una aspiración uniforme y suave de acuerdo a la presión de la sangre.
- Conectar el frasco de hemocultivo al sistema de trasvase en caso de que la técnica se realice con campana o adaptador de vacío.
- Colocar la palomilla en la campana o adaptador de vacío (fig. 46-4).
- Conectar el sistema de trasvase al tubo para recoger la cantidad de sangre deseada (fig. 46-5). Habitualmente se recomienda conectar primero los tubos con anticoagulante.
- Cambiar de tubos.
- Sacar la aguja y aplicar presión suave hasta lograr hemostasia.
- No recapsular la aguja y, en caso de no tener cerca un contenedor de material punzante, dejarla en una bandeja o riñonera.
- Colocar apósito en el sitio de punción y recomendar a la persona que mantenga extendido el brazo o zona de punción y presione durante unos 2 a 5 min aproximadamente sobre la zona. No se recomienda flexionar el brazo o zona de punción (fig. 46-6).
- Etiquetar los tubos para su envío al laboratorio, con la petición correspondiente.
- Retirar el material usado, desechando correctamente cada material en su lugar específico de retirada, especialmente el material punzante.
- Lavado de manos.
- Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente o en el programa informático correspondiente en caso de que sea ese el procedimiento de la institución.

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA TÉCNICA

Las complicaciones más habituales que el enfermero debe valorar antes de comenzar la técnica e intentar prevenir serían:

- Sangrado excesivo por el punto de punción. Es importante que siempre se pregunte a la

persona o a sus acompañantes si tiene tendencia al sangrado posterior a la técnica y si está siendo tratado con algún tipo de anticoagulante o antiagregante plaquetario. En el caso de ancianos y personas con limitada comprensión se recomienda emplear un lenguaje asequible, con menos tecnicismos, y el uso de ejemplos de marcas comerciales habituales y comprensibles para ellos. Hay que tener en cuenta que un sangrado excesivo puede desembocar en un mareo con desvanecimiento o cuadro sincopal e incluso en shock hipovolémico en estadios avanzados si la persona se encuentra sola. Aquellas personas que ya desde el principio nos avisan de su tendencia al sangrado y al mareo secundario al mismo deben ser vigiladas tras la técnica en una posición cómoda y segura, y realizando una presión suficiente sobre la zona de punción.

- Formación de hematomas. Pueden evitarse si se aconseja ejercer presión sobre la zona de punción durante un tiempo entre 2 y 5 min. En el caso de personas sometidas a terapias anticoagulantes, se recomienda una presión relativa puesto que un exceso de presión en la zona podría producir mayor daño en la misma y sus alrededores e incluso lesiones profundas. No se aconseja la flexión del brazo en ningún caso.
- Infecciones por pérdida de integridad de la piel o por un manejo inadecuado de los recursos materiales. Si la piel que rodea la zona de punción está sucia, lávela con agua y jabón.
- Punciones múltiples para localizar las venas. Aunque no suelen existir protocolos en los centros que especifiquen el número de punciones que un enfermero debe realizar, puesto que el éxito en cada persona responde a múltiples factores dependientes tanto de la persona, el material como del propio profesional, no sería recomendable pasar de tres intentos ya que lo contrario eliminaría las posibilidades de éxito de otro profesional.
- Laceración de arteria o nervio adyacente a la zona venosa. Normalmente el profesional que realiza la técnica suele intuir que está ocurriendo por el gesto de dolor que muestra el individuo. En el caso de las laceraciones arteriales, se observan hematomas importantes y de rápida aparición acompañados de palpitación en la zona.
- Trombosis o embolia en punción de grandes vasos. Su incidencia no es alta puesto que no suele ser de elección la punción de grandes vasos para la extracción sanguínea venosa común.
- Desmayo o sensación de mareo. Por ello siempre se recomienda preguntar a la persona si con anterioridad ha sufrido desmayos ante cualquier tipo de punción. En caso afirmativo, se recomienda posicionarla en un lugar tranquilo y en decúbito supino. Tras la extracción se recomienda a la persona no incorporarse de forma brusca y esperar unos 2 min en la misma posición mientras se presiona la zona de punción.

OBSERVACIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA TÉCNICA

Algunas observaciones importantes que se deben tener en cuenta:

- Es posible, especialmente en el caso de niños, utilizar anestésico tópico en cura oclusiva 30-60 min antes de la punción, para disminuir el dolor. Por el riesgo de metahemoglobinemia en niños menores de 3 meses, se debe limitar el tiempo de exposición y el área a impregnar.
- No utilizar povidona yodada, como medida general, especialmente en el paciente pediátrico, por el riesgo de absorción de yodo y afectación tiroidea en recién nacidos y lactantes menores de 6 meses.
- Mantener la mayor limpieza y asepsia posible durante la extracción.
- Provocar el menor traumatismo posible en el sitio de punción.
- Cambiar de aguja en caso de fallo en la punción.
- No extraer sangre de una vena donde esté canalizado un goteo, ya que la muestra estaría diluida y no daría valores reales.
- No pinchar en zonas con infección local o hematomas.
- A ser posible no pinchar venas profundas en personas con alteraciones de la coagulación.
- La recogida de hemocultivos se realiza con técnica estéril y en diferentes zonas del cuerpo.
- No aplicar ninguna solución antiséptica sobre el tapón del hemocultivo.
- No tapar los frascos de hemocultivo con algodón o esparadrapo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 46-7. Identificación y mantenimiento correcto de la prueba y hemostasia del punto de punción.

- Presionar unos 5 min hasta hacer hemostasia en la zona de punción después de la extracción.
- Tras la extracción, vigilar inflamación, calor o sangrado en el sitio de punción.
- Tranquilizar y generar confianza en la persona para aliviar el nerviosismo.
- La presencia y el contacto físico con algún acompañante o padres en el caso de los niños puede ayudar durante el procedimiento.
- En caso de niños, inmovilizar correctamente para evitar lesiones de otras estructuras.
- Conocer los requisitos previos a la prueba (ayunas, administración de medicamentos, forma de recogida de la muestra, conservación de la misma…) y prepararlos adecuadamente.
- En ayunas, generalmente la muestra es más homogénea y ofrece valores más precisos.
- Identificación correcta de la muestra y la petición (fig. 46-7).
- Conservar la muestra de la manera apropiada si no se lleva al laboratorio antes de 5 min.

LECTURAS RECOMENDADAS

Arranz Aguilera A, et al. La recogida de muestras biológicas. En: Técnicas de enfermería clínica. Madrid: Editex; 1994. p. 13; 194-211.

Galleguillos J, Olavarría MV. Punciones de vasos sanguíneos. En: Manual de cuidados intensivos neonatales. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1987. p. 7; 74-105.

King EM, Wieck L, Dyer M. Técnicas de enfermería (manual ilustrado). 3.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1988. p. 19-27.

Medline Plus. Enciclopedia Médica: Venopunción. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. y los Institutos Nacionales de la Salud [on-line]. Actualizado el 9 de junio de 2005. [Consultado el 11 de agosto de 2005]. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003423.htm.

Paris Álvarez MB, et al. Protocolo de extracciones de muestras de sangre para determinaciones analíticas. Enfermería Científica. 1996;170-1:40-3.

Pérez Laudo JA, García Rey J. Sistema de extracción de sangre al vacío. Revista Rol de Enfermería. 1991;160:41-4.

Rushing H. Extraer muestras de sangre con tubos sellados al vacío. Revista Nursing. 2004;49.

F

47. Familia y ciclo vital 295
48. Familia y estructura 301
49. Familia: funciones 307
50. Familia y salud 311

C A P Í T U L O 4 7

Familia y ciclo vital

Luis Cibanal Juan y José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

La *familia,* como cualquier sistema vivo, presenta un proceso de desarrollo, atravesando una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios conllevan crisis, de menor y mayor intensidad, puesto que al pasar de una etapa a otra las reglas del sistema cambian. Se habla de morfogénesis para designar esta aptitud del sistema familiar de evolucionar con el tiempo. Cuando aparecen interrupciones, estancamientos o excesivas dificultades para realizar estos cambios de crecimiento y enriquecimiento familiar, el sistema familiar llega a situaciones que provocan el padecimiento de sus miembros y, tal vez, puedan aparecer o agravarse algunos síntomas graves en algunos de sus miembros.[1]

TRANSICIÓN Y CAMBIO[2]

Las familias, al igual que los individuos, normalmente no encuentran fácil negociar el cambio: la simple idea del cambio puede provocar una «crisis», con todas sus connotaciones positivas y negativas. Una crisis puede ser una oportunidad para hacer y experimentar cosas nuevas, pero como las consecuencias son desconocidas, puede, además, dar pánico a la gente. La familia tiene tendencias homeostáticas bastante fuertes, y por eso tal circunstancia se puede experimentar como un refugio y una trampa. Las transiciones son momentos de desafío y algunos miembros se pueden resistir al cambio más que otros, produciendo un desequilibrio en el sistema familiar.

La negociación exitosa de cada fase del ciclo vital es necesaria para que continúe el crecimiento de la familia. La habilidad de esta para negociar una fase de su desarrollo está guiada por su éxito o fracaso en fases precedentes. Cuando la familia es incapaz de enfrentarse a una nueva situación, existe el peligro de que alguno de sus miembros desarrolle algún síntoma como manifestación de su resistencia al cambio.

En la práctica, una buena manera de dar sentido a las quejas del paciente es indagar sobre las transiciones en las que puede estar implicada la familia en ese momento de crisis:

- El crecimiento familiar debe implicar el cambio en los acuerdos de las relaciones.
- La transición de una etapa a otra es un momento de crisis.
- El síntoma es una señal de la dificultad para superar una etapa del ciclo vital.

Si todo crecimiento implica cambio, el crecimiento familiar nos lleva necesariamente al concepto de cambio en los acuerdos de las relaciones, en las reglas con que se maneja una familia en la cotidianeidad de sus intercambios, etc.

En el proceso de desarrollo de la dinámica familiar, las situaciones inconclusas de etapas anteriores obstaculizan y afectan a la siguiente etapa y adquieren un efecto acumulativo que es peligroso si esta conducta se perpetúa y afecta en mayor o menor grado a las interrelaciones e interacciones familiares.

Es evidente que en todo proceso de crecimiento familiar, y más precisamente en el cambio de una etapa a otra, lo que debe negociarse es ese gran paquete formado por el sistema de creencias compartido y las reglas que lo mantienen, unidos ambos términos en un proceso de retroalimentación continua.

Mayoritariamente hay dos maneras de «adaptar» a una persona a su situación sin producir un cambio en el sentido del crecimiento.

La más común es la de intentar estabilizarla mediante el uso de medicamentos. Si por ejemplo, *un hijo empieza a mostrar conductas que son claros intentos de emancipación, para independizarse y desarrollar su espacio, y la familia no encaja esta etapa de liberarlo, con bastante probabilidad esta situación generará conflictos que*

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos



FIGURA 47-1. La espiral del ciclo vital de la familia.

se exteriorizarán con síntomas. Habitualmente estos síntomas o manifestaciones se tratan con medicación, no con nuevas propuestas o reglas equilibradoras para el sistema familiar, dificultando el cambio, cronificando la situación tanto para el joven como para la familia.

El otro modo «adaptativo» tradicional es la terapia individual de largo plazo, centrada en ayudar a la persona (a nivel individual), a comprender su desarrollo infantil y sus distorsiones perceptuales, más que en la realidad de su situación vital presente. Podría ser el caso de aquellas personas que, descontentas por la vida que llevan, inician una psicoterapia, y quedan estabilizadas y *estancadas* por años mediante el «análisis intensivo». En lugar de alentarlas a emprender acciones que las llevarían a una vida más rica y compleja, la terapia impide ese cambio, al imponerles la idea de que el problema está dentro de sus «psiques» y no en la situación.

ETAPAS DEL CICLO VITAL

El sistema familiar es un ser vivo que, al igual que un ser individual, puede ser susceptible de estudio desde la perspectiva de etapas o fases de evolución.

La figura que ponemos a continuación, muestra una de las maneras en que el ciclo vital de la familia se puede conceptualizar, como una espiral desplegada en la que tienen lugar al mismo tiempo unos cuantos acontecimientos simultáneos de diferentes generaciones (fig. 47-1).

Período de galanteo (adolescencia)

- Diferenciación respecto a la familia de origen.
- Desarrollo de relaciones íntimas con la pareja y en el trabajo.
- Surgen problemas si se demora este proceso en el joven.
- El adolescente enfrenta la involucración simultánea entre su familia y sus iguales.
- Los padres pueden: soltar a sus hijos o enredarlos a perpetuidad en la organización familiar.
- A veces, el joven se lanza prematuramente al matrimonio en un intento de liberarse de su red familiar.

Existe un período de la vida en la que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad, y cuanto más se demore dicho proceso en un chico, tanto más periférico llegará a ser, respecto a la red social.

El adolescente enfrenta un problema particular: su involucración simultánea con su familia y con sus pares. El modo en que debe comportarse para adaptarse a su familia tal vez impida su desarrollo normal respecto de la gente de su edad. Se trata, esencialmente, de un problema de destete, y este último no es completo hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia. Los padres humanos pueden

soltar a sus hijos, pero también enredarlos a perpetuidad en la organización familiar.

Constitución de la pareja estable

El arte del matrimonio sería: conseguir la independencia conservando la involucración emocional con la familia de origen.

- Formación del sistema marital.
- Diferenciación de cada uno respecto a la familia de origen.
- Replanteamiento de las relaciones que van a mantener con la familia extendida y la parte que cada uno va a tener con los amigos.
- La pareja, al inicio, debe elaborar multitud de acuerdos, reglas y límites. Si estas no se establecen y clarifican, puede dar lugar a muchos problemas porque cada uno puede suponer que lo que está claro para él también lo está para el otro.
- Los temas que no pueden discutirse quedan enquistados en el matrimonio.
- La nueva pareja aprende a usar tanto el poder de la fuerza como el poder de la debilidad y la enfermedad.
- La joven pareja debe establecer su territorio, con cierta independencia de la influencia parental, y a su vez los padres deben cambiar los modos de tratar a los hijos, una vez que estos se han casado.
- Deben acordar nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus pares, los aspectos prácticos de la vida en común, y las diferencias sutiles y gruesas que existen entre ellos como individuos.
- La involucración paterna en la nueva pareja es causa de desavenencias.
- Cortar, totalmente, con la familia de origen no trae buenos resultados.

La **familia equilibrada** se da cuando la pareja asume en su relación que el compromiso es de ambos, en el dar y el recibir, convencida de perpetuarla mediante un trabajo continuado para el crecimiento individual y de pareja, desde la singularidad, en donde cada uno reconoce su espacio, el de su pareja y el de ambos, con funciones y límites muy claros, compartiendo la ayuda, el respeto y la solidaridad.

Nacimiento de los hijos

El nacimiento de los hijos implica para la pareja:

- Un ajuste del sistema marital para hacer espacio a los hijos.
- Una aceptación de los roles parentales.
- Con el nacimiento de un hijo la pareja pasa de ser dos personas a configurar un triángulo; esto debe implicar un cambio en las reglas de relación.
- Existe el peligro de que los problemas que tiene la pareja intente resolverlos «a través del hijo», como si el tener un hijo fuese la solución de sus problemas.
- El período más común de crisis es cuando los hijos empiezan la escolaridad.
- Para los padres, la escolaridad del hijo es una experiencia de que terminarán dejando el hogar.
- Cuando el hijo es suficientemente grande para abandonar el hogar se suscita una crisis, porque la pareja queda frente a frente sin el recurso del hijo interpuesto entre ellos; se reactivan entonces cuestiones irresueltas desde hace muchos años, antes de que el niño naciera.
- En la etapa del cuidado de los niños pequeños se plantea un problema especial a algunas mujeres. El marido habitualmente puede participar con adultos en su mundo de trabajo y disfrutar de los niños como una dimensión adicional de su vida. La esposa que se encuentra en buena medida limitada a la conversación con niños también puede sentirse denigrada con el rótulo de ser «solamente» ama de casa y madre. El anhelo de una mayor participación en el mundo adulto para el que se preparó puede hacerla sentir insatisfecha y envidiosa de las actividades de su marido.
- Comienzan a surgir los problemas y las discusiones entre ellos respecto a la educación de los hijos. O bien que un progenitor se alíe sistemáticamente con un hijo en contra del otro progenitor.

Período intermedio

- En este período la relación matrimonial se profundiza y amplía; se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con círculos de amigos.
- Al llegar a esta etapa, la pareja ha atravesado muchos conflictos y ha elaborado modos de interacción bastante rígidos y repetitivos, que pueden provocar graves tensiones y también la ruptura de la pareja (divorcio).
- Suele ser uno de los mejores períodos de la vida. El marido tal vez esté disfrutando del éxito

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y la mujer puede compartir ese éxito por el que ambos han trabajado. Al mismo tiempo, ella está más libre porque los niños plantean menos exigencias; le es posible desarrollar su talento y continuar su propia carrera.
- Uno de los inevitables dilemas humanos es que si un hombre alcanza la mitad de la vida y ha progresado en estatus y posición se vuelve más atractivo para las mujeres jóvenes, mientras que su mujer, más dependiente de su apariencia física, se siente menos atractiva para los hombres.
- En este período se produce la emancipación de los hijos y el envejecimiento de los padres (la familia en la vida tardía).

El «destete de los padres»

- El hecho de que los hijos dejen el hogar coloca a algunos padres frente a frente sin nada que decirse ni compartir.
- Aparecen los problemas del nido vacío.
- A veces la enfermedad del hijo hace que sus padres no tengan que quedarse solos sino que sigan comunicándose «a través de los problemas del hijo».
- Es en esta etapa, y cuando el hijo logra abandonar el hogar, cuando los padres deben transitar ese cambio que se llama «convertirse en abuelos».
- Cuando el hijo mayor produce un nieto, puede liberar a alguno de los padres de su hijo menor, con el que, tal vez, estaban excesivamente involucrados.
- Deben aprender cómo llegar a ser buenos abuelos, elaborar reglas a fin de participar en la vida de sus hijos y arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar. A menudo, en este período tienen que enfrentar la pérdida de sus propios padres y el dolor consiguiente.
- Cuando la gente joven se aísla de sus padres, priva a sus hijos de los abuelos, impidiendo así la interrelación mutua entre las generaciones.

Retiro de la vida activa

Algunas veces, el retiro de la vida activa hace que se halle la pareja frente a frente, 24 h, creándose diversos problemas.

Un síntoma, en esta etapa, puede verse como la protección de un miembro sobre el otro.

Desarrollando un síntoma incapacitante, el otro miembro, al ayudar a su pareja, se siente útil; de esta manera lo desvía de la crisis que puede sobrevenir a la jubilación al sentirse retirado de una vida activa.

En resumen, en el período intermedio y tardío del ciclo vital de la familia:
- La adolescencia cambia las relaciones padres-hijos, para permitir la progresiva independencia del adolescente y sus entradas y salidas en el sistema.
- Refocalización en la vida marital madura y en los asuntos profesionales.
- Inicio de la preocupación por generaciones mayores.
- Aceptación de los padres de la separación de los hijos.
- Renegociación del sistema marital como una díada (relación de dos).
- Inclusión en las relaciones de los hijos políticos y nietos.
- Plantearse la inhabilitación o muerte de los padres.
- Aceptación del cambio de roles generacionales.
- Dar espacio en el sistema a la sabiduría y experiencia de los mayores.
- Mantener el funcionamiento e interés propio frente al desgaste físico-fisiológico y plantearse la pérdida del cónyuge.

La función utilitaria de los problemas, es decir, el ¿para qué sirve un problema? es igualmente importante en los años de la jubilación, cuando dos personas solo se tienen la una a la otra.

A modo de resumen

La tabla 47-1 describe las diferentes fases del ciclo vital familiar y las relaciona con problemas que se les presentan a los clínicos con frecuencia. La tabla subraya además las tareas específicas y los cambios que necesitan acometer las familias en cada fase específica.

A MODO DE REFLEXIÓN

Es importante decir unas palabras de precaución sobre la perspectiva del ciclo vital: puede implicar algún tipo de desarrollo «normal», y así parece condenar cualquier desviación de esa norma como patológica. Por supuesto, a diferencia del mundo de la estadística, en la vida «real» no existe algo parecido a una familia «normal». Solo un porcentaje muy pequeño de población vive ahora en la unidad familiar tradicional de dos padres y dos hijos.

TABLA 47-1. Diferentes fases del ciclo vital familiar y problemas que presentan

Fase	Tarea	Cambios familiares necesarios	Problemas comunes que se presentan
Convertirse en una pareja	El compromiso con un nuevo sistema	Ponerse de acuerdo en los roles y las metas, negociar la intimidad, reordenar las relaciones (familia extensa, amigos), establecer relaciones mutuamente satisfactorias	Problemas sexuales, infertilidad, dolores de cabeza, de espalda o del pecho
Ser padres	Integrar a un nuevo miembro	Ajustar la pareja al trío, negociar los roles parentales: ¿esposa, mujer o madre? ¿Marido o papá? Restringir la vida social, reordenar las relaciones con la generación de los abuelos	Lloros, problemas de alimentación y sueño, seudodepresión posparto, tensión marital y aventuras, abandono o abuso infantil
Crecimiento de los hijos	Crianza	Equilibrar el hogar y el mundo exterior (escuela), ensayar la separación, promover la diferenciación del subsistema de hermanos	Niños «fuera de control», enuresis, encopresis, tics, celos y peleas, problemas escolares, dolores abdominales/de cabeza, problemas de comunicación parentales
Conquistar la adolescencia	Alterar la flexibilidad de los límites	Equilibrar control frente a independencia, permitir entrar y salir de la familia, fomentar la alteridad o la experimentación	Salir hasta tarde y escaparse, violencia doméstica, rechazo a la escuela, ausencias sin permiso, trastornos alimentarios, problemas sexuales, dolores de cabeza de los padres
Ayudar a los hijos a empezar su camino	Irse/dejar ir	Los padres empiezan una «nueva» relación, llenar el «nido vacío», independencia para el que se va de casa, relación padre-hijo diferente	Conducta psicótica de una persona joven, desacuerdo marital, crisis de la mitad de la vida, relaciones inapropiadas
La familia en la vida tardía	Aceptar el cambio generacional de roles	Enfrentarse con la enfermedad y la muerte de los abuelos o padres, enfrentarse con los nietos, enfrentarse con la pérdida del trabajo y los amigos, adaptarse a la viudedad	Duelos y lutos prolongados, depresión, demencia, enfermedad física y problemas de cumplimiento

La ilegitimidad ha perdido en gran parte el estigma y muchos embarazos de jóvenes adolescentes se llevan a término, y la madre y la abuela comparten el cuidado del recién nacido. Otras estructuras familiares frecuentes son aquellas en las que una madre cuida a varios hijos, cada uno de los cuales puede tener un padre diferente y en las que no hay una figura masculina estable. De hecho, cada vez más, las familias de un solo padre parece que se están convirtiendo en la «norma».

Las presiones sociales y económicas a menudo asignan roles específicos, por ejemplo, el de la abuela que puede, incluso a una edad avanzada, estar totalmente implicada en la crianza de los niños.

Además, las variaciones culturales que reflejan el impacto de la religión y la raza pueden justificar diferencias que responden a cómo y cuándo hacen las familias la transición de una fase a otra.

La perspectiva del ciclo vital de la familia ve los problemas en relación con el funcionamiento familiar a través del tiempo. Las intervenciones terapéuticas están diseñadas para ayudar a la familia que ha descarrilado en el ciclo a restablecer su momento evolutivo y volver a su trayectoria de desarrollo.

El concepto de ciclo vital de la familia no es una entidad estadística, pero necesita reflejar los cambios sociales.

Nuevamente surgen cuestiones que tienen que ver con género, clase y raza y que han llevado a reexaminar el llamado desarrollo «normal» de las

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

familias y los prejuicios tradicionales implicados en ello. El papel cambiante de la mujer, la disminución de la natalidad y el aumento del divorcio y la proporción de segundas nupcias, el aumento de la esperanza de vida, las diferentes prácticas educativas de las familias de inmigrantes, todos estos son factores que afectan a nuestra visión de lo que constituye la vida familiar y necesitan reflejarse en nuestra práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haley H. Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu; 1973.
2. Eia Asen K, Tomson P. Intervención familiar. Barcelona: Paidós; 1997.

C A P Í T U L O 4 8

Familia y estructura

Luis Cibanal Juan y José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

Abordar al paciente desde la familia aporta una nueva perspectiva: relaciona el comportamiento disfuncional con la red de interacciones producidas en el seno familiar y la considera como una unidad biopsicoemocional, social y espiritual. Este abordaje terapéutico de la familia en su totalidad ha supuesto un paso más en la evolución de la psicopatología mental, ya que trastornos que no mejoraban mediante tratamientos individuales han podido resolverse con la aplicación de esta terapia.[1]

Cuando se transforma la estructura del grupo o familia, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. El profesional de la salud posee un tronco más amplio y una mayor flexibilidad, lo cual aumenta las posibilidades de intervención terapéutica.

Hall, Fagen, Mara Selvini, etc., coinciden en afirmar que la familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución.

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

- El *sentido de separación y de individuación* se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación. Es decir, el niño aunque forme parte de una familia, debido a su red social (colegio, amigos, etc.) se va creando su propia autonomía y, por tanto, separándose en muchos aspectos del grupo familiar.
- Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, el cuándo y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema.

Así, el sistema se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo cuanto le es posible. Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual.

Se autorregula con la compensación de los fenómenos contrarios: homeostasis y cambio. Quiere esto decir que las realimentaciones pueden ser negativas o positivas. Las primeras anulan o atenúan el impulso al cambio, favoreciendo la **homeostasis.** Las segundas amplían y refuerzan los estímulos para cambiar, favoreciendo el crecimiento y la transformación (**morfogénesis**).

CONCEPTO DE ESTRUCTURA FAMILIAR

El concepto de *estructura* describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. O dicho de otro modo, el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros cómo deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al «estrés» de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

El profesional, al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites, es decir, que la familia es una estructura que para que pueda mantenerse como tal tiene que tener unos límites, unas reglas, etc. Asimismo, también señala las pautas transaccionales, es decir, las relaciones profundas que deben existir en el interior de la estructura familiar.

Alianzas y coaliciones

Por **alianza** se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas. La alianza supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie. Por ejemplo, el padre y la madre se unen para hablar de cómo educar a sus hijos.

La **coalición,** en cambio, es la unión de dos miembros contra un tercero.

Subsistemas y clases de límites

Subsistemas

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus «subsistemas». Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas, en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Suprasistema

Engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto. El sistema familiar que hemos descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información.

El suprasistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones de todo tipo, etc. Las informaciones que produce enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

Límites: rígido, difuso y claro

Clases de límites

Los «límites» de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

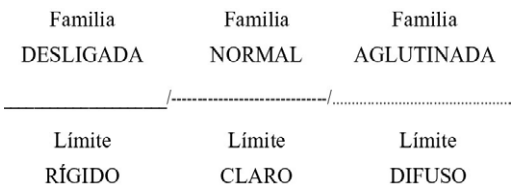
Gráficamente, los tres tipos de límites, se representan de la siguiente manera:

---------- límite CLARO: límite claramente definido

..... límite DIFUSO: límite permeable

_____ límite RÍGIDO: límite no permeable

La familia con límites difusos recibe el nombre de «familia aglutinada»; la familia con predominio de límites rígidos se llamará «familia desligada».



Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el estrés individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar de forma autónoma, pero poseen un desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia, y de requerir ayuda mutua cuando

la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El estrés que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos.

Reglas familiares

El concepto más simple y claro que puede darse de las «reglas» es que son «acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable».

Secretos familiares

Muchas enfermeras han tenido alguna vez la experiencia de que algún paciente le haya confiado algún secreto real o aparente.

La mayoría de las familias pueden afirmar que tienen algún secreto (grande o pequeño). La función de los secretos es múltiple: por encima de todo parecen existir para «proteger» a alguien de ciertos hechos, con el miedo de que si esa persona lo descubriera podría causarle algún daño o podría haber una crisis general. Dichos secretos pueden tener que ver con acontecimientos del pasado o del presente: alcoholismo, abuso sexual, ilegitimidad, relaciones extramatrimoniales, enfermedades, muertes de recién nacidos, abortos provocados, suicidios, etc.

Lo curioso de los secretos familiares es que normalmente son más o menos conocidos por todos los miembros de la familia, pero como nadie habla de ellos, todos asumen que nadie lo sabe.

Los secretos tienen funciones, lo que quiere decir que están ahí por algunas razones. Estas razones han de respetarse y entenderse antes de poder cuestionar la existencia real de un secreto específico.

Mito familiar

El concepto de *mito familiar* ha sido desarrollado fundamentalmente por Ferreira. Por mito familiar se entiende «un número de creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación». Estos mitos familiares contienen muchas de las reglas secretas de la relación; reglas que se mantienen ocultas, sumergidas en la trivialidad de los clichés y las rutinas del hogar.

Aunque para un observador puedan parecer evidentes falacias de la realidad familiar, estas creencias organizadas en cuyo nombre la familia inicia, mantiene y justifica muchas pautas interaccionales son compartidas y apoyadas por todos los miembros como si se tratara de verdades a ultranza más allá de todo desafío o investigación.

El mito da a cada miembro un rol que es aceptado por todos y cuyo desafío se convierte en verdadero «tabú».

El mito prescribe atributos a cada uno de los miembros de la familia. Así, por ejemplo, en una familia, el marido debe llevar a la esposa en auto dondequiera que ella necesite ir (a menudo en detrimento de las actividades comerciales del marido), porque ella no sabe y tampoco se interesa en aprender a conducir. Aunque esta pauta se ha mantenido desde que se casaron hace 15 años, la esposa explica esto en términos de que «es torpe para la mecánica», un juicio que su marido apoya y corrobora.

En términos de la relación, los mitos familiares tienen un valor económico muy preciso. En su manifestación implícita, son verdaderos programas de acción que ahorran cualquier pensamiento o elaboración posterior.

Los mitos no son, por supuesto, una exclusividad de las familias patológicas. Probablemente estén presentes en todas las familias y pareciera ser que, aún en la relación familiar más sana, es necesaria una cierta dosis de mitología para mantener una serena operatividad. Sin embargo, parece ser que los mitos son más obvios e inalterables y tal vez más abundantes y profundos en las relaciones patológicas. Un ejemplo de mito en familias normales podría ser «el padre toma siempre sabias decisiones», los miembros de la familia tratan de mantener siempre este mito.

Función protectora del síntoma

Si un niño presenta una conducta problemática, queda singularizado dentro de la familia como una fuente especial de preocupación para los padres, que se ven envueltos en una lucha para modificarlo. El niño puede tener un síntoma cualquiera dentro de una amplia variedad (terrores nocturnos, dolores de cabeza, piromanía, enuresis), pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en el intento de ayudarlo y cambiar su comportamiento.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Un progenitor puede tener problemas en su trabajo, roces con sus parientes o enfrentar una amenaza de separación de su cónyuge, pero la pareja dejará de lado sus propios problemas, al menos temporalmente, para asistir a su hijo o controlarlo. Procurarán superar sus propias fallas y mantenerse unidos con el objeto de ayudar al chico. En tal sentido, la conducta perturbada de este último es beneficiosa para los padres, ya que les da un respiro en sus tribulaciones y una razón para vencer sus dificultades.

Lealtad familiar: delegación

El concepto de *lealtad* es un tema central en la obra de Boszormenyi-Nagy. Este autor ha desarrollado la «terapia contextual», modalidad no directiva que, propiciando la comprensión y confianza mutuas, favorece el diálogo entre los miembros de la familia y, por consiguiente, el cambio. Su tesis central es que las perturbaciones de los individuos y las familias son la manifestación y consecuencia de un desequilibrio entre el dar y el tomar de ahí, el objetivo de equilibrar el «registro de méritos», tema que consideraremos en el apartado siguiente.

La **lealtad** es un sentimiento de solidaridad y compromiso que unifica las necesidades y expectativas de una unidad social, «la familia», y los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada miembro.

Se considera que el individuo está inserto en una red de lealtades multipersonal. Dentro del contexto de esta red estructurada, se exige que cada persona cumpla las expectativas y obligaciones del grupo.

Los síntomas de un individuo son la expresión de su lealtad hacia la familia y, por consiguiente, debe evaluarse como un aporte positivo. Por ejemplo, un hijo en el que se han puesto grandes expectativas, ya sea en estudios, negocios, etc.; como el hijo no puede responder a tales expectativas, la enfermedad, ya sea física, psicosomática, mental, etc., le libera de ser fiel a esta carga impuesta por los padres.

La lealtad es la clave para comprender la **delegación** y los consiguientes descarrilamientos.

La persona a quien se delega algo es enviada, pero a la vez está ligada a la familia por la larga cuerda de la lealtad. Las personas delegadas prueban su lealtad cumpliendo conscientemente la misión que les han encomendado, y la realización de la misión asignada origina sentimientos de autoestima.

Las «misiones encomendadas a los hijos» pueden satisfacer diversas necesidades de los padres. Puede ser que «se envíe» al hijo adolescente delegado a tener aventuras de diversa índole, generalmente para vivir una época de frenesí que, por diversos motivos, los padres no fueron capaces de vivir. O, tal vez, el hijo delegado ayuda a sus padres a superar aspectos prácticos de la vida, les brinda apoyo, libra sus batallas y busca información para ellos. También es posible que las personas delegadas sean puestas al servicio del autoideal de los padres, y así deberán llegar a ser famosos atletas, científicos, artistas, etc. que los padres no llegaron a ser. En otros casos, el hijo delegado debe incorporar en su personalidad los aspectos negados y rechazados de la personalidad de los padres para que estos puedan tener esos aspectos rechazados a una distancia segura pero observable.

El conocimiento de los procesos de delegación permite entender por qué un delegado obediente y tratable se convierte de pronto en un sintomático obstinado y desafiante. El sintomático (p. ej., una niña con anorexia nerviosa) ha descubierto que el «supercumplimiento» de su tarea es un arma, un medio para castigar a los delegantes; si esa conducta no merece aprobación, por lo menos suscita una atención e interés constantes. Ahora bien, es importante comprender que los procesos de delegación no se producen en una cadena «lineal» del delegante al delegado sino que, en cambio se despliegan de manera circular. Por ejemplo, los padres quieren que su hija sea perfecta, pero esta, al no poder cumplir su exigencia, manifiesta un comportamiento anoréxico. Decimos que es una comunicación circular porque de alguna manera los padres centrados en la hija apartan los problemas que tienen como pareja o familia, y la hija con su anorexia trata de mostrar a los padres que existe un problema familiar o parental.

Esta característica significa que el delegado suele beneficiarse con el rol central que ocupa en la familia, lo cual hace comprensible que haya resistencias para abandonar ese rol.

No obstante, la delegación en sí misma no es necesariamente patológica. La delegación se vuelve problemática cuando las exigencias no son adecuadas a la edad del niño.

Registro de méritos[2]

Boszormenyi-Nagy acuñó la expresión «registro de méritos» en un intento por expresar metafóricamente la importancia del deseo humano de justicia. No importa cuándo ocurrió una injusticia, siempre, en algún punto futuro habrá un paso tendente a la retribución, aunque no necesariamente por el deudor original. Por otro lado, si un miembro de la familia sacrifica intereses y posibilidades personales por otro o por el bien de la familia, se siente con derecho a ser retribuido por ese sacrificio y esperará que se le reconozca.

Si esa deuda no es pagada por la generación beneficiaria, a menudo se requiere que la generación siguiente «cancele la deuda».

Los problemas, en opinión de Boszormenyi-Nagy (1983) surgen cuando esta justicia es demasiado lenta o insuficiente, y entonces ocurre lo que él llama la «cadena de las retribuciones desplazadas». Un síntoma puede ser la señal de que hay una excesiva acumulación de injusticias.

Así, por ejemplo, nos podemos encontrar con una madre que, angustiada al sentirse rechazada por su propia madre, busca compensación ofreciendo una «devoción total» a una hija suya. A esta hija, según el registro de méritos, se le pide restablecer la justicia familiar, dando a la madre lo que su propia madre no le dio.

En otro ejemplo podemos ver cómo el sacrificio de un hijo que está simbióticamente apegado a su madre, la cual, a su vez, estuvo privada afectivamente, es una manera de saldar esa vieja cuenta.

Parentalización

La *parentalización* es la asignación del rol parental a uno o más hijos de un sistema familiar o la asunción de ese rol por parte del hijo. Por ejemplo, el padre, por motivos de enfermedad, no puede asumir su papel de padre y lo asume el hijo mayor.

En las familias con hijos parentalizados, se puede suponer que las necesidades de los padres no fueron satisfechas por sus propios progenitores y que el deseo de verlas realizadas se transfiere a los propios hijos. La parentalización es así una modalidad de «delegación». En cierto sentido, los hijos asumen el rol de los abuelos.

En el transcurso del «ciclo de vida familiar», el grado de disfunción de la parentalización debe ponderarse con sumo cuidado. Mientras que la parentalización de un hijo muy pequeño constituye normalmente una excepción, la parentalización en etapas posteriores de la vida llega a ser legítima a medida que los padres envejecen y necesitan más cuidados, y el hijo adulto es colocado necesariamente en la posición de asumir un rol semiparental.

Triangulación

La *triangulación* se refiere a la expansión de una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero (p. ej., un hijo), lo cual da como resultado el «encubrimiento» o la «desactivación» del conflicto.

El perdedor en un conflicto puede compensar su frustración estableciendo un lazo abierto o encubierto con un tercero, restaurando así el equilibrio de la relación diádica. Asimismo, se puede evitar el conflicto si el tercero, por lo general un hijo, proporciona un problema, convirtiéndose en «chivo expiatorio», o se le encomienda que genere una conducta problemática («delegación»).

La metáfora del «chivo expiatorio» se refiere a una situación en la cual los padres tratan de resolver un conflicto existente entre ellos buscando o exagerando problemas en otro miembro de la familia. Por lo general, la persona «designada» para servir de chivo expiatorio es un hijo.

El «triángulo perverso», término introducido por Haley, se refiere a la estructura patológica que adopta una relación entre tres personas, en la cual dos de ellas con diferentes niveles jerárquicos constituyen una coalición contra la tercera. Esta alianza adopta normalmente la forma de una transgresión de las fronteras generacionales, en la que uno de los padres se une a un hijo formando una coalición contra el otro.

El juego en la familia[3]

En las familias se utilizan diferentes reglas del juego, para buscar cierto equilibrio homeostático, casi siempre como estrategia no pactada, a modo de ritual, y son formas de comunicación poco claras y difusas. Sirva como ejemplo la utilización de los secretos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

LECTURA RECOMENDADA

Cibanal L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. Alicante: Club Universitario; 2005.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos JA. Manual de orientación y terapia familiar. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre; 1994.
2. Madanes C. Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu; 1984.
3. Garberí R, Compañ E. Evolución, sistemas y terapia familiar. Alicante: Servicios Psiquiátricos Provinciales-Diputación de Alicante; 1990.

C A P Í T U L O 4 9

Familia: funciones

Luis Cibanal Juan y José Ramón Martínez Riera

FUNCIONES O TAREAS DEL DESARROLLO DE LA FAMILIA[1]

La familia como grupo social debe cumplir tres funciones básicas que son: biológica, económica y educativa-cultural y espiritual. Es precisamente este uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales o de los valores de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Entendemos por concepto de función familiar las tareas y actividades que deben realizar:

- Todos los miembros que la componen.
- Según la posición que ocupan.
- Según el papel que desempeñan, con el fin de alcanzar los objetivos psicoemocionales, culturales, económicos y educativos que les caracterizan como grupo.

Funciones generales

1. Mantenimiento físico o función económica.
2. Distribución de los recursos físicos y emotivos.
3. División del trabajo.
4. Socialización de los miembros de la familia o función socializadora:
   a. Transfiere creencias, valores, conocimientos y habilidades.
   b. Define estilos de vida de acuerdo con su contexto social.
5. Sexual:
   a. Evolución desde la satisfacción socialmente ordenada de un instinto biológico a la visión relacionada con la estabilidad emocional y reciprocidad personal.
6. Reproducción, recogimiento y partida de los miembros:
   a. Ligada a la responsabilidad paterna y a la función socializadora.
7. Mantenimiento del orden.
8. Integración de los miembros en una sociedad más amplia.
9. Mantenimiento de la motivación y de la moral.

Funciones básicas

Entre las funciones principales y **fundamentales** tendríamos dos principales y muy básicas: 1) **la función estructural,** y 2) **la función relacional.** Si alguna de estas (o las dos) no funciona bien, la familia deviene disfuncional, con las graves consecuencias que esto puede tener para sus miembros.

Función estructural

Comprende todo lo relacionado con las reglas, los límites, las normas, los valores, etc. Recordemos que esta función estructural es vital, pues de lo contrario la familia no tiene límites y se desintegra.

La familia como estructura tiende a responder de forma repetitiva y predecible ante los mismos estímulos, con un mecanismo regulador interno constituido por un entramado de reglas, normas y valores sociales.

Reglas y normas: cada familia tiene sus propias reglas no escritas, pero claramente establecidas, que solo ellos reconocen e identifican. Estas normas facilitan la relación, identifican los papeles y afectan a la autoridad.

- **Reglas:** son el marco para cada una de las acciones de los miembros de la familia; pueden no ser percibidas como reglas por los componentes del grupo, pero son observables y, de hecho, son objeto de modificación en las terapias familiares.
  - **Reglas implícitas:** son aceptadas sin haber sido discutidas:
    - Componente constitutivo (posición de los miembros en los momentos de crisis).
    - Componente regulativo (pautas de comportamiento en momentos de crisis).

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

  - **Reglas explícitas:** son acuerdos o imposiciones negociadas conscientemente. Las reglas protegen la homeostasis del sistema familiar y al individuo de las adversidades del entorno.
  - **Reglas secretas:** son modos de obrar con los que un miembro bloquea las acciones de otro miembro. Por ejemplo, una conducta de autonomía de la hija seguida de una queja somática de la madre, y esto lleva a una mayor presencia del padre en casa.
- **Normas:** son un conjunto de reglas más amplio a las que se enfrentan las reglas familiares. Constituyen el marco de referencia externo del sistema familiar. Cualquier variación en las normas implica una modificación de las reglas.
- **Valores sociales:** son conceptos abstractos, no contienen pautas de conducta ni penalizaciones, se expresan en términos universales y son elegidos como forma de vida por los grupos sociales.

El sistema de reglas, normas y valores en las que se mueve el grupo familiar nos permite predecir posibles conflictos en las etapas de crisis. El sistema familiar debe ser capaz de adaptarse a los cambios: la familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia debe tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, es decir, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento, la capacidad de adaptación, es uno de los más importantes, no solo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente dos tipos de tareas: 1) las tareas de desarrollo (relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse, lo que se denomina «ciclo vital»), y 2) las tareas de enfrentamiento (las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas).[2]

Función relacional

Comprende todo lo relacionado con una buena comunicación: recordemos que una buena comunicación está basada en la que el **emisor** emita claramente: el contenido, el sentimiento, lo que pide (para que no se juegue a adivinar o interpretar) y la relación; es decir, que se tenga en cuenta decirlo de forma respetuosa y delicada y, por otra parte, que el **receptor** practique la escucha activa, es decir, realice continuamente el *feedback,* se muestre empático y se centre en el otro cuando le habla, practicando el método de resolución de problemas (problema, causa, actividad).

Ejemplo:

> *Me dices que has tenido un problema con tu padre* (feedback y **manifestación del problema**); *me imagino que esto, por el tono en el que me lo dices te preocupa* (empatía). *¿Quieres decirme a qué crees que se debe?* (**problema**), *¿qué crees te ayudaría? o ¿en qué medida yo puedo hacer algo?* (**actividad**).

En definitiva, es necesario que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. Una comunicación en la que no haya dobles mensajes o mensajes incongruentes, es decir, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Otras funciones

1. *Afectividad:* es la relación existente de cariño y amor entre los miembros de la familia, a partir de la cual se trasmite parte del apoyo en los momentos de crisis.
2. *Apoyo:* puede ser afectiva, económica o financiera, permite abordar los momentos de crisis individuales o familiares. Estos recursos se organizan y se distribuyen entre los distintos miembros de la familia en función del lugar que ocupan. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia al grupo.
3. *Adaptabilidad:* permite adaptarse a los cambios que se producen en el seno de la familia originados por el ciclo vital familiar y las situaciones adversas.
4. *Autonomía:* la familia establece el nivel de autonomía de cada miembro, esto le permite mantener la integridad de los miembros en un equilibrio entre lo permitido y lo prohibido, lo aceptado y lo rechazado, entre la dependencia y la independencia.

5. *Autoestima.*[3] *Favorecer y crear una buena autoestima es la piedra angular de la familia:* en efecto, el niño que llega al mundo no tiene pasado, no sabe cómo conducirse, no cuenta con una escala para juzgar su valor. El bebé depende por completo de las experiencias de otras personas, así como de sus mensajes sobre el valor que tiene como individuo. Durante los primeros 5 o 6 años, la autoestima del niño quedará conformada casi exclusivamente por su familia. Una vez que inicie sus estudios escolares, recibirá otras influencias; empero, la familia conserva su principal importancia.

Cada palabra, expresión facial o acto de un progenitor envía al niño un mensaje de autoestima. Es deprimente que muchos padres no se percaten de los mensajes que envían a sus hijos y unos a otros.

Autoestima es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad. Cualquier persona que reciba amor estará abierta al cambio. La integridad, sinceridad, responsabilidad, compasión, amor y competencia surgen con facilidad en aquellos que tienen una autoestima elevada. Si respetamos nuestra valía, podremos percibir y respetar el valor de los demás; irradiamos confianza y esperanza. Tendremos fe en nuestra competencia, sabremos pedir ayuda a los demás cuando la necesitamos, a la vez que conservamos la confianza de que podemos tomar nuestras propias decisiones y, a la larga, contamos solo con nuestras capacidades.

Cuando la gente siente que vale poco, espera el engaño, el maltrato y desprecio de los demás; esto abre la posibilidad de convertirse en víctima. Cuando alguien espera lo peor, baja la guardia y permite que lo peor suceda. Para defenderse tendrá que ocultarse detrás de un muro de desconfianza y hundirse en la terrible sensación de soledad y aislamiento. De esta manera, al verse separado de los demás, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. Para estas personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y, por tanto, tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de los otros.

Los sentimientos de valía solo pueden florecer en un ambiente en el que puedan apreciarse las diferencias individuales, donde el amor se manifieste abiertamente, los errores sirvan de aprendizaje, la comunicación sea abierta, clara y transparente, las normas flexibles y adaptadas a las situaciones, y la responsabilidad (comparginar las promesas con el cumplimiento) sea modelada y practicada con sinceridad. No es accidental que los hijos de familias que practican todo lo anterior se sientan bien consigo mismos y, en consecuencia, sean individuos amorosos, saludables y competentes.

Por el contrario, los hijos de familias conflictivas a menudo tienen sentimientos de inutilidad, crecen como pueden con una comunicación «destructiva», reglas inflexibles, críticas por sus diferencias, castigos por los errores y sin experiencia alguna en el aprendizaje de la responsabilidad. Estos niños tienen el peligro de desarrollar conductas destructivas contra sí mismos y contra los demás. Gran parte del potencial individual se entorpece cuando sucede esto.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

De manera general, se pueden reconocer como indicadores para medir el funcionamiento familiar los siguientes:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones: económica, biológica y cultural-espiritual.
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de estos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
- Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, es decir, que los miembros se complementen recíprocamente

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en el cumplimiento de las funciones asignadas y estas no se vean de manera rígida.
- La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía (p. ej., la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

RESUMEN

La familia como grupo social debe cumplir tres funciones básicas: económica, biológica y educativa, cultural y espiritual, y es precisamente este uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson et Kneisl. Soins Infirmiers Psychiatriques. Montreal: Renouveau Pédagogique; 1982.
2. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax; 1991.
3. Herrera Santí PM La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(6):591-5.

LECTURA RECOMENDADA

Cibanal L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. Alicante: Club Universitario; 2005.

C A P Í T U L O 5 0

Familia y salud

Luis Cibanal Juan y José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

Con el fin de partir de una misma concepción de la familia, la definimos según Ackermans[1] como «la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud». Minuchin[2] la define como «el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares».

David Olson y Jhon Defrain, describen la familia como «dos o más personas que están comprometidas entre sí y que comparten intimidad, los recursos, las responsabilidades de la toma de decisiones y los valores».[3]

Nosotros damos una definición amplia, la cual creemos que es válida para todo tipo de familias: la familia es un sistema que se compone de una parte estructural (individuos, límites, reglas, reservas materiales y afectivas, etc.) y otra parte funcional (la comunicación —comprensión y manifestación de los sentimientos y necesidades físico-emocionales— y las relaciones de afecto, intimidad, confianza, autonomía, los aspectos emocionales entre los individuos que conviven juntos, etc.).

El interés de las ciencias de la salud y, en concreto, de la enfermería por el estudio sistemático y científico de la familia se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos, sociales y espirituales o de valores, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de decir, es una realidad que hoy nadie cuestiona que la familia es un sistema y que todo lo que haga o no haga cada individuo de la familia repercute, para bien o para mal, en los otros miembros de la misma. Las diversas escuelas de terapia familiar han mostrado ampliamente cómo la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad. Es por esta razón que las ciencias de la salud y, en concreto, la enfermería vean la necesidad de incluirla en sus estudios y sobre todo en su práctica. De ahí que el personal de salud, en general, y el profesional de enfermería, en particular, vayan comprendiendo la necesidad de modificar el modelo de atención basado en el enfoque biológico por otro tipo de modelo más integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial y espiritual o de valores.

El ser humano comienza sus primeras relaciones con sus semejantes, generalmente, dentro de una familia. Podemos decir que su socialización está influenciada por los acontecimientos que se producen dentro de la familia. Es la familia la que crea y re-crea a la persona en su desarrollo biopsicoemocional, social y espiritual.

Constatamos que la enfermera está en continuo contacto con las familias de los pacientes: en la sala de urgencias, en los cuidados intensivos, en las unidades hospitalarias, en los cuidados que imparte en salud comunitaria, etc.; sin embargo, observamos que la mayoría de las veces los cuidados se centran solo en el paciente, obviando a la familia y, por tanto, olvidando o no reconociendo la importancia que tiene tanto en la salud como en la enfermedad el que somos parte de un sistema familiar.

Por otra parte, la enfermera debe tener muy claro y comprender que no puede dar verdaderos cuidados si no tiene en cuenta que el individuo-paciente es parte de un sistema, el sistema familiar, y que tanto la salud como la enfermedad de

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

cada uno de los miembros repercute en el sistema familiar.

El enfoque familiar se basa en las ideas desarrolladas en el campo de la sistémica y terapia familiar a lo largo de las últimas décadas. Implicar a toda la familia en el tratamiento es una idea obvia, aunque para algunos todavía demasiado nueva y, por tanto, no integrada.

Considerar los síntomas físicos o emocionales en su contexto tiene pleno sentido cuando se recuerda que la mayoría de la gente está implicada en las relaciones. A su vez, la enfermedad puede afectar a las relaciones o incluso estar provocada por las respuestas de los familiares.

Cuando la gente no puede resolver ciertos asuntos familiares y cuando los síntomas tienen el riesgo de volverse crónicos, puede ser particularmente útil usar un enfoque sistémico-familiar.

Se ha comprobado cómo el enfoque sistémico-familiar, si bien se puede utilizar en cualquier consulta con pacientes, es particularmente beneficio en situaciones como: pacientes con una fijación somática, usuarios que utilizan de forma excesiva los servicios de atención primaria, pacientes con problemas emocionales, niños problemáticos, familias en crisis, problemas relacionados con adicciones, problemas de anorexia y bulimia, problemas de enfermedad mental, problemas relacionados con el cumplimiento médico, etc.

FAMILIA: SEDE DE LA SALUD O LA ENFERMEDAD

En efecto, es en la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas.

SALUD Y ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

Es un hecho que la familia influye en nuestro estado de salud y de enfermedad; las relaciones familiares pueden afectar muchísimo los ámbitos de la salud, el bienestar físico y psicoemocional, la recuperación después de una enfermedad física o mental, el cumplimiento terapéutico e incluso la longevidad.

Sabemos que para la mayoría de la gente, la familia es a la vez la mayor fuente de equilibrio emocional y de apoyo social, pero también de estrés personal. La familia afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la familia.

Se constata cómo las familias infelices son las más propensas a contraer enfermedades físicas o psíquicas.

Durante mucho tiempo, e incluso aún actualmente, dentro de la enfermería el modelo que ha dominado y sigue dominando ha sido y es el modelo biomédico, centrado en el individuo, olvidando que muchas de las enfermedades que llamamos crónicas o incluso psicosomáticas, o los incumplimientos de las prescripciones médicas, están condicionadas por la familia. De ahí que se haga necesaria la urgencia de implicar a la familia y abordar al individuo de forma sistémica.

Las enfermeras de atención primaria están demasiado familiarizadas con pacientes que no parecen tener nada, pero cuyos síntomas tienden a emerger en sus cuerpos como consecuencia de problemas internos. Ya Freud nos decía que cuando las personas no pueden expresar o comunicar sus sentimientos con palabras se expresan con síntomas. Por tanto, muchas enfermedades son la manifestación de una falta de comunicación o de sana relación.

El enfoque familiar va más allá del enfoque biomédico; los problemas no se ven como si residieran simplemente dentro de una persona, sino como conectados con los otros miembros del sistema familiar. Los síntomas y problemas los puede desencadenar o mantener el cónyuge u otro miembro de la familia y, de esta manera, formar parte de la enfermedad familiar, como una forma de mantener unida a la familia, o como una forma de reclamar la atención de los miembros de la misma. Por tanto, acontece en muchas familias que la enfermedad se convierte en una necesidad homeostática, cuya finalidad es mantener unida a la familia, aunque sea mediante la enfermedad de uno de sus miembros. Lógicamente son familias patológicas que no permiten el crecimiento y la morfogénesis de sus miembros.

A menudo, los miembros de la familia no son conscientes de cómo están implicados en esta

dinámica de la enfermedad de uno de sus miembros. Pero es más triste aún, el que las enfermeras no sean conscientes de esta interacción mutua del individuo en la familia y de esta en el individuo. Así, por ejemplo, observamos cómo la anorexia de una hija perdurará mientras los padres sigan con sus discusiones, peleas, amenazas de separación o divorcio. ¿Qué marido no decae físicamente cuando observa que su mujer está deprimida? ¿Cuántas veces no hemos observado que los dolores de cabeza del niño mejoran y desaparecen en la medida que los padres le prestan atención y se preocupan de él?

Sin duda, ninguna de estas manifestaciones sobre utilizar la enfermedad como una forma de comunicar se hace deliberadamente por los individuos, las parejas o las familias; pero el enfoque familiar llama la atención sobre dichas rutinas bien o mal repetidas. De esta manera los problemas y las enfermedades de larga duración se pueden y deben considerar de forma sistémica familiar si realmente queremos que desaparezcan y no se vuelvan crónicos.

Asimismo, es también una evidencia de cómo las principales vías por las que las relaciones familiares y sociales pueden influir en la salud son las vías biológicas directas (p. ej., enfermedades infecciosas, entornos tóxicos y genes compartidos), las vías relacionales o socioemocionales (p. ej., las conductas relacionadas con el estilo de vida) y las vías psicofisiológicas y emocionales (la cognición y las emociones que se traducen en respuestas fisiológicas, las relaciones de afecto, cariño, indiferencia, agresividad, etc.). Veamos algunos ejemplos específicos sobre la relación existente entre familia y salud, o familia y enfermedad:

- Las familias tienden a compartir las mismas conductas protectoras o de riesgo relacionadas con el estilo de vida en ámbitos como la alimentación, el ejercicio, los conflictos, las reacciones al estrés, el favorecer la autoestima, el apoyo físico y emocional entre sus miembros, etc.
- De todos los tipos de apoyo proporcionados por las familias, sabemos que el apoyo emocional (la empatía, la comprensión, la autenticidad, el sentirse escuchado, la sensación de pertenencia, etc.) es el factor que más influye en los resultados de salud.
- En las estadísticas relacionadas con la salud mental, se observa cómo las personas casadas o que viven en pareja y mantienen una buena relación de afecto, suelen tener una mejor salud física y emocional o mental.
- Asimismo, también se han establecido vínculos sistemáticos entre el control de las enfermedades y los procesos familiares, como la intimidad y la conexión familiar, las estrategias de afrontamiento de los cuidadores y una organización familiar clara.
- Los niños que viven en familias con hábitos de vida poco sanos, como por ejemplo familias que fuman, tienen unas tasas más altas de rinofaringitis, infecciones de oído y asma, y los adultos que viven con personas que fuman tienen unas tasas más altas de cáncer de pulmón.
- Por otra parte, están las enfermedades genéticas, así como el riesgo hereditario que existe en arteriopatías coronarias, asma, cáncer, etc., que se correlaciona con las influencias familiares.

Durante la prestación de cuidados físicos, emocionales, relacionales y espirituales, las familias pueden ejercer una gran influencia en los hábitos, las creencias, las actitudes, las conductas y los conocimientos de los pacientes. Por lo tanto, la familia proporciona uno de los mejores recursos para la prevención de la enfermedad física y mental, así como para la intervención y el tratamiento. Estamos convencidos de que pasar por alto el contexto familiar equivale a proporcionar una atención sanitaria muy por debajo del nivel adecuado, ya no digo óptimo. Por tanto, es una exigencia para la enfermera tener en cuenta la evaluación de la dinámica y las influencias familiares de un paciente, pues esta puede ofrecer pistas fundamentales para comprender y desarrollar estrategias de afrontamiento eficaz, que como bien sabemos implicarán un enfoque holístico.

Por tanto, si casi todos tenemos una familia de origen (biológica o no) y esta familia inicial contribuye a la salud del individuo genética y emocionalmente, si esto es así, ¿por qué no usar a la familia como recurso para ayudar al paciente que vemos en las casas, en las consultas o en los hospitales?

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS SALUDABLES

Observamos cómo en las familias sanas los miembros se comprenden, valoran, aman y desarrollan sus cuerpos; se muestran sinceros y honestos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

consigo mismos y con los demás; son amorosos, empáticos bondadosos con ellos mismos y con los que les rodean. Vemos que son personas creativas, dispuestas a correr riesgos, a implicarse en la ayuda hacia los otros. En resumen, tendremos seres humanos física y emocionalmente sanos, de mente abierta, con sentimientos amorosos, alegres, auténticos, creativos, productivos y responsables. Personas que pueden valerse por sí mismas, amar con profundidad y luchar justa y eficazmente. En definitiva, son familias donde se da, por una parte, la morfogénesis que permite la sana evolución sin miedo a los cambios y, por otra, la homeostasis no como patológica, sino como momentos de reflexión y consolidación de lo adquirido.

Virginia Satir[4] en su libro *Nuevas relaciones en el núcleo familiar* ha observado cuatro aspectos de la vida en familia que permiten una buena salud física y mental de sus miembros:

1. Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo, a los que llama *autoestima.*
2. Los métodos que utilizan las personas para expresar sus ideas a los demás; a esto lo llama *comunicación.*
3. Las *reglas* que usan los individuos para normar cómo deben sentir y actuar, y que después se convierten en lo que denomina como *sistema familiar.*
4. La manera como la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia, y que denomina *enlace con la sociedad.*

Ella misma continúa diciéndonos: «Sin importar cuál fuera el problema original que condujo a la familia a mi consultorio —la infidelidad de una esposa o la depresión del marido, una hija delincuente o un hijo esquizofrénico—, muy pronto me di cuenta de que la receta era la misma, para aliviar el dolor familiar, era necesario encontrar alguna forma de cambiar estos cuatro factores clave. También noté que en todas las familias con problemas:

- La autoestima estaba disminuida.
- La comunicación era indirecta, vaga y poco sincera.
- Las reglas eran rígidas, inhumanas, fijas e inmutables.
- El enlace de la familia con la sociedad era temeroso, aplacador e inculpador».

Las relaciones afectivas y emocionales son los eslabones vivos que unen a los miembros de una familia; al explorar distintas partes de estas relaciones podrán alcanzar un mayor entendimiento del sistema en el que viven hoy, y despertarán en los otros una nueva vitalidad y alegría de trabajar en equipo. Hay mayores posibilidades de tener familias saludables si estas viven bajo el mismo techo, pues tienen más oportunidades de establecer una comunicación-relación sana que favorezca el crecimiento de cada uno de los miembros.

Seis características ponen algunos autores[5] como cualidades de familias sanas:

1. Compromiso, que implica el valor y la dedicación que se dan los familiares entre sí.
2. Agradecimiento y afecto, que se expresan y se sienten con frecuencia.
3. Comunicación positiva y buenas aptitudes para comunicarse.
4. Participación en las actividades familiares.
5. Bienestar espiritual, que proporciona significado, determinación y una sensación de un bien mayor en la vida (esto implica la vivencia de valores, incluido el religioso).
6. La capacidad de hacer frente al estrés y las crisis.

Los esquemas familiares sanos hacen hincapié en cosas como el «nosotros» colectivo más que en el «yo», muestran una buena disposición a aceptar soluciones imperfectas para las exigencias de la vida y suelen confiar en la capacidad de superar circunstancias difíciles como familia.

A modo de resumen, ponemos aquí las principales características que nos parecen importantes en una familia saludable:

1. Vinculación y compromiso de los familiares como una unidad de relaciones de afecto y de apoyo mutuo.
2. Respeto y fomento de las diferencias personales, la autonomía y las necesidades de cada uno, fomentando el desarrollo y el bienestar de los miembros de cada generación, desde el más joven hasta el mayor.
3. En las parejas debe haber una relación caracterizada por el afecto, el respeto mutuo, el apoyo y el reparto equitativo del poder y las responsabilidades.
4. Para la crianza, la protección y la socialización de los hijos y el cuidado de otros familiares vulnerables, un liderazgo y una autoridad de los padres hacia los hijos que les permitan a estos conocer y respetar ciertos límites sin los cuales se desestructurarían.

5. Mantener una estabilidad emocional y organizativa, caracterizada por la claridad, la coherencia entre lo que piensan, sienten, dicen y hacen, así como la previsibilidad de los patrones de interacción.
6. Adaptabilidad y flexibilidad para satisfacer las exigencias internas o externas de cambio, para hacer frente de manera eficaz al estrés y los problemas que surgen y para dominar los desafíos y las transiciones normativas y no normativas que se dan a lo largo de todo el ciclo vital.
7. Una comunicación abierta y transparente, una relación sana caracterizada por la claridad de las reglas y expectativas —las cuales ni se suponen ni se adivinan—, una interacción agradable y un espectro de expresión emocional, receptividad empática y *feedback* continuo.
8. La utilización frecuente del método de resolución de problemas cuando se da un conflicto o problema.
9. Un sistema de valores y creencias compartido, que permita la confianza mutua, el control de los problemas, la vinculación con las generaciones anteriores y futuras, los valores éticos y la preocupación humana por sus miembros.
10. Recursos adecuados para una seguridad económica y un apoyo psicosocial y emocional básicos en la familia extensa y las redes de amigos y de la comunidad y los sistemas sociales más amplios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackermans A. La creación del sistema terapéutico: la escuela de terapia familiar de Roma. Buenos Aires: Paidós; 1990.
2. Minuchin S. El arte de la terapia familiar. Buenos Aires: Paidós; 1982.
3. Olson DH, DeFrain JD. Marriage and the Family: Diversity and Strengths. 3.ª ed. Mountain View: Mayfield; 2000.
4. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax; 1991.
5. Stinnett N. Fantastic families: 6 proven steps to building a strong family. West Monroe: Howard Publishing; 1999. p. 6.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

G

51. Género y salud 319
52. Genograma familiar 325
53. Gestión de los cuidados 331
54. Grupales, actividades 335
55. Guías de práctica clínica y otros procedimientos de estandarización de los cuidados 340

C A P Í T U L O 5 1

Género y salud

Cristina Heierle Valero

DEFINICIÓN DE GÉNERO

Por género se entiende una serie de atributos de las personas, construidos social y culturalmente y que van más allá de lo biológico; estos son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los mismos. El género se interioriza a través de la socialización, entendida como un conjunto de valores, representaciones y funciones que ocurre a lo largo de la vida. El género se puede caracterizar bien como una identidad social, que tiene su base en valores normativos y que responde a los estereotipos masculinos y femeninos; bien como un principio organizador de la estructura social que determina una posición social de las mujeres y los hombres, o como una categoría de análisis que permite estudiar las actividades y el sistema de relaciones, sobre todo de poder y que se basan en una diferencias culturales y sociales entre mujeres y hombres; por ejemplo, la división sexual del trabajo, tanto de forma horizontal (trabajos solo para mujeres) como de forma vertical («el techo de cristal»), que impide a las mujeres que se posicionen en los escalafones más altos del poder; así, se instaura lo que Foucault llamó el «biopoder», que diferencia el acceso a los recursos y la distribución de los mismos. Por último, también lo podemos considerar como una identidad personal que corresponde a la identidad individual de género.

Muchas veces, incluso desde cierta bibliografía científica la palabra *género* se utiliza de forma incorrecta, esgrimiéndose por ejemplo como equivalente a sexo; también a menudo, se usa la palabra *género* para señalar todo aquello que tiene que ver con las mujeres, por ejemplo cuando hablamos de violencia de género nos estamos refiriendo casi siempre a lo que es un maltrato dirigido a mujeres. Diferenciar lo que es género de lo que es sexo es intentar discernir lo que es biología de lo que es cultura. El sexo es una categoría, no un hecho natural.

UN POCO DE HISTORIA

A finales de los años setenta las feministas propusieron que, en general, se podría hablar de sexo cuando nos referíamos a diferencias físicas, fisiológicas y anatómicas mientras que «género» suponía un nivel de abstracción distinto, mediante el cual se aludía a la jerarquización de espacios y funciones sociales y a la diferenciación en el acceso al poder implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres. Pero esta definición en la práctica ha resultado problemática, ya que aludía a una noción de sexo estático e inmutable.

En la actualidad, el debate sobre las concepciones culturales de género, se ha generalizado y cada vez resulta más difícil definir fronteras que separen lo masculino de lo femenino y por ello cada vez se debe ir más a la comprensión de los valores de la persona y no a las diferencias culturales y sociales asignadas a las personas en relación con su sexo. Cuando hablamos de salud, hablar de género no puede disociarse de hablar de etnia, clase social o raza. Esto es debido a que son las desigualdades sociales (el género) las que interpretan y explican las diferencias biológicas (el sexo) y no al revés.

La división de las personas en dos géneros, el masculino y el femenino, utilizando como sinónimo el género y el sexo, lleva implícito el obviar una gran cantidad de opciones e identidades tanto sexuales como sociales. Fausto-Sterling en una obra publicada en 1993 proclamaba que debería haber cinco sexos: hermafroditas, seudohermafroditas masculinos, seudohermafroditas femeninos, masculino y femenino; era, está claro, una propuesta provocadora que levantó un muro de discusiones y controversias. El modelo de dos

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

sexos condiciona la manera en la que nos percibimos a nosotros y percibimos a los hombres y a las mujeres desde un punto de vista sanitario, ya que ignoramos y no tenemos en cuenta la experiencia individual de la identidad de género, que es mucho más heterogénea y contradictoria de lo que queremos ver.

Autoras como Judith Butler aportan en los años noventa la idea de que el género no es algo estático, sino que es algo que se hace en vez de lo que se es. Las personas nos integramos en un proceso de construcción de nuestra identidad y, por lo tanto, dicha identidad puede cambiar a lo largo de nuestra vida. Pero el ser hombre o el ser mujer no solo se va configurando a través de unos actos, sino que además tiene una base reflexiva, corporal, material y de cambio.

GÉNERO Y SALUD

El análisis de los determinantes de la salud muestra diferencias y desigualdades en función del género y la clase social. En general, los hombres siguen presentando estilos de vida menos saludables que las mujeres, más tabaquismo, consumo de alcohol y sobrepeso.

Es interesante observar que al igual que otros países desarrollados, se da la paradoja de que frente a la peor autopercepción de salud que tienen las mujeres, circunstancia que parece las hace ser más frecuentadoras de los servicios sanitarios, las tasas de mortalidad son superiores en los hombres.

Sin embargo, parece que esto poco a poco está cambiando, debido sobre todo a la importante y relativamente reciente incorporación de las mujeres a la esfera pública. Esta incorporación ha hecho que algunos de los determinantes de la salud de las mujeres se vayan asemejando más a los tradicionalmente masculinos (como sucede con el consumo de tabaco y alcohol). Por otro lado, se produce un reparto no equitativo de los tiempos y de las cargas de cuidados entre mujeres y hombres, tanto en el ámbito público como en el privado, así como del acceso a los trabajos llamados productivos. Además, esta incorporación de las mujeres al trabajo público, sin la equivalente incorporación de los hombres al trabajo del hogar, dificulta que las mujeres puedan disponer de tiempo para la realización de actividades físicas, disfrutar del tiempo de ocio o dormir lo suficiente. Gran parte del peso de los cuidados recae sobre las personas maduras, y se distribuye de manera desigual entre mujeres y hombres. La sobrecarga de funciones tiene efectos perjudiciales en la salud de las mujeres.

Las relaciones de género y de poder son determinantes en nuestra cultura, se evidencia en demasía el rol reproductivo de la mujer y se invisibilizan sus aportaciones a la ciencia, el arte o la religión. La sociedad y la medicina ha contemplado a las mujeres como reproductoras biológicas y como enfermas potenciales con todo aquello que tiene que ver con esa reproducción, los programas tanto preventivos como de promoción específicos de las mujeres han estado dirigidos a ello: programas de embarazo, parto y puerperio, lactancia materna y menopausia. Se normalizan sus conductas, sin tener en cuenta el control social que se ejerce sobre todos estos procesos, prefijando cuál debe ser la actitud «sana» de las mujeres en todos ellos, naturalizando el tener determinados sentimientos y rechazando como anormal y/o patológica cualquier otra emoción que no sea la prefijada tanto por los médicos como por los psicólogos y sociólogos. Se homogeneiza a las mujeres sin tener en cuenta ni la clase social, ni la raza.

Todo ello ha tenido y tiene suma importancia si pensamos que la enfermedad se define como una desviación de la norma biológica y que toda enfermedad debe tener una etiología clara, definida y universal. Las mujeres que están tristes después de parir, siguiendo esta naturalización, lo están porque tienen una depresión posparto debida a una causa hormonal, sin tener en cuenta no solo la dimensión biológica, sino también la social, cultural y multicausal que tienen todos los problemas de salud.

Si nos interesa hablar del género en salud es porque este determina una serie de desigualdades que muchas veces son desconocidas o ignoradas. Cualquier estudioso por poco avisado que esté, puede constatar que existen desigualdades en los indicadores de salud de hombres y mujeres. En efecto, encontramos datos distintos referidos a hombres y a mujeres, pero no encontramos la explicación a estas diferencias, tanto en estilos de vida, conductas, como en lo relativo al consumo de recursos sanitarios, medicamentos y morbilidad y mortalidad.

Existen profesionales y estudiosos que priorizan la etnia o la clase social a la hora de estudiar las desigualdades en salud, por lo que en

ocasiones se ve el enfoque feminista, en el cual se propugna integrar las distintas variables, como una amenaza incluso para las mujeres investigadoras, en la medida en que se pone en duda su actitud y su forma de hacer ciencia. En el caso de las profesiones sanitarias, la cosa se complica ya que se nos ha enseñado una visión biologicista del cuerpo y de la salud, de conductas y riesgos que afectan sobre todo a determinadas personas de un determinado sexo, de una determinada etnia o de una determinada conducta sexual, y que implica ser visto de una manera distinta, guiados solo por razones biológicas.

GÉNERO Y SALUD DE HOMBRES Y MUJERES

Tener una mirada feminista o solamente antropológica tiene ventajas, no solo a la hora de contemplar la salud de las mujeres o la atención a la salud sexual y reproductiva, sino también a la hora de contemplar la salud de los hombres. Ya que el objetivo de realizar un análisis desde la óptica del género es identificar, analizar y actuar sobre las desigualdades en la atención a la salud derivadas de la pertenencia a uno u otro sexo, es imprescindible realizar un buen estudio de la salud de las personas que vaya más allá de los datos en intente explicar sus causas y romper con la cultura binaria de cuerpo/mente, sano/enfermo, razón/emoción y hombre/mujer.

Bonino y Rivas Sánchez han realizado estudios sobre la masculinidad y señalan las diferencias existentes en los datos de mortalidad por sexo, señalando el protagonismo de los hombres entre 15 y 44 años (70-80%) en las muertes por accidentes y otras causas violentas, estipulando que pudiera ser el perfil nocivo de las identidades masculinas lo que propicia estas cifras; sin embargo, no está claro que esto sea así y harían falta más estudios desde la perspectiva de género para aclarar estos puntos, ya que, según Courtenay, sus especificidades no están suficientemente estudiadas y se toman como inevitables. Este autor dice que solo una perspectiva constructivista y feminista nos permitirá entender el porqué del mayor número de suicidios en varones o la mayor tasa de accidentes de carretera o la poca importancia que le dan a la prevención y promoción de la salud. En general, los hombres asumen más prácticas de riesgo que las mujeres, quizás, según algunos autores, porque la noción de virilidad y genitalidad está constituida como un desafío a las prácticas saludables. Esta noción además está apoyada socialmente. Por ello, homogeneizar y naturalizar la salud de las mujeres tiene muchos inconvenientes, pero también los tiene hacerlo con la salud de los hombres.

Connell utilizó en 1987 el término de masculinidad hegemónica para referirse a la forma de masculinidad prevalente, la más alabada, idealizada y valorada en un contexto histórico. Este tipo de masculinidad, que tiene como exponentes la agresividad, la tendencia a la violencia, la inexpresividad emocional y la competitividad, no está impresa en todos los hombres de igual forma. Los riesgos para la salud, que suponen la persecución de la masculinidad y la evitación de la feminidad, no solo influyen en la morbilidad y mortalidad de los hombres, suponiéndoles un riesgo para conductas problemáticas, sino también en la de las mujeres, ya que favorece su victimización a través de agresiones sexuales, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Las investigaciones demuestran que las niñas son empujadas a ser obedientes y dependientes y a los niños a ser independientes, y esto no estimula conductas de autocuidado, por lo que este recae sobre la mujer, quien se encarga del cuidado de los niños y niñas y de los hombres. Existe una mutua dependencia entre la salud de las mujeres y la salud de los hombres que es necesario tener en cuenta.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Los defensores de la perspectiva de género en salud pretenden mejorar la equidad en salud y que el género esté presente en las investigaciones, además de que las políticas de salud sean sensibles al género de ambos sexos. Un marco relacional permitiría comprender la relación, y quizás dependencia, que existe entre los estados de salud de los hombres y de las mujeres, y además permitiría responder a los problemas de salud desde una perspectiva que tuviera en cuenta el género.

El sesgo de género implica, por ejemplo, que existan diferencias en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias para la salud. Pueden

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

existir diferentes tipos de sesgo de género: uno de ellos es igualar a hombres y mujeres cuando no son iguales, como es el caso de los ensayos clínicos que en su mayoría se realizan solo en hombres, y sus conclusiones se generalizan para ambos sexos, o ignorar que las mujeres son afectadas de manera distinta por diferentes tipo de enfermedades. Otro es valorar como diferentes a hombres y mujeres cuando son iguales, por ejemplo en el diagnóstico de enfermedades psicosomáticas y en la prescripción de psicótropos, más frecuente en las mujeres que en los hombres. Existe una falta de información en las diferencias de género/sexo en la historia natural de las enfermedades y en su pronóstico, por ejemplo ¿cuáles son las razones por las que las mujeres reingresan más que los hombres por efectos secundarios después de determinadas intervenciones quirúrgicas? o ¿por qué según el Institut Català d'Oncologia, y controlando variables como características del tumor, mortalidad y morbilidad, las mujeres son menos readmitidas que los hombres con cáncer colorrectal?

Mención aparte merecen los modelos de atención a las mujeres por síntomas somáticos sin causa orgánica, que pueden tratarse de síntomas aislados o agrupados (tabla 51-1). Este proceso, que aún hoy en día es inexplicable, incluye una larga serie de quejas subjetivas y sin signos clínicos que lo justifiquen. Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet han hecho una estudio de recopilación bibliográfica seleccionando 31 artículos en los que se explicaban desde diferentes perspectivas estos problemas; estas autoras encontraron que desde el marco biomédico existe un modelo de atención que conlleva explicaciones físico-patológicas, atención directiva centrada en la visión médica y tendencia del enfermo a adaptarse a su cronicidad con tratamientos sintomáticos y antidepresivos; también hallaron otros modelos teóricos y críticos como los estudios de género, los cuales han definido como factores predisponentes a los factores sociales de género, como, por ejemplo, la doble jornada laboral; a las experiencias subjetivas como abusos o violencia de género, y a las características estereotipadas de género, como ser cuidadora, complaciente y abnegada, etc. Estas corrientes preconizan centrar la visión en la del paciente, descubrir el origen de los trastornos y evitar la medicalización focalizando el tratamiento en construir un significado subjetivo distinto de los síntomas, al empoderamiento de la mujer y a la autorresponsabilidad. Estos síntomas y/o síndromes están a camino entre el cuerpo, la mente y lo social, lo que hace definirlos desde la psiquiatría como trastornos psiquiátricos o funcionales hasta «síntomas del malestar cultural de las mujeres». Lo importante en su estudio y abordaje es que es conveniente abordarlos desde otras teorías alternativas y no solo desde la perspectiva biomédica, por ejemplo.

Existen diferencias de género en la atención a la salud que prestan tanto las mujeres médicas

TABLA 51-1. Listado de síntomas somáticos que suelen verbalizar las mujeres agrupados por dominios

Confort	Actividad/reposo	Seguridad	Eliminación
Dolor:	Dificultad para mantener el sueño	Angustia al dormirse	Síndrome de colon irritable
Persistente	Despertar temprano	Temblor	
Por todas partes	Dormir muy poco	Vértigo	
Lumbar	Pesadillas	Fallos de memoria	
Pélvico	Rigidez matutina	Dificultad para respirar	
Facial	Somnolencia diurna	Hiperventilación	
Torácico	Cansancio		
Abdominal	Síndrome de fatiga crónica		
Cefaleas			
Palpitaciones			
Cambios de humor			
Irritabilidad			
Cansancio			
Síntomas menstruales			
Náuseas			
Molestias en la garganta			
Ardor			

como los hombres médicos; el perfil de los problemas que atienden las mujeres es diferente del que atienden los hombres. Según el estudio de Delgado, las mujeres escogen preferentemente a una médica, por lo que las clientas de las médicas son mayoritariamente mujeres, sin embargo, los y las pacientes asignan a la práctica asistencial de los profesionales los estereotipos de género que se asignan a varones y mujeres en el mundo occidental. Para los pacientes de ambos sexos, los médicos varones son mejores profesionales desde un punto de vista técnico y las médicas son mejores desde un punto de vista relacional.

ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD

El observatorio de la salud de las mujeres ha editado un libro con las recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud, que me parecen interesantes y concretos. Estas recomendaciones son brevemente descritas:

1. Línea de salud en las mujeres: esta línea se fundamenta en que las mujeres tienen problemas de salud específicos que requieren una atención específica. Se centran en los procesos del ciclo vital de los que son origen las principales necesidades de atención a las mujeres y la morbilidad femenina diferencial, causadas por las diferencias biológicas. Un ejemplo de esta actuación ha sido «El programa de la mujer».
2. Línea de desigualdades de género: en esta línea se añade la visión de la relación hombre-mujer; esta no solo tiene problemas originados por las diferencias biológicas, sino también por la relación jerarquizada entre ambos sexos y la minusvaloración de lo femenino. Se trata por un lado de identificar la morbilidad diferencial y el porqué e identificar sesgos de género en la atención, debidos a la presencia de estereotipos de género existentes tanto en la sociedad como en el medio sanitario. Para combatir esto es preciso poner en marcha medidas políticas, sociales y sanitarias para, por un lado, visualizar y, por otro, reducir las desigualdades e inequidades de género. Un ejemplo lo encontramos en el caso del infarto agudo de miocardio (IAM), más frecuente en los hombres pero más letal en las mujeres. ¿Sesgo de género en la investigación? ¿En la atención?
3. Línea de análisis de determinantes de género: los factores de riesgo psicosocial son un factor determinante a la hora de enfermar, a ellos también pertenecen los determinantes psicosociales de género, es decir, los modelos y roles sociales de género. Esta línea, que España inicia en el año 2000, se centra en las mujeres y los hombres, en sus relaciones. El objeto es la intervención sobre los modelos sociales y las identidades masculinas y femeninas para trasformar las relaciones de género de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres. En el ejemplo del IAM, una posible causa de la mayor letalidad en las mujeres podría ser el hecho de que las mujeres tardan más en llegar al hospital, pues al estar la mujer influenciada por el estereotipo de que el infarto es una enfermedad masculina, no interpreta los síntomas como de origen cardíaco.

Por todo ello, lo ideal es incorporar las categorías y los valores utilizados en las tres líneas anteriores para conseguir un enfoque integrado de género en salud (cuadro 51-1) que incluya todas las categorías.

CUADRO 51-1. Elementos para un enfoque integrado de género en salud

Salud en las mujeres

- Diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención sanitaria
- Necesidades específicas de las mujeres y de los hombres
- Necesidades en procesos del ciclo vital para cada sexo
- Morbilidad diferencial por sexos

Desigualdades de género

- Desigualdades de género en el estado de salud
- Sesgos de género en la atención
- Desigualdades e inequidad de género en el sistema sanitario

Determinantes de género

- Análisis de factores de riesgo diferenciales y procesos determinantes biopsicosociales de género: modelos sociales y roles de género
- Contenidos ideales de identidades masculina y femenina

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

LECTURAS RECOMENDADAS

Artazcaz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas En: La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria. 2004;18(Supl 1):56-68.

Bonino L. Accidentes de tráfi co. Asignatura pendiente en salud mental. Mécico: Red de información sobre hombres de CORIAC; 2000.

Butler J. El género en disputa. México: Paidós; 2001.

Connell RW. Masculinities. Oxford, Cambridge: Polity Press; 1995. p. 45-67.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's weell-being: a theory of gender and health. Social Science and Medicine. 2000;50:1385-401.

De Keijzer B. La manzana. Revista internacional de estudios sobre masculinidades. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. Vol. I. 2006.

Delgado Sánchez A. El papel del género en la relación médico paciente. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2007;35-42.

Esteban ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud colectiva. 2006;2(1):9-20.

Foucault M. Vigilar y castigar. México: Siglo XXI; 1981.

Gonzáles JR. Sex differences in hospital readmission among colorectal cancer patients. JECH. 2005;59:506-11.

Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. Revista Española de Salud Pública. 2006;80: 317-33.

Ortiz Gómez T. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científi co sobre la mujer. En: Ramos E (ed.). La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - Instituto de la Mujer; 2002. p. 29-42.

Östlin P, Sen G. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Deteminants of Health. Institute Karolinska, 2007. Women and Gender Equity Knowledge Network.

Rivas Sánchez HE. Centro de investigación en alimentación y desarrollo. Estudios sociales. 2005;13:6-65.

Sabo D. Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. POS, publicación ocasional n.º 4, Harvard Center, 2000.

Salud y género. Las edades centrales de la vida. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, Observatorio de la Salud de la Mujer; 2006.

Valls C. Mujeres invisibles. Barcelona: Debolsillo; 2006.

Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad; 2008.

C A P Í T U L O 5 2

Genograma familiar

Luis Cibanal Juan y José Ramón Martínez Riera

DEFINICIÓN Y ASPECTOS GENERALES

El genograma es la representación gráfica de la constelación familiar multigeneracional, que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida *gestalt* o visión nueva, de las complejas relaciones familiares, y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

La hipótesis en la que se basa es «que las pautas vinculares en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación». El simple proceso de construir el genograma con el paciente y con la familia se convierte en un ejercicio potencialmente terapéutico.

Por lo general, el genograma se construye durante la primera sesión y luego se va revisando y completando a medida que se obtiene más información. El genograma ayuda al terapeuta y a la familia a ver un «cuadro mayor», tanto desde el punto de vista histórico como del actual: es decir, que la información sobre una familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal, a través del contexto familiar, y vertical, a través de las generaciones. Este incluye por lo menos a tres generaciones de familiares, así como también sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el «ciclo vital».

ELABORACIÓN DEL GENOGRAMA FAMILIAR

Antes de realizar un genograma familiar hay que tener presente:

- Qué miembros de la familia deben estar presentes (la familia nuclear o solo los que tienen vínculos sanguíneos, u otras personas clave) y quiénes no.
- Que por la cantidad de información que se suele recibir es deseable la calidad a la cantidad. Mucha de la información será parcial, particularmente de las personas que vivieron hace mucho tiempo. Puede haber problemas del tipo de que no se sabe cómo se llamaba, o si tuvo matrimonios anteriores, etc.
- Respecto a los niños, decir que su aportación es valiosa, y deben estar considerados a la hora de elaborar el genograma, pues su *visión* de ciertos familiares o fenómenos puede ser esclarecedora.

La elaboración del genograma sigue tres etapas:

1. Trazado de la **estructura** familiar:
   a. Personas.
   b. Matrimonio.
   c. Hijos.
2. Descripción de las **relaciones** familiares:
   a. Entre dos miembros.
   b. Miembros que conviven.
3. Registro de la **información** sobre la familia:
   a. Datos demográficos.
   b. Sucesos familiares críticos.

Trazado de la estructura familiar

La base del genograma es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. A continuación, detallaremos los respectivos símbolos que se utilizan para la construcción de los genogramas.

Personas

Cada miembro está representado por un cuadro o un círculo, según sea hombre o mujer (fig. 52-1).

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

E1 «paciente identificado» viene representado con doble línea en el cuadrado o círculo (fig. 52-2).

Para una persona muerta, la X se pone dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura. En genogramas extendidos, que alcanzan más de tres generaciones, los símbolos en el pasado distante usualmente no llevan una cruz, dado que están presumiblemente muertos. Solo las muertes relevantes son indicadas en dichos genogramas (fig. 52-3).

Matrimonios

Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra «M» seguida por una fecha indica cuándo se casó la pareja. Cuando no hay posibilidades de confundirse de siglo, se indican solo los dos últimos dígitos del año (fig. 52-4).

La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: una diagonal para separación y dos para un divorcio (fig. 52-5).

Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuándo se conocieron o empezaron a vivir juntos (fig. 52-6).

Los matrimonios múltiples agregan una complejidad que es difícil de representar, la regla es que, cuando sea factible, los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final; por ejemplo, un hombre que tuvo tres esposas (fig. 52-7).

En el caso de que una de las esposas haya tenido un matrimonio anterior a su vez, se dibujan los matrimonios más recientes en el centro (fig. 52-8).

Los matrimonios múltiples también pueden representarse como se muestra en las figuras 52-9 a 52-11.

Hijos

Si una pareja tiene varios hijos, la figura de cada hijo se coloca conectada a la línea que une a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda a derecha desde el mayor al más joven (fig. 52-12).

El segundo es un método de representación alternativo, es útil en familias más numerosas (fig. 52-13).

Otros tipos de hijos que también pueden aparecer se indican en la figura 52-14.

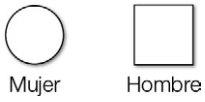


FIGURA 52-1. Representación gráfica según sexo.

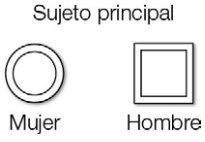


FIGURA 52-2. Representación gráfica del individuo índice.

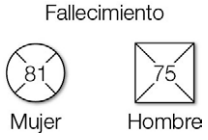


FIGURA 52-3. Representación gráfica de miembros fallecidos.

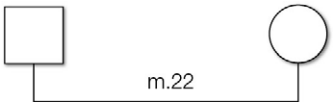


FIGURA 52-4. Representación gráfica de matrimonio.

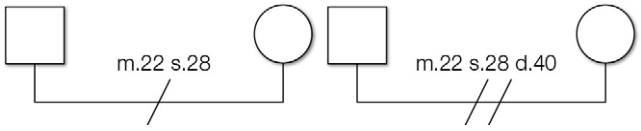


FIGURA 52-5. Representación gráfica de separación y divorcio.

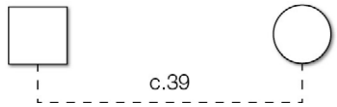


FIGURA 52-6. Representación gráfica de pareja no casada.

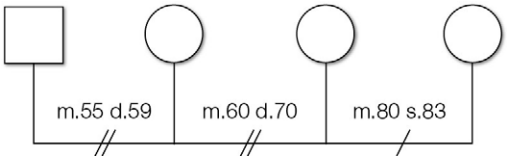


FIGURA 52-7. Representación gráfica de matrimonios múltiples del hombre.

Registro de la información sobre la familia

La información recogida sobre cada persona se sitúa junto a su símbolo en el genograma.

Información demográfica

Incluye edades, fechas de los nacimientos y muertes, ocupaciones y nivel cultural. Por ejemplo:

nacimiento → 42:85 ← fallecimiento
m.63 (matrimonio en 1960)
s.70 (separación en 1970)
d.75 (divorcio en 1975)

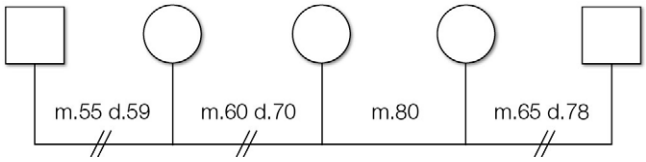


FIGURA 52-8. Representación gráfica de matrimonios múltiples de la mujer.

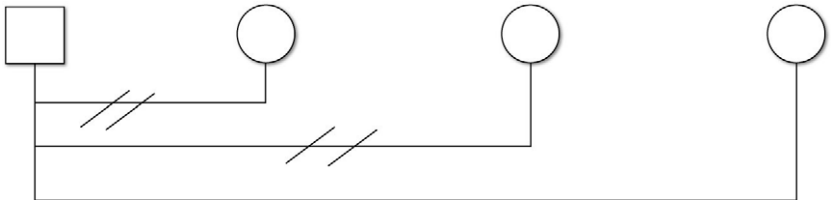


FIGURA 52-9. Representación gráfica de marido con dos separaciones previas.

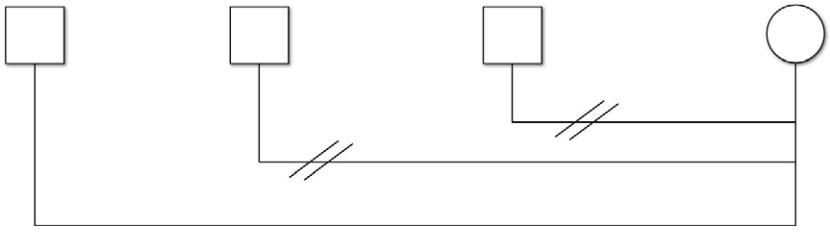


FIGURA 52-10. Representación gráfica de mujer con dos separaciones previas.

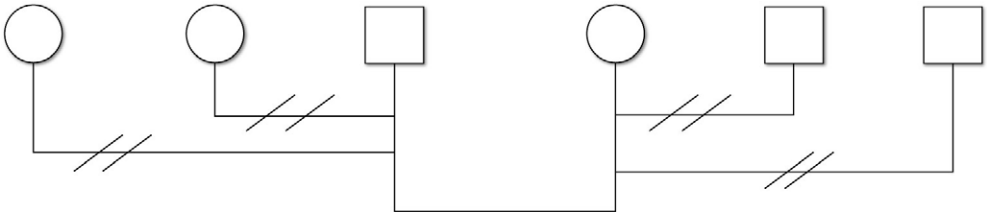


FIGURA 52-11. Representación gráfica de cónyuge con varios consortes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sucesos familiares críticos

Incluyen cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos. Estos dan un sentido de continuidad histórica a la familia. Los hechos críticos de la vida están registrados en el margen del genograma o, si fuera necesario, en una hoja separada.

Descripción de las relaciones familiares

El tercer nivel en la construcción del genograma comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia. Las relaciones en la familia son el elemento más inferencial de un genograma; su representación vislumbra las interacciones entre los diferentes miembros de la familia. Estas relaciones se deducen de los informes de los miembros de la familia y también de la observación directa.

La información funcional también incluye datos más o menos objetivos sobre las enfermedades, los sentimientos y el comportamiento entre los distintos miembros de la familia.

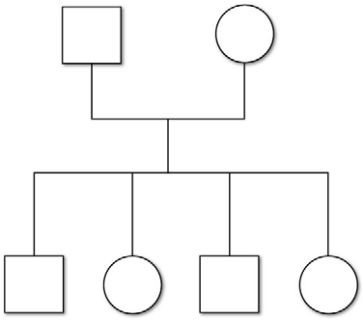


FIGURA 52-12. Representación gráfica de hijos.

Relaciones entre dos miembros

Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia. Como las pautas vinculares pueden ser bastantes complejas, resulta a menudo útil representarlas en un genograma aparte.

La representación gráfica de distintos tipos de relaciones la exponemos en la figura 52-15.

En la mayoría de los casos, la información de los miembros de la familia permite comparar las diferentes realidades, desde la perspectiva de cada uno, y se observan directamente las interacciones. A menudo, se obtiene el efecto *Rashomon,* nombre tomado de una famosa película japonesa, en que un suceso es mostrado desde las diferentes perspectivas de los distintos personajes (fig. 52-16).

Relaciones en el seno del hogar

Para indicar los miembros de la familia que viven en el hogar inmediato, se utiliza una línea punteada que englobará a los miembros que convenga. Alrededor de la misma se indica el período desde el cual la familia está unida (fig. 52-17).

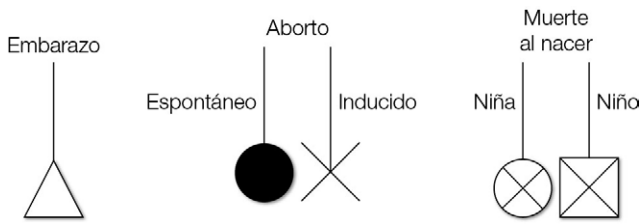


FIGURA 52-13. Representación gráfica de embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.

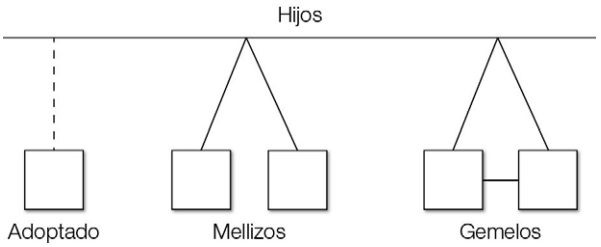


FIGURA 52-14. Representación gráfica de adopción, mellizos y gemelos. Se utiliza una *línea de puntos* para conectar un niño adoptado a la línea de los padres. Los hijos mellizos se representan por la conexión de *dos líneas convergentes* a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos), estos a su vez están conectados por una *barra*.

En las páginas siguientes, se representa un ejemplo de genograma en el que están representados los tres niveles: la estructura, la información y las relaciones.

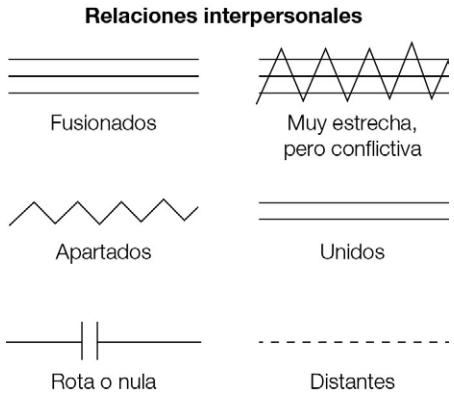


FIGURA 52-15. Representación gráfica de distintos tipos de relaciones.

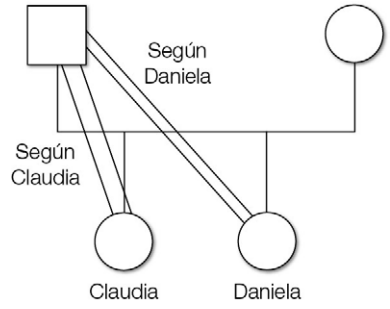


FIGURA 52-16. Representación gráfica de un ejemplo de dos hijas que compiten por el afecto de su padre y solo reconocen la unión por separado.

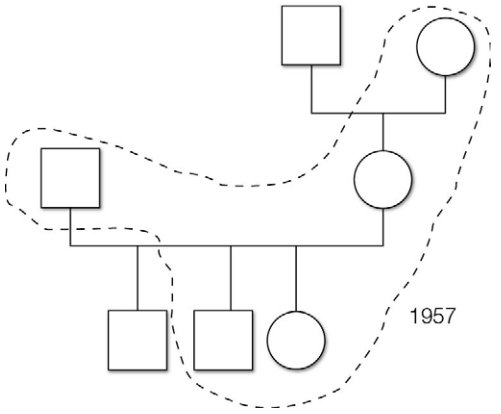


FIGURA 52-17. Representación gráfica de miembros que viven en un mismo hogar.

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA

Para seguir unos criterios metodológicos vamos a establecer varias categorías que nos sirvan de pauta para la interpretación de un genograma. Aunque se presenten por separado, las categorías suelen superponerse unas con otras.

Composición del hogar

Un vistazo a la estructura del genograma suele mostrar la composición de la familia, es decir, si es una familia nuclear intacta, una familia con uno de los padres solamente, una familia en la que uno de los padres volvió a casarse, una familia de tres generaciones o una familia que incluye miembros anexos (figs. 52-18 y 52-19).

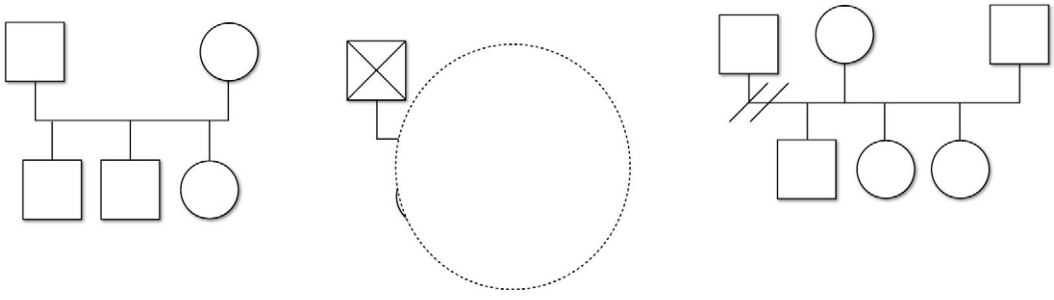


FIGURA 52-18. Representación gráfica de familia: «nuclear intacta», «un solo padre» y «nuevo matrimonio».

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

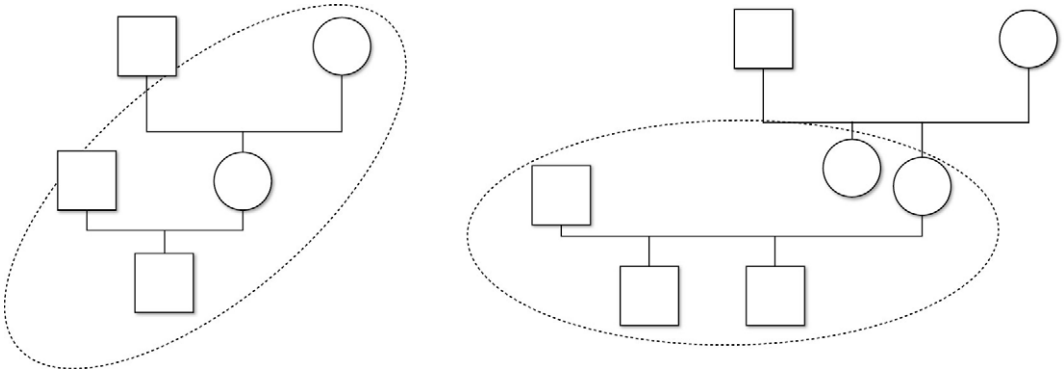


FIGURA 52-19. Representación gráfica de «tres generaciones» y «miembros anexos».

Constelación fraterna

La posición fraterna puede tener una particular importancia para la posición emocional de una persona dentro de la familia de origen y en las futuras relaciones con su cónyuge e hijos. A menudo, los hijos mayores sienten que son especiales y en particular responsables de mantener el bienestar de la familia o de continuar con la tradición familiar. Del hijo mayor siempre se esperan grandes cosas.

Al hijo menor quizá se le trate como al «bebé» de la familia y puede estar acostumbrado a que otros se ocupen de él. Los más jóvenes pueden sentirse más libres y menos cargados con la responsabilidad familiar.

Configuraciones familiares inusuales

A1 estudiar el genograma, a veces ciertas configuraciones estructurales «saltan a la vista», sugiriendo temas o problemas críticos para la familia. A modo de ejemplo, se puede observar:

- Multitud de separaciones y/o divorcios.
- Preponderancia de mujeres profesionales de éxito: artistas, científicos, políticos, etc.
- Frecuencia en adoptar hijos.
- Las mujeres por línea paterna están solteras.
- Hermanos de una familia contraen matrimonio con hermanas de otra familia.
- Reiteración en la elección de un tipo de profesión: maestros, médicos, comerciantes, etc.

El genograma, por tanto:

- Combina información biológica, psicosocial y relacional.
- Suele atraer el interés de la familia, por hablar de lo suyo, y es un pretexto ideal para reunir al grupo familiar.
- Permite conocer en qué momento del ciclo familiar se encuentra la familia.
- Identifica problemas, relacionándolos con el contexto histórico en el que se produjeron.
- Clarifica patrones transgeneracionales de enfermedad y de conductas problemáticas.
- Permite al terapeuta y a la familia detectar y reconocer mitos, facilitando la actividad terapéutica de replantear los *guiones* familiares.
- Tiene un gran valor de diagnóstico y al mismo tiempo terapéutico.

LECTURAS RECOMENDADAS

Asen KE, Tomson P. Intervención familiar: guía práctica para los profesionales de la salud. Barcelona: Paidós; 1997.

McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa; 1987.

C A P Í T U L O 5 3

Gestión de los cuidados

Gonzalo Duarte Climents y Begoña Sánchez Gómez

Agradecimientos

A José Ramón, por su paciencia y apoyo para la elaboración de este manuscrito.

INTRODUCCIÓN

La gestión consiste en coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos. El ámbito de la gestión sanitaria es un campo más de la economía aplicada.

En el sector salud se distinguen tres niveles de gestión: la macrogestión, donde se encuentra la política sanitaria; la mesogestión, es decir, la gestión de centros e instituciones sanitarias, compañías de seguro y empresas suministradoras del sector, y la microgestión, la clínica. Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí.

Aplicar los niveles de la gestión a la gestión de la enfermería nos lleva a hablar de epidemiología de los cuidados en el caso de la macrogestión o política sanitaria; de gestión del producto enfermero en el caso de la mesogestión o gestión de centros sanitarios, y de gestión clínica de cuidados o gestión de los cuidados, en el caso de la microgestión o gestión clínica.

GESTIÓN SANITARIA Y ENFERMERÍA

La gestión consiste en coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos.[1] Dicho de manera más amplia: «Gestionar es dirigir, administrar los recursos, conseguir objetivos y metas y analizar los resultados para solucionar los problemas… También es hacer el mejor uso de los recursos de que se disponen, asumiendo la responsabilidad de lo que se consume y de los resultados que se logren».[2] El ámbito de la gestión sanitaria es un campo más de la economía aplicada.[3]

Aplicando estos conceptos y parafraseando a Ortún,[4] la gestión de la enfermería consiste en: «Coordinar y motivar a las enfermeras para conseguir una población sana, satisfecha, autónoma y solidaria. Gestionar la enfermería incluye también la gestión de los servicios sanitarios. Todos, poco o mucho, tenemos alguna responsabilidad gestora: en el sistema, en centros o programas, o —como mínimo— en la gestión de nuestra actuación profesional».

Cada tipo de gestión citado en el apartado anterior comporta prácticas distintas que son tomadas como objeto de estudio por disciplinas distintas. Las disciplinas de salud pública articuladas por el método epidemiológico constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria, mientras que la mesogestión tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión.[2]

FUNDAMENTOS ECONÓMICOS Y SANITARIOS

Los criterios socioeconómicos con los que los servicios de salud deben proveer su atención son la eficiencia y la equidad. La eficiencia para garantizar la mejor relación posible entre los recursos consumidos y los resultados obtenidos, y la equidad para asegurar que cada ciudadano sea atendido de acuerdo a sus necesidades. Para analizar la relación entre el consumo de recursos y los resultados producidos se han desarrollado diversas técnicas de evaluación socioeconómica. Esta evaluación no necesariamente tiene que ver con el dinero, ni solo con los costes, ni es una forma de controlar el gasto, sino que es un conjunto de instrumentos científicos que sirven para ayudar a elegir en el proceso de toma de decisiones.[5]

Siguiendo a Ortún y Gervás,[6] en cuanto a formalizar los fundamentos económico-sanitarios de la atención médica primaria y aplicándolos a la enfermería, contemplamos algunos aspectos

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

básicos. La eficiencia sanitaria y económica de la atención primaria (AP) se basa, conceptualmente, en la longitudinalidad, el papel de filtro de la AP y en la visión global del paciente.

Desde un punto de vista económico, la longitudinalidad propia de la AP supone importantes ganancias de eficiencia. El proceso diagnóstico para llegar a la resolución de un problema de salud puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales paso a paso a través de un método hipotético-deductivo. Se recoge información (historia clínica, exploración o pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad de cada una de ellas. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar/no tratar. El buen ejercicio de la AP, con una longitudinalidad plasmada en la historia clínica, permite valorar a muy bajo coste probabilidades previas (p. ej., conocimiento de factores de riesgo) y aumenta la probabilidad pretest. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas.

El aumento en eficiencia que supone la visión global del paciente viene avalado por:[6] «En primer lugar, las tendencias internacionales; en segundo, las historias recientes de éxito empresarial; en tercero, la concentración del gasto sanitario en un número reducido de pacientes, y en cuarto lugar, la mejor situación del médico general para desempeñar el papel de agente del paciente. El informe Tomlinson, el informe del King´s Fund y otros observadores apuntan hacia un reforzamiento de la atención primaria por razones tecnológicas, demográficas, sanitarias y económicas. Por otra parte, la mayor empresa sanitaria del mundo (Columbia/HCA, desde octubre de 1994) basa su éxito en la obviedad de que cada paciente debe tratarse en el nivel asistencial adecuado. Para la mayor parte de los problemas sanitarios de una persona este nivel es el de la atención primaria.»

Habría que preguntarse cómo puede la enfermera influir de manera positiva en este proceso de mejorar la eficiencia. En un primer acercamiento podemos decir que: la enfermera aumenta la longitudinalidad de la atención al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados; juega un buen papel de filtro —ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias protocolizadas en los programas de crónicos, por ejemplo, el grupo que genera más gasto al sistema—, y asegura la visión global del paciente —pensemos en los tiempos de consulta mayores en la consulta de enfermería que en la médica y en la alta presión asistencial médica—. Además, puede ser la bisagra entre servicios sanitarios y sociales. No obstante, veremos más adelante que estos criterios van a cumplir una función distinta según el modelo organizativo y de práctica clínica que desarrolle la enfermera.

MICROGESTIÓN DE LA ENFERMERÍA

Gestión clínica o gestión de los cuidados

La microgestión sanitaria, o gestión clínica, parte del hecho de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan el 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas. Las decisiones directas sobre cada persona las adopta el médico, la enfermera… trabajando por separado o en equipo, y las decisiones que afectan a grupos de pacientes las toman principalmente los responsables asistenciales.

Se define la gestión clínica como la realización de acciones con recursos humanos o tecnológicos para conseguir que los niveles de salud de los pacientes sean restaurados en la medida de lo posible. Con este fin se toman decisiones que conciernen a pacientes individuales o bien a grupos de pacientes.[7] La gestión clínica pretende restaurar los niveles de salud de los pacientes mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o a grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia, etc.).

Este concepto, en la actualidad, se encuentra recogido en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias: «A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos

institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes».[8]

La disciplina fundamental de la gestión clínica es la enfermería clínica. Esta práctica clínica debe estar guiada por los conceptos siguientes: usuario como centro de la atención, enfermería basada en la evidencia[9,10] y la elección junto al paciente de la alternativa de intervención más coste-efectiva.

El problema fundamental de la gestión clínica, y posiblemente de la gestión sanitaria, es conseguir que los profesionales sanitarios tengan la información y los incentivos para tomar decisiones siguiendo los tres conceptos citados.

La mejora de la información implica disponer de sistemas de información que den respuesta a las preguntas lógicas de un proceso de resolución de problemas: qué problemas tienen los pacientes, qué se les hace y qué resultados se obtienen, y por saber acceder y aplicar los conocimientos pertinentes.

La mejora de los incentivos pasa por reformas organizativas y profesionales, algunas de las cuales (análisis de competencias profesionales, especialidades de enfermería y carrera profesional) están en pleno desarrollo en la actualidad.

Estilos de práctica y gestión

Cuando se gestionan los servicios enfermeros, debemos considerar la existencia de distintos modelos de actuación profesional. Estos modelos condicionan la organización y la necesidad de formación para los profesionales. Podemos distinguir tres grandes tipos de estilos de práctica: la práctica técnica, la controladora y la metodológica o metódica.

La práctica «técnica sanitaria» responde a la pregunta de ¿qué hace la enfermera?, y la respuesta es hacer aquello que haya que hacer. Esto representa, desde el punto de vista del usuario, la respuesta a qué se me hizo y quién; desde el punto de vista del profesional representa responder a qué hice y a quién. Este es el primer apartado que se puede utilizar en una historia de salud. Significa poder registrar en la historia clínica de forma estandarizada al menos qué intervención se realiza a un usuario. Se puede basar en el uso de catálogos de actividades y clasificaciones de intervenciones específicas de enfermería, sobre los que se pueda chequear, verificar, elegir, escribir o ampliar. Se pueden relacionar en una «hoja de seguimiento» con motivos de consulta y/o problemas del paciente no específicos de la enfermería.

La práctica «controladora» responde a la pregunta de ¿qué hace la enfermera sobre la base de procesos asistenciales?, es decir, programas de salud, protocolos, guías de práctica clínica, vías clínicas…, y la respuesta es hacer aquello que haya que hacer según los problemas de salud, la edad y/o el género que etiquetan al paciente. Lo dicho en el punto anterior sobre el punto de vista de usuarios se puede aplicar también aquí, y además se puede comenzar a responder al usuario a la pregunta de ¿por qué se me hace esto? Para el profesional significa que se puede articular en la historia clínica una preestructuración de los procesos asistenciales, protocolos, programas o guías de práctica clínica. Estas hojas predeterminadas *(check list)* se configurarían a partir de los programas o protocolos a ejecutar en cada consulta, lo cual implica tener hojas por cada uno de ellos y hojas «mixtas». Deberían permitir posibles ampliaciones de información hacia cuestionarios o valoraciones, y acceso a los catálogos y/o clasificaciones de intervenciones.

La práctica «metodológica» o «metódica» responde a la pregunta de ¿qué hace la enfermera sobre la base de los cuidados? y la respuesta es hacer aquello que haya que hacer, según los problemas de la salud, la edad y/o género que etiquetan al paciente unido a las necesidades de cuidados de los pacientes. Estas necesidades de cuidados implican el uso de metodología enfermera, con al menos una valoración, el uso de diagnósticos enfermeros y un catálogo de intervenciones. Es en este estilo de práctica cuando podemos hablar de gestión de cuidados real.

Este enfoque de análisis de estilos de práctica es especialmente relevante para el análisis y diseño de los sistemas de información y para el análisis conceptual de eficiencia. Sobre esto último, reflexionar sobre las características citadas de continuidad, longitudinalidad y filtro o distribuidor nos lleva a destacar que solo los modelos de práctica tipo «controlador» o «metódico» aseguran la presencia de estos criterios.

Una última reflexión consiste en que los tres estilos de práctica están inscritos uno dentro de otro, de tal manera que configurarían un modelo de «cajas chinas» donde la caja más pequeña sería la práctica técnica, que se encontraría dentro

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de la práctica controladora, y a su vez se encontrarían dentro de la metódica. De forma que la práctica más completa sería esta última, con capacidad de adaptarse al desempeño de servicios puramente técnicos, a servicios basados en el control y seguimiento de procesos, además de aportar la visión específica de la enfermera. Las prácticas de enfermería clínica avanzada se encuadrarían aquí.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clínica y gestión. Medicina Clínica. 1995;104:298-300.
2. Presentación del V Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria. Gac Sanit. 1993;7(Supl 38):1-2.
3. López-Casasnovas G. La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación. Cuad Econ de I. C. E. 2004;1(67):49-61.
4. Ortún Rubio V. ¿Conocimiento para gestionar? Gest Clin San. 1999;1:5-6.
5. Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud (II): investigación en servicios de salud. Med Clin (Barc). 1995;104:67-76.
6. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc). 1996;106:97-102.
7. Bonfill X. Información clínica y gestión. Medicina Clínica. 1995;104(6):224-7.
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
9. Icart MT. Enfermería basada en la evidencia: un nuevo desafío profesional. Enfermería Clínica. 1998;8:77-83.
10. Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. Index Enferm. 1999;8(27):12-8.

C A P Í T U L O 5 4

Grupales, actividades

María Dolores Saavedra Llobregat

INTRODUCCIÓN

La atención grupal, como alternativa de intervención, debe ser incorporada de forma permanente, no ocasional, dentro de los programas y actividades de educación en los centros de salud, tanto en el campo de la prevención como en la atención en las consultas de enfermería de los centros.

La educación para la salud se ha desarrollado en dos vertientes principales: una dirigida a grandes poblaciones y otra dirigida a los individuos. Esta última forma ha sido hegemónica en atención primaria.

Entre las diversas estrategias posibles en educación para la salud, la consideración de los estilos de vida y su potencial de cambio constituye un aspecto fundamental. Más aún, trabajar sobre esos estilos de vida (en su cambio, variación, etc.) parece una necesidad de vital importancia si se desea mejorar el estado de salud de una comunidad. Ahora bien, el estilo de vida no constituye una creación o una elección individual. Por el contrario, el estilo de vida de cualquier individuo está determinado por sus diversos contextos: familiar, social, cultural.

Sin embargo, tal como apunta Serrano Gallardo (1998), es importante aclarar que «educación para la salud» no es sinónimo de «trabajo con grupos»; la educación para la salud puede contemplarse desde diversos enfoques, pero son los enfoques participativos, críticos y emancipadores los que acogen de una manera inequívoca el trabajo con grupos en la comunidad. Bajo este prisma los usuarios son los protagonistas de cualquier fase del proceso educativo.

Esto es lo que nos permite afirmar que el trabajo con grupos puede constituir una herramienta más idónea que la intervención individual si el objetivo es lograr una determinada modificación de esos estilos, de esas formas organizadas (rutinas, hábitos, etc.).

A diferencia de algunas perspectivas que intentan inducir cambios en los usuarios, basándose ya sea en la autoridad del profesional o en su capacidad de sugestión, el trabajo grupal busca otros efectos. Se trata de proporcionar espacios que permitan a los usuarios la toma de conciencia de su enfermedad y de las cuestiones relacionadas con ella, así como de las dificultades para afrontar determinados cambios que le beneficiarían.

Las técnicas participativas suscitan mucho interés, y se constituyen como un «pretexto» para facilitar que un grupo reflexione, dialogue, comparta y analice, partiendo de su propia experiencia y realidad, con sus propios códigos y de una forma amena y motivadora.

Desde el inicio del funcionamiento de los centros de salud se viene realizando educación para la salud en la consulta de enfermería con entrevista individualizada. La experiencia, la formación en otras disciplinas de las ciencias sociales y la realidad de los resultados de estas intervenciones, frente a unos objetivos muy difíciles de alcanzar, conduce a la necesidad de plantear otras alternativas de intervención en educación, como es el trabajo con grupos.

Esto se tradujo en un principio en intervenciones aisladas, como es la incorporación de otros miembros de la familia en las entrevistas con el paciente, determinadas tareas de trabajo con grupos de crónicos, grupos de padres o grupos de mujeres, etc.

El trabajo con grupos, a pesar de ello, no ha constituido la forma habitual y continuada de intervenciones desarrollado por enfermería en los centros de atención primaria.

Esta perspectiva se plantea ya para atención primaria en 1978, en la conferencia de Alma-Ata. Posteriormente, la propia reforma sanitaria impulsada por esta conferencia abrió el campo de la participación comunitaria, proponiendo el trabajo en equipo, etc.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

El uso de técnicas grupales en el ámbito de la salud puede plantearse con diversas finalidades: como instrumento de intervención con los usuarios, como intervención en la propia organización sanitaria y como instrumento de investigación.

TRABAJO CON GRUPOS

Grupo

El trabajo con grupos nos remite no solo a una técnica o instrumento para la práctica asistencial, sino que, para poder aplicarlo, se ha de tener un concepto de grupo claro y pertinente. Muchos autores han intentado definirlo sin gran éxito por lo complejo del término; en cualquier caso, se han hecho aproximaciones centradas en sus requisitos, sus propósitos, sus finalidades y sus consecuencias.

Se define grupo como un conjunto de personas con una característica o intereses comunes. Para que un grupo exista, según Newcomb (1981), sus miembros deben compartir un objetivo, unas normas y una distribución de roles entrelazados entre sí.

El trabajo con grupos es una de las actividades fundamentales que ofrece un espacio propicio para que se produzcan cambios de actitud y comportamiento.

La relación que se establece entre la información y la afectividad en el grupo es lo que favorece el aprendizaje.

Lo más importante en todo campo de conocimiento no es disponer de información acabada, sino poseer instrumentos para resolver los problemas que se presentan en dicho campo; quien se sienta poseedor de información acabada tiene agotadas sus posibilidades de aprender y de enseñar en forma realmente provechosa.

No se trata solo de aprender en el sentido limitado de recoger información explicitada, sino de convertir en enseñanza y aprendizaje toda conducta y experiencia, relación o quehacer.

Es una verdad que no hay aprendizaje sin la intervención del ser humano, pero en los hechos se ha procedido ignorando tal cosa.

El ser humano está íntegramente incluido en todo aquello en lo que interviene, de tal manera que cuando existe una tarea sin resolver hay, al mismo tiempo, una tensión o un conflicto psicológico.

La intervención que se realiza con los pacientes no debe centrarse solo en la mera información aportada en las consultas, sino que se debe realizar una educación integradora donde se aborden sufrimientos, dudas, dificultades, resistencias, etc., ante la enfermedad. La intervención grupal puede ser el método que capacite a los pacientes a ser tan autorresponsables y autosuficientes como sea posible en sus problemas de salud.

Según la finalidad del grupo pueden utilizarse diferentes técnicas.

En un rápido recorrido por la historia de estas técnicas, nos tenemos que remontar a los años treinta, siendo Kurt Lewin, psiquiatra alemán, uno de los fundadores de las mismas. No solo de una determinada teoría grupal, sino de la constitución del propio campo grupal.

En 1944 aparece el término «dinámica de grupo», acuñado por el mismo Lewin, quien, apoyándose en diversas investigaciones sobre hábitos alimentarios, elabora diversas conclusiones. Afirma que influir en la población para producir un cambio significa tratar de quebrar una costumbre bien establecida (hábito social). Los hábitos sociales se conciben como obstáculos al cambio.

A partir de Lewin, se ha considerado que todo grupo es «algo más que la suma de sus miembros», por lo cual los fenómenos grupales serán diferenciados de los fenómenos individuales.

Este autor intentó fundar una ciencia del cambio social, con la convicción de que el pequeño grupo facilita vencer las resistencias al cambio de actitudes y valores.

Después de Lewin los aportes más importantes a las técnicas y teorías grupales provendrían de la psicoterapia de grupo. En los años cuarenta, Bion y Foulkes serían los principales. En su aporte a la problemática de los grupos, Bion sostiene que la psicología individual y la grupal no pueden diferenciarse.

El individuo es siempre miembro de grupos. Ningún individuo puede ser considerado aislado en el tiempo y el espacio, como fuera de un grupo o como falto de manifestaciones de psicología de grupo.

El modelo desarrollado por la enfermería en atención primaria, para trabajar con grupos, predominantemente con enfermos crónicos, es el «grupo operativo» cuyo iniciador fue Enrique Pichón-Rivière, psicoanalista argentino de origen suizo, quien desarrollaría un modelo de intervención grupal ampliamente extendido en el mundo de habla hispana.

Para Pichón-Rivière un grupo operativo es un «grupo centrado en la tarea». Así, insistirá en que no es tanto la «dinámica del grupo» lo fundamental, sino el quehacer del grupo, su tarea. La dinámica grupal es lo que hará que pueda realizarse la tarea, pues ofrecerá el espacio de interacción entre sus integrantes que facilitará el aprendizaje. La tarea incluirá el qué, el cómo y el para qué del grupo.

Por otra parte, la tarea estará siempre en relación con la elaboración de las resistencias que se producen frente a la posibilidad del cambio.

Inicialmente la tarea es exterior al grupo (individual u obligatoria), y debe pasar a ser interior al grupo: apropiación de la tarea.

Un elemento fundamental para Pichón-Rivière será el trabajo del coordinador del grupo, quien debe ayudar en el proceso grupal a ver los obstáculos que dificultan los cambios.

DESARROLLO DEL TRABAJO GRUPAL

Justificación

La información proporcionada al paciente por el sistema de comunicación bidireccional en la consulta individualizada de enfermería se debilita y se pierde, al ser enfrentada en el exterior. Sin embargo, esa información recibida en un contexto grupal, al ser enfrentada y contrastada en el mismo grupo, se constituye como propia y tiene más solidez frente al exterior.

El profesional busca ayuda en otros pacientes para que pueda contrastarse la información y compartir con «iguales» los problemas y dificultades de un cambio de hábito.

El grupo ofrece la posibilidad de realizar identificaciones, de manera que los miembros pueden emprender comportamientos y actitudes que ven en los otros. También permite darse cuenta de que «uno no está solo en el mundo» con sus problemas, lo que se ha llamado función de universalidad; ayuda a cambiar el autoconcepto y la autopercepción, mejorando por lo tanto la autoestima; favorece que ciertas situaciones, especialmente dolorosas y difíciles (muerte, soledad, dolor…), sean vividas de una forma más soportable, y despierta en sus miembros sentimientos como la esperanza, la solidaridad y el amor. Ayuda al individuo a su crecimiento personal, ya que permite aumentar sus capacidades de contacto y de relación, desarrolla habilidades de socialización, oportunidad de revisar y corregir vivencias enraizadas que dificultan el afrontamiento en general y, todo esto, finalmente, revierte en una mejor salud, ya que ofrece a la persona más instrumentos para la constante adaptación que ha de realizar a lo largo de su vida para tener salud.

Objetivos

- General: capacitar a las personas para el desarrollo de estilos de vida que les ayuden a mantener o mejorar su estado de salud.
- Específico: proporcionar un espacio que favorezca el aprendizaje de los pacientes y/o familiares, para que se produzcan cambios en sus conocimientos, actitudes y habilidades, capacitándoles a ser autorresponsables y autosuficientes en el manejo de su enfermedad.

TIPOS DE GRUPOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

No hay que olvidar que la perspectiva grupal no descansa sobre una teoría psicológica única, dentro de ella se contemplan orientaciones dispares, que a su vez condicionan estrategias grupales bien diferenciadas.

A esta complejidad proveniente de los diferentes modelos teóricos o marcos de referencia, debe añadirse la complejidad de los tipos de grupos.

En ese sentido en la obra de colaboración de Recasens, Tizón y Pellegero (1992), se clasifican los grupos posibles en las instituciones asistenciales de Atención Primaria de Salud en los siguientes tipos:

- Grupos de sensibilización, reflexión-discusión y supervisión (orientados hacia los propios profesionales). Los grupos «tipo Balint» o grupos de reflexión sobre los problemas relacionales de la práctica sanitaria.
- Grupos de promoción, prevención y educación de la población.
- Grupos terapéuticos, rehabilitadores y de reinserción (dirigidos a usuarios o pacientes en distintos estadios de evolución de su problema, trastorno o enfermedad).

A su vez, los dispositivos o técnicas grupales tienen diversas finalidades en el ámbito de la salud, y se utilizan:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1. Como instrumento de intervención con los usuarios.
2. Como instrumento de intervención en la propia organización sanitaria.
3. Como instrumento de investigación.

Como **instrumento de intervención con los usuarios:** con diversos objetivos, técnicas específicas y formas varias: grupos de información a pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos, obesos, etc.) grupos de trabajo con mujeres (amas de casa, embarazadas, en la etapa del climaterio), con jóvenes adolescentes, con cuidadores, con padres, etc., así como diversos grupos psicoterapéuticos en salud mental.

Constituyen un instrumento privilegiado en las actividades de prevención y promoción de salud.

Como **instrumento de intervención en la propia organización sanitaria** cuyo exponente es el trabajo en equipo, eje importante en la perspectiva sanitaria de los últimos años.

Como **instrumento de investigación:** el grupo de discusión. Sus aplicaciones son diversas, desde estudios exploratorios en fenómenos poco investigados, a estudios prospectivos, referidos al posible comportamiento individual frente a la enfermedad.

Claves para el desarrollo de los grupos

1. Para trabajar con grupos es necesario cambiar ciertas actitudes.
2. Para trabajar con grupos se requiere trabajar en equipo. Es necesario que además de las personas que se hacen cargo del grupo, colaboren también los demás profesionales (médicos, trabajador social, administrativos, etc.), que permitan la captación en consulta, información en admisión, informantes en los grupos, etc.
3. La actividad grupal no se puede improvisar. Debe ser un trabajo sistemático, programado y evaluado.
4. El acompañamiento. Acompañamiento «evoca la participación en los sentimientos o conductas del otro para entender las cosas que suceden alrededor de ambos».
5. Aprendizaje y cambio. El grupo además de recibir información tomará contacto con lo que sabe de su problema o situación de salud (p. ej., cómo afecta la imagen a un obeso, cómo vive su enfermedad un diabético, qué alternativas ve a su problema el cuidador, qué significa para ella la menopausia, etc.).
6. Nuevo saber de los otros. Para entender lo que le pasa en un grupo hay que aprender a escuchar, a observar, a ser tolerante, a mejorar las capacidades de comunicación.
7. Para saber hacer grupos hay que formarse en ellos. Hay una carencia de formación importante a nivel metodológico. La formación en temas grupales es compleja, pero necesaria.
8. Conocer otros recursos. Técnicas, métodos educativos que también faciliten el aprendizaje y mejoren las habilidades sociales y personales.

Grupos de autoayuda

Uno de los principales objetivos de las intervenciones grupales es el de lograr la autonomía de los pacientes que intervienen en las mismas. Esta autonomía además va ligada a la capacidad de evitar la dependencia con las organizaciones sanitarias y sus profesionales. Desde esta perspectiva, se hace necesario destacar la importancia que tiene la generación de los grupos de autoayuda.

El grupo de autoayuda, a veces llamado grupo de apoyo, es una reunión de pacientes y/o familiares que padecen una misma enfermedad o problema de salud. El propósito de este grupo es el proporcionar apoyo a sus miembros y de esta manera permitirles sobrellevar mejor la situación, por lo tanto, les permite:

- Compartir sus sentimientos y experiencias.
- Aprender más acerca de la enfermedad y el cuidado, ofreciéndole al individuo la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan o las elecciones que tiene que hacer.
- Escuchar a otros que comparten los mismos sentimientos y experiencias.
- Ayudar a otros, compartiendo ideas e informaciones y dándoles su apoyo.
- Ofrecer al cuidador un descanso y una oportunidad de salir de la casa.
- Fomentar en los cuidadores el cuidado personal, salvaguardando así su salud y bienestar personal.
- Saber que no están solos.

Un grupo de apoyo da a los pacientes y/o cuidadores la oportunidad de compartir sus sentimientos, problemas, ideas e informaciones con otros que están pasando por las mismas experiencias. Ayuda a los pacientes y/o cuidadores a prestar atención a sus propias necesidades y a empezar a cuidarse a sí mismos. También proporciona la satisfacción de poder compartir y ayudar a otros. La función de un grupo de apoyo es el apoyo mutuo.

Sus miembros posiblemente desearán realizar otras tareas como, por ejemplo, recoger fondos para investigaciones científicas o realizar campañas para mejorar servicios; pero estas actividades deben permanecer totalmente independientes.

Los grupos de autoayuda no pueden resolver todos los problemas, ni pueden reemplazar los servicios de los profesionales en el cuidado de la salud, por lo que su trabajo se basa en la autonomía de estos últimos, pero desde una estrecha cooperación y comunicación que les permite abordar los problemas en estrecha colaboración con ellos.

Asimismo, junto con el resto de recursos comunitarios, los grupos de autoayuda configuran una importante red social que permite su intervención activa en diferentes programas de salud.

LECTURAS RECOMENDADAS

Amézcua M, Carricondo Guirao A. Investigación cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. Index Enferm. 2000;IX(28-29):26-34.

Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Revisiones en Salud Pública. 1997;5:175-93.

Bion WR. Experiencias en grupos. Buenos Aires: Paidós; 1972.

Bleger J. Temas de psicología. Entrevista y grupos. Buenos Aires: Nueva Visión; 1984.

Buzzaqui A, Saavedra MD, Quirce F. Estudio cualitativo sobre hábitos, actitudes y motivaciones en pacientes hipertensos. IV Jornadas de Enfermería sobre Divulgación de Trabajos Científicos. Alicante; 1998.

Buzzaqui A, Uris J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. FMC Barcelona. 1997;7(4):421-33.

Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado J, Gutiérrez J (eds.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1998. p. 287-316.

Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.

Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. Rev Esp Salud Pública. 2003.

García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. At Primaria. 2000;25(3):181-6.

González Barberá M, Uris J. Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad En: Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo III, cap. 19.

Hurtado E, Scrimshaw S. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de la salud. C.E.L. de U.C.L.A., 1988.

Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1979.

Icart Isern T. El espacio de la investigación en la enfermería basada en la evidencia. Enfermería Clínica. 1999;9(4):135-6.

Íñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Atención Primaria. 1999; 23:496-502.

Irazábal E. Lo psicosocial: un referente necesario en atención primaria. Dimensión Humana. 1997;1(5):41-4.

Krueger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide; 1988.

Martín C, Irazábal E, Medina M. El grupo operativo como método de aprendizaje en pacientes diabéticos tipo 2. Revista Barbacana. 1998;30.

Martín C, Medina M, Irazábal E. Una experiencia grupal: cuidar al cuidador. Revista Metas de Enfermería. 1999;13.

Martín Madrazo C. Trabajo con grupos de crónicos en atención primaria. Revista Área. 1997;3:5.

Meliá C, Saavedra MD, Herrero O, Uris J, Lillo M, Casabona I. ¿Qué percepción tienen los profesionales de nuestro centro sobre la menopausia? Un estudio cualitativo. Libro de ponencias y comunicaciones de las XIII Jornadas sobre Divulgación de trabajos científicos. Alicante: CECOVA; 2004. p. 207-14.

Merton RK. The focused interview and focus: continuities and discontinuities. Public Opinion Quarterly. 1987;51:550-6.

Newcomb TM. Manual de psicología social. Tomo I. Buenos Aires: EUDEBA; 1981.

Pertusa S, Quirce F, Ortí C, Saavedra MD, Latour J, Merino J. Determinantes del cumplimiento terapéutico en una población de hipertensos. VII Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Comunidad Valenciana. Valencia; 1993.

Pichón-Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1970.

Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. Atención Primaria. 1999;24:295-300.

Recasens JM, Tizón JL, Pellegero N. La perspectiva grupal en atención primaria en Salud Mental. En: Tizón García J. L. Salud mental en atención primaria y atención primaria a la Salud Mental. Barcelona: Doyma; 1992.

Saavedra MD, Herrero O, Meliá C, Casaut M. Trabajo con grupos de hipertensos en atención primaria. Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. San Sebastián; 2002.

Saavedra MD, Meliá C, Herrero O. La percepción de las mujeres sobre la menopausia. Un estudio cualitativo. Libro de ponencias y comunicaciones del XV Congrès de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. Peñíscola; 2003.

Saavedra MD, Rivera F, Sáez J. Atención al paciente crónico y con pluripatología. Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General; 1990.

Sancho Viudes S, Vidal Thomas C, Cañellas Pons R, Caldés Pinilla MJ, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio de grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 2002;276(5):531-43.

Serrano Gallardo MP. El trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad. Metas de Enferm. 1998; 1(3):54-60.

Uribe JM. Educar y curar. El diálogo cultural en atención primaria. Madrid: Ministerio de Cultura; 1996.

Vuori H. Tareas y objetivos nuevos para la educación sanitaria. Londres: X Conferencia Internacional de Educación Sanitaria; 1979.

Wolcott H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 5 5

Guías de práctica clínica y otros procedimientos de estandarización de los cuidados

Francisco Pedro García Fernández, María del Carmen Rodríguez Torres y Pedro L. Pancorbo-Hidalgo

INTRODUCCIÓN

Existe un interés creciente, tanto por parte de los gobiernos como por sus sistemas proveedores de salud, en centrar la atención de los sistemas sanitarios en los ciudadanos, de manera que estos demandan cada día a los profesionales unos cuidados de mayor eficacia sobre todo cuando nos encontramos en un contexto de recursos limitados, lo que precisa optimizar al máximo la efectividad de los mismos.

Así, la estandarización de los cuidados es una estrategia fundamental para garantizar una atención sanitaria de calidad que evite el principal problema de la práctica clínica sanitaria: la variabilidad.

En nuestro país, además, esta estandarización de los cuidados está regulada por la Ley. La Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, conocida por su acrónimo LOPS en su Título I, referido al ejercicio de las profesiones sanitarias, establece que: «Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en la historia clínica» (art. 4.7.a), y «Se tenderá a la unificación de los criterios, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial» (art. 4.7.b).

Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guías de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar (art. 4.7.b).

Es decir, la Ley exige que se deje constancia de la actuación sanitaria y esta deberá estar basada en la evidencia soportada por las guías y protocolos existentes, utilizados de una forma orientativa.

Pero ¿tenemos claros los términos? Porque la propia LOPS habla de los términos «protocolo» y «guía de práctica clínica». Pero, además, en la literatura científica existen otros términos relacionados, como son «procedimientos», «vías clínicas», «mapas de cuidados», etc., y ¿sabemos que son cada uno de ellos? En el desarrollo de este capítulo vamos a intentar aclararlos.

PROCEDIMIENTOS

Un procedimiento es el documento que contiene la descripción de los pasos que deben seguirse para realizar una actividad. Responden a ¿cómo hacer?

Los procedimientos facilitan el adiestramiento y la capacitación del personal de nueva incorporación ya que describen de forma detallada cómo se hace una actividad. Sirven para dar uniformidad y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria a la vez que miden si una actividad se ha realizado de forma correcta, por lo que se convierten en *lex artis*.

La estructura mínima que un procedimiento debe contener consta de:

- Objetivos.
- Materiales y recursos necesarios.
- Descripción del mismo.
- Aclaraciones que sean necesarias.

Pueden indicar el grado de evidencia que soporta cada paso.

PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

La Real Academia Española de la Lengua define *protocolo* como «acta o cuaderno de actas relativas a un acuerdo». En nuestro contexto sería la

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

organización de la forma en que debemos actuar sobre la base de un consenso. Es decir, responden a la pregunta ¿qué hacer?

Por lo tanto, detallarían qué decisión tomar y cómo hay que seguir los procedimientos en una situación determinada. En un principio, los protocolos se empezaron a desarrollar de manera unidisciplinar, con ámbito de aplicación local.

El término guías de práctica clínica (GPC) lo introdujo en 1990 el Instituto de Medicina Norteamericano. En un principio se aceptó el término como sinónimo de protocolo, pero más tarde se acordó diferenciarlo por considerarlas como una herramienta más moderna y con más ventajas. Y es que las GPC estarían basadas en pruebas científicas (evidencia), su desarrollo lo realizaría un equipo multidisciplinar y tendrían un ámbito de aplicación más general que los protocolos.

Las diferencias, por tanto, estarían en su ámbito de aplicación, local para los protocolos y general para las GPC, ya que en la actualidad, tanto los protocolos como las GPC deben apoyarse en las pruebas científicas y ser multidisciplinares.

Tanto los protocolos como las GPC nacen de la necesidad de introducir las evidencias en la práctica clínica, ya que es fácil que ante un mismo problema, como hemos mencionado, varios profesionales opten por actitudes diferentes. Por lo tanto, con estas herramientas se pretende abordar el problema de la variabilidad.

La finalidad de estos instrumentos es ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen con los pacientes. Intentan minimizar la incertidumbre del clínico en la toma de decisiones, dando un nuevo protagonismo al paciente.

A su vez, pueden servir para asimilar de manera crítica el inmenso volumen de información de la literatura científica, pero no son estándares que establecen reglas rígidas para el cuidado de los pacientes.

Los elementos que deben contener son:

- Recomendación:
  - Con grado de evidencia y referencias de la que se ha extraído.
  - Aclaraciones o especificaciones de la bibliografía consultada.
- Algoritmos de decisión:
  - Son indicaciones precisas que facilitan la adopción de decisiones por parte de los profesionales.
  - Orientan sobre qué decisión tomar en función de las circunstancias particulares del paciente.

Pero también debemos tener en cuenta que en la literatura científica existen varios tipos de GPC y no todas tienen la misma calidad. Así, podemos encontrar GPC construidas sobre la base de:

- Opinión de expertos:
  - Expertos con revisión por colegas.
  - Expertos sin revisión.
- Consenso:
  - Consenso entre profesionales (el más usado).
  - Revisión de otras GPC.
- Evidencias:
  - Proceso sistemático de obtención y revisión crítica de la literatura médica.

Las principales diferencias entre los distintos métodos de elaboración de GPC se presentan en la tabla 55-1.

TABLA 55-1. Diferencias entre los tres métodos para la elaboración de GPC

Opinión de expertos	Consenso	Basado en la evidencia
No estructurado	Estructurado	Estructurado
Rápido y barato	Lento y caro	Lento y caro
Informal	Formal	Formal
Potenciales conflictos de intereses y un único punto de vista seleccionado	Muchos participantes Diferentes puntos de vista	Explícito Método reproducible
Evidencias implícitas	Evidencia implícita	Evidencia explícita
Definición de experto según contenido	Posible enfrentamiento entre los participantes	Metodología formal y rigurosa
Desavenencias entre expertos	Como el consenso es la meta, se puede llegar a él a expensas de la evidencia	Todos los métodos y decisiones están disponibles para ser revisados (transparencia absoluta)
Estrategias sesgadas en el muestreo de los resultados de las investigaciones	Puede haber sesgos en la selección de estudios	Muestreo riguroso, explícito y reproducible

Modificado de Liberati, 1988.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los principales problemas que tienen las GPC es que son costosas de elaborar y, en los últimos años, han proliferado espectacularmente, por lo que su calidad a veces es muy irregular. Incluso se han diseñado «guías para realizar guías clínicas».

Otras veces no están elaboradas con las mejores evidencias, sino con criterios de autoridad o incluso pueden no dar respuestas a las principales dudas que surgen en la práctica clínica.

Su éxito depende fundamentalmente de lo siguiente:

- Sistema de elaboración y difusión: problema clínico específico y en unas circunstancias concretas.
- Contexto clínico social y sanitario: flexibilidad para acomodarse a las características de cada paciente y circunstancias locales.
- Método de implementación.
- La capacidad para producir cambios en la práctica clínica y mejorar los resultados de salud.

Para la evaluación de las GPC existe una herramienta desarrollada por un grupo internacional de expertos que permite medir la calidad de las mismas, denominada instrumento AGREE.

Este instrumento evalúa la calidad de las GPC, sobre la base de la calidad de la información aportada en el documento y la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones; es decir, permite ofrecer una valoración de la validez, entendida como la probabilidad de que logre los resultados esperados.

Consta de 23 ítems en seis áreas independientes entre sí.

- *Alcance y objetivo:* propósito general de la GPC, preguntas del clínico y población diana.
- *Participación de los implicados:* punto de vista de los profesionales a los que va dirigida.
- *Rigor en la elaboración:* síntesis de la evidencia, método para formular recomendaciones y actualizaciones de estas.
- *Claridad y presentación:* lenguaje directo y formal, diseño, maquetación, formato, etc.
- *Aplicabilidad:* nivel de realidad (organización, materiales, recursos).
- *Independencia editorial:* recomendaciones y conflictos de interés.

Como vemos está diseñado para evaluar las nuevas guías, guías existentes o las actualizaciones de guías existentes, pero no valora el impacto sobre los resultados en los pacientes.

VÍAS CLÍNICAS O MAPAS DE CUIDADOS

Las vías clínicas *(clinical o critical pathways)* reciben varias denominaciones:

- Mapas de cuidados *(care maps)*.
- Protocolos de atención coordinada *(care protocols)*.
- Vías de atención integrada *(integrated care pathways)*.
- Vías de atención multidisciplinaria *(multidisciplinary pathways of care)*.
- Programas de atención colaborativa.
- Vías de alta anticipada *(anticipated recovery pathways)*.

Podemos definirlas como planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. Responden a las siguientes preguntas: ¿cuándo hacer? y ¿en qué secuencia se ha de proporcionar la atención y/o el cuidado? Es, por tanto, una forma de adaptar las GPC o los protocolos a la práctica diaria, y se convierten en la versión operacional de estos.

La forma de presentación más común de las vías clínicas es:

- En el eje de abscisas, el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo.
- En el eje de ordenadas, se distribuyen todas las intervenciones cuidadosamente distribuidas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. Qual Saf Health Care. 2010;19:1-7.

Carrascosa García MI, García Fernández FP, Bellido Vallejo JC, Guevara Sanz JM, Morcillo Nieto MC. Tendiendo puentes entre la evidencia y la práctica: estrategias de difusión para mejorar el impacto de la evidencia en la práctica enfermera. Evidentia [revista on-line]. 2004; 1(1). [Consultado el 20 octubre de 2012]. Disponible en: http://www.indexf.com/evidentia/n1/11articulo.php.

Eisenberg J. Globalize the evidence, localize the decision: Evidence-based medicine and international diversity. Health Affairs. 2002;21(3):166-8.

Frenk J, Gomez-Dantes O. Globalization and the challenges to health systems. Health Affairs. 2002;21(3):160-5.

Lang NM. Developing knowledge for policy and practice for the 21st century. Nurs Leadersh Forum. 2001;5(3):74-81.

Liberati A, Barro G. Clinical guidelines: social and cultural dimensions and juridical and medico-legal implications. Epidemiol Prev. 1988;22:72-3.

Lohr K, Carey T. Assessing «best evidence»: Issues in grading the quality of studies for systematic review. Jt Comm J Qual Improv. 1999;25(9):470-9.

Romero M, Soria V, Ruiz P, Rodríguez E, Aguayo JL. Guías y vías clínicas, ¿existe realmente diferencia? Cir Esp. 2010;88(2):81-4.

Swan BA, McGinley AM, Lang NM. Ambulatory care nursing practice: Developing and contributing to the evidence base. Nurs Econ. 2002;20(2):83-7.

Swan BA, Al-Gasseer N, Lang NM. Global partnerships to strengthen the evidence base for nursing. Nurs Econ. 2003;21(5):247-52.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

H

56. Heridas: cuidados 347
57. Hipertensión arterial: educación para la salud 355
58. Historia clínica en atención primaria 360

C A P Í T U L O 5 6

Heridas: cuidados

Pedro L. Pancorbo-Hidalgo y Francisco Pedro García Fernández

INTRODUCCIÓN

Aunque en el lenguaje habitual de los profesionales suele hablarse del «cuidado de las heridas», en realidad es una expresión errónea, ya que no se cuidan las heridas, sino a las personas que las sufren; de las misma forma que no existen heridas, consideradas como ente aislado, sino «personas con heridas». Esta reflexión puede parecer obvia, pero creemos que es importante tenerla siempre en cuenta, ya que refleja las tendencias actuales para el cuidado de personas con heridas, que incluyen: 1) una aproximación orientada hacia la persona, que tenga en cuenta no solo los aspectos físicos, sino también los sociales, psicológicos y espirituales (holística), y 2) el papel codecisor del usuario, a menudo denominado empoderamiento, que reconoce la autonomía y capacidad de autodecisión de una persona a la que se cuida.

En primer lugar, es conveniente aclarar el significado de la palabra herida, y de otras relacionadas como úlcera o llaga. En español, el *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* nos da las siguientes definiciones:

Herida: «Perforación o desgarramiento en algún lugar de un cuerpo vivo».

Úlcera: «Solución de continuidad con pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos, acompañada ordinariamente de secreción de pus y sostenida por un vicio local o por una causa interna».

En el lenguaje coloquial, y en léxico antiguo, se utiliza la palabra *llaga* como sinónimo de úlcera.

Una definición más científica de herida sería: una ruptura o pérdida de continuidad de la integridad de la piel o de las mucosas, debida a traumatismos o a otras causas. Cuando se habla de *herida,* suele referirse a heridas agudas (más adelante veremos este concepto); mientras que la palabra *úlcera* suele hacer referencia a heridas crónicas o heridas que no evolucionan bien. En la literatura médica en inglés no aparece este problema ya que usan el mismo término *(wound)* para todo tipo de heridas.

Los síntomas característicos de una herida son: hemorragia, dolor, separación de bordes y pérdida de tejido cutáneo. Las lesiones de la piel y los tejidos están relacionadas con los diagnósticos de la clasificación NANDA: deterioro de la integridad cutánea y deterioro de la integridad tisular.

PIEL

Puesto que las heridas afectan fundamentalmente a la piel, conviene recordar brevemente la estructura anatómica de este órgano.

La piel es uno de los mayores órganos del cuerpo humano, pues supone del 12 al 15% de su peso. Se compone de dos capas de tejidos: epidermis y dermis, una unión denominada dermoepidérmica separa ambas capas. La epidermis es la capa más externa, en contacto con el ambiente, carece de vasos sanguíneos y se renueva cada 4 a 6 semanas. Es un tejido formado por queratinocitos organizados en cuatro estratos celulares: córneo, granuloso, espinoso y basal. La dermis es un tejido compuesto por células (la mayoría son fibroblastos, pero también monocitos, células dendríticas, mastocitos y otras células inmunitarias), fibras (colágeno, elastina y reticulares) y una matriz extracelular (proteoglucanos y glucosaminoglucanos). Se estructura en dos capas: dermis papilar y dermis reticular, sin una clara distinción entre ambas. En la dermis se encuentran capilares sanguíneos; receptores nerviosos para el dolor, la temperatura y la presión; glándulas sebáceas y sudoríparas, y folículos pilosos. Bajo la dermis se encuentra una capa de tejido subcutáneo (hipodermis), de grosor variable según regiones anatómicas, y que contiene tejido conjuntivo y células adiposas.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

PROCESO BIOLÓGICO DE CICATRIZACIÓN

El proceso de cicatrización de una herida comprende el conjunto de mecanismos que un organismo animal pone en marcha para restaurar la integridad tisular después de una lesión. Hay dos mecanismos básicos: regeneración y reparación. La regeneración implica el completo restablecimiento de la estructura de los tejidos anterior a la lesión. Es un proceso lento y que solo puede darse en unos pocos tejidos de los seres humanos adultos (epidermis, hígado, hueso) y en tejidos fetales. La reparación supone la formación de tejido cicatricial para restablecer la capacidad funcional y la estructura anterior a la lesión. Este mecanismo es más rápido y es el que tiene lugar en la mayoría de los tejidos de personas adultas cuando son lesionados.

La cicatrización de tejidos implica un complejo proceso de comunicación entre células, en el que participan gran número de moléculas biológicas, producidas por diversas células, y que se conocen de forma genérica como mediadores solubles (tabla 56-1). Actualmente, se agrupan en tres familias: citocinas, factores de crecimiento y quimiocinas o factores quimiotácticos, de los cuales han sido identificadas y caracterizadas muchas moléculas. También participan diferentes enzimas e inhibidores enzimáticos, entre los cuales destacan las metaloproteasas.

Se considera que la cicatrización transcurre en cuatro fases (tabla 56-2), aunque no es un proceso lineal y unas fases se solapan con otras:

1. *Hemostásica.* Tras la lesión de los tejidos se activa la cascada de la coagulación para detener la hemorragia, se activan las plaquetas y se produce la formación de un coágulo de fibrina que actúa como primera matriz para la migración celular. Esta fase se prolonga entre 1-3 días.
2. *Inflamatoria.* Se pone en marcha una respuesta inflamatoria, mediante la liberación

TABLA 56-1. Mediadores solubles y enzimas que actúan en el proceso de cicatrización

Familia	Función	Moléculas
Citocinas	Regulan la proliferación y diferenciación de células inmunitarias e inflamatorias	Proinflamatorias: TNF-α, IL-1, IL-6, IL-8, IFN-γ Antiinflamatorias: IL-4, IL-10
Factores de crecimiento	Regulan la proliferación y diferenciación celular	TGF-β, PDGF-AA, PDGF-BB, FGF, IGF-1, IGF-2, EGF, CTGF
Factores quimiotácticos (quimiocinas)	Regulan la migración de las células inflamatorias (actividad quimioatrayente)	α-quimiocinas, β-quimiocinas, γ-quimiocinas, δ-quimiocinas
Enzimas		
Matriz metaloproteasas (MMP)	Enzimas que degradan proteínas de la matriz extracelular	Colagenasa, gelatinasa, Estromelisina
Serín proteasas	Enzimas que degradan proteínas de la matriz extracelular	Neutrófilo elastasa
Inhibidores tisulares de metaloproteasas (TIMP)	Regulan la actividad de las metaloproteasas	TIMP-1, TIMP-2, TIMP-3, TIMP-4

TABLA 56-2. Fases del proceso biológico de cicatrización de heridas

Fases	Procesos biológicos	Fines
Hemostásica	Detención de la hemorragia Formación del coágulo	Evitar más daños
Inflamatoria	Aumento de la permeabilidad vascular Migración de leucocitos y macrófagos	Combatir microorganismos y limpiar la lesión Preparar un entorno favorable
Proliferativa	Formación de vasos sanguíneos (angiogénesis) Síntesis de colágeno Epitelización	Reparar la estructura de los tejidos Recuperar la función
Maduración	Contracción Remodelado de la cicatriz	Aumentar la resistencia a la tensión de la cicatriz

de mediadores solubles, tales como citocinas, factores de crecimiento y factores quimiotácticos. Tiene lugar un aumento en la permeabilidad vascular en torno a la herida y se inicia la migración, hacia el foco de la lesión, de leucocitos, neutrófilos y monocitos que se transforman en macrófagos. Los macrófagos desempeñan un papel clave en el inicio de la fase proliferativa o de reparación, ya que producen los mediadores solubles necesarios (TNF-α, interleucina-1, interleucina-6, interleucina-8 y factor de crecimiento de fibroblastos entre otros). La duración de esta fase es variable, aunque en una herida con buena evolución suele durar entre 20 y 25 días, pero si la herida se cronifica puede prolongarse durante meses.

3. *Proliferativa.* En esta fase se produce la formación de tejido de granulación y síntesis de fibras de colágeno, la formación de nuevos vasos sanguíneos y, finalmente, la epitelización. En este proceso se producen interacciones entre los macrófagos, fibroblastos, células endoteliales y células epiteliales. La formación de nuevos capilares sanguíneos se produce a partir de los bordes de la herida mediante la migración de sus células endoteliales. Los fibroblastos son las células esenciales para la granulación, ya que se encargan de sintetizar y liberar al medio el colágeno tipo III, glucoproteínas y otras sustancias que formarán la matriz extracelular que rellena la herida, formando la cicatriz. La epitelización incluye cambios en las células del estrato basal de la epidermis, que migran y proliferan desde los bordes hacia el interior de la herida.
4. *Maduración o remodelación.* Durante esta fase se reduce el número de capilares sanguíneos del nuevo tejido, mediante agregación en vasos mayores, y la cicatriz se contrae debido a la sustitución de las fibras de colágeno III por colágeno I, lo cual aumenta la fuerza tensil o de resistencia de la misma. Esta fase puede llegar a prolongarse hasta 1 año después de la producción de la lesión.

CLASIFICACIONES DE LAS HERIDAS

Existen diversas clasificaciones de heridas, en función del criterio clasificador que se aplique. Nos vamos a referir solo a las clasificaciones más útiles para la práctica clínica.

Según la evolución de la cicatrización

Una de las clasificaciones más clásicas de las heridas es la que las agrupa en agudas o crónicas, según la forma en que se desarrolla el proceso de cicatrización; aunque no hay un consenso claro sobre este concepto.

- *Heridas agudas.* Son aquellas heridas cuyo proceso de cicatrización progresa por sus diferentes fases de forma ordenada, secuencial y sin complicaciones. Sin embargo, no hay datos suficientes para tener un marco temporal claro del proceso de cicatrización normal, en heridas de diferentes causas.
- *Heridas crónicas.* Son las heridas cuyo proceso de cicatrización no avanza de forma ordenada (secuencial y temporalmente) y/o no consiguen restablecer la integridad estructural o funcional. Las heridas denominadas crónicas se caracterizan porque cicatrizan muy lentamente, se detienen en alguna fase del proceso o simplemente no cicatrizan.

Diversos estudios experimentales han identificado que existen diferencias en la composición molecular de los fluidos entre ambos tipos de heridas, como mayor concentración de metaloproteasas y de citocinas proinflamatorias en heridas crónicas, y que, incluso, estos fluidos pueden transformar una herida aguda en crónica, al detener su cicatrización. De igual forma, una herida crónica se puede llevar a las condiciones de aguda, restableciendo un medio adecuado para que progrese el proceso de cicatrización. Por tanto, esta puede no ser una clasificación adecuada para las heridas, a pesar de ser muy utilizada en la práctica.

Según el tipo de cierre

Según la forma en que se desarrolle el cierre de los bordes, las heridas se clasifican en tres tipos:

- *Cicatrización primaria* o por primera intención. Tiene lugar bajo los bordes cerrados de la herida, bien por sutura quirúrgica o por aproximación espontánea de los bordes (poco frecuente). Es el tipo de cicatrización más habitual en las heridas quirúrgicas o en heridas traumáticas.
- *Cicatrización secundaria* o por segunda intención. La herida permanece con sus bordes separados durante la cicatrización, y esta ocurre desde el fondo de la herida mediante el proceso de granulación. Es la forma de

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

cicatrización de heridas de tipo crónico o de heridas quirúrgicas complicadas.
- *Cicatrización terciaria* o por tercera intención. También llamada de cierre retrasado. Es una herida que inicialmente se deja abierta, cicatrizando por segunda intención, y más tarde se realiza una sutura quirúrgica.

Según la etiología

Aunque no existe una clasificación etiológica de las heridas clara y universalmente aceptada, podemos hacer un esfuerzo para relacionar y organizar los tipos de heridas según su causa (cuadro 56-1), sin que este listado pueda considerarse exhaustivo.

- *Heridas quirúrgicas.* Las heridas realizadas durante procedimientos quirúrgicos, usualmente son suturadas y cicatrizan por primera intención. Suelen considerarse como heridas agudas, ya que cicatrizan de forma rápida, excepto en los casos en que se presentan complicaciones (infección, dehiscencia de sutura) y pasan a ser heridas crónicas con un proceso de cicatrización lento.
- *Heridas traumáticas.* Son heridas abiertas, producidas por fuerzas mecánicas que actúan sobre los tejidos. Según la forma de producción y el agente causante se clasifican en: punzantes (pequeño orificio profundo), incisas (corte de forma lineal), contusas (amplias con bordes irregulares) o una combinación de estas formas. Si estas heridas son limpias, se suturan de forma precoz y se evita la infección, y seguirán una cicatrización rápida como heridas agudas; aunque es bastante frecuente que pasen a ser heridas crónicas con una cicatrización retardada.

CUADRO 56-1. Clasificación etiológica de las heridas

- Heridas quirúrgicas
- Heridas traumáticas
- Úlceras por presión
- Lesiones por humedad
- Úlceras venosas
- Úlceras arteriales
- Úlceras de pie diabético
- Quemaduras
- Úlceras neoplásicas
- Úlceras atípicas
- Úlceras infecciosas

- *Úlceras por presión.* También denominadas úlceras por decúbito, aunque actualmente se prefiere usar el término por presión, para resaltar su causa. Se trata de lesiones de la piel y tejidos subyacentes, usualmente sobre prominencias óseas, que aparecen como resultado de la presión o de presión combinada con cizallamiento y/o fricción. Aunque son más frecuentes en personas mayores, pueden aparecer en cualquier grupo de edad. Se consideran heridas crónicas, ya que siempre siguen un proceso lento de cicatrización.
- *Lesiones por humedad.* Las lesiones o úlceras por humedad se definen como las heridas cuya principal causa es la exposición de la piel a humedad o sustancias irritantes, como orina, heces, exudados u otras. Aunque hasta hace poco tiempo este tipo de lesiones se incluían dentro del concepto de úlceras por presión, en la actualidad hay una tendencia a considerarlas de forma diferenciada, puesto que sus mecanismos de producción, la prevención y el tratamiento son diferentes.
- *Úlceras venosas.* Son lesiones de la piel y tejidos subyacentes, generalmente localizadas en las extremidades inferiores (zonas pretibial y medial junto al tobillo), causadas por la hipertensión venosa ambulatoria. Serían una complicación de la insuficiencia venosa crónica. Las úlceras venosas, junto con las úlceras arteriales, las linfáticas y las úlceras neuropáticas o pie diabético, se incluyen en las denominadas úlceras de pierna o de extremidad inferior. La información más actualizada sobre este tipo de heridas cutáneas se puede encontrar en un reciente documento de la Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior.
- *Úlceras arteriales.* Son úlceras de las piernas con una etiológica isquémica, en las que la disminución del flujo arterial (isquemia crítica) produce descenso de la presión parcial de oxígeno en los tejidos, formación de radicales libres e infarto tisular. Son heridas de tipo crónico, generalmente con mala evolución y difíciles de cicatrizar.
- *Úlceras de pie diabético.* También conocidas como úlceras neuropáticas. El pie diabético se define como una alteración clínica de base neuropática, inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático,

se produce una lesión o úlcera en el pie. La pérdida de sensibilidad en los pies, causada por la neuropatía diabética, es el principal factor de riesgo.

- *Quemaduras.* Son lesiones de la piel y los tejidos subyacentes causadas por energía térmica (calor o frío), u otras formas de energía que se transforman en energía térmica (electricidad, radiación, sustancias químicas) que producen destrucción tisular. No está claro si se trata de heridas agudas o crónicas, ya que aunque su aparición es rápida, con frecuencia su evolución se cronifica. En función de la profundidad se clasifican en: quemaduras de primer grado (epidérmicas), de segundo grado superficial (dermis superficial), de segundo grado profundas (dermis reticular) y de tercer grado (hipodérmicas).
- *Úlceras neoplásicas.* Se definen como las lesiones causadas por la infiltración de un tumor en la piel y los tejidos subyacentes. Los tumores pueden ser primarios (tumores cutáneos) o metastásicos, como los tumores de mama, sarcomas, etc. Son úlceras con un proceso de cicatrización alterado, con muy mala evolución, y con frecuencia solo subsidiaras de cuidados paliativos.
- *Úlceras atípicas.* En este grupo se pueden incluir una serie de patologías sistémicas que producen, entre sus manifestaciones clínicas, lesiones de la piel de tipo ulceroso. Las principales son las úlceras de la anemia falciforme, por vasculitis, *pyoderma gangrenosum* y calcifilaxis.
- *Úlceras infecciosas.* Existen descritas un amplio grupo de lesiones cutáneas ulcerosas debidas a diversos microorganismos. Se caracterizan por una evolución tórpida y mala cicatrización. En este tipo de úlceras se encuentran: úlceras por micobacterias atípicas, úlcera de Buruli (producida por *mycobacterium ulcerans*), úlceras tropicales *(sporotrichosis, chromoblastomicosis, paracoccidioimicosis)*, úlceras por protozoos (amebiasis, dracunculosis, leishmaniosis, miasis) y fascitis necrotizante (infección polimicrobiana).

VALORACIÓN DE LAS HERIDAS

Entendemos por valoración el conjunto de procedimientos de observación y medición que se realiza para obtener datos clínicos sobre una persona o problema de salud y que deben ser registrados en la historia clínica. Tal como expresamos al inicio de este texto, no solo hay que valorar la herida, sino, sobre todo, a la persona que la tiene.

Hay múltiples formas de abordar esta valoración, que puede incluirse dentro de una valoración general de estado de salud de la persona. Un esquema conceptual sencillo para hacerla es el propuesto por Morison, que sugiere valorar los siguientes aspectos:

1. Causa inmediata de la herida, como puede ser un pequeño traumatismo para una úlcera venosa, o una úlcera de pie diabético; inmovilidad prolongada en una úlcera por presión, etc.
2. Enfermedades subyacentes o relacionadas con la herida, tales como insuficiencia venosa, paraplejía, diabetes.
3. Otras enfermedades del paciente que puedan alterar el proceso de cicatrización, tales como diabetes mellitus, desnutrición, enfermedades inmunitarias, tratamientos con corticoides, etc.
4. Valoración local de la herida. Implica el examen detallado de la zona de la herida y del estado de los tejidos. Lo veremos detalladamente más adelante.
5. Afectación de la calidad de vida del paciente debido a la herida. Hay que considerar: la función física, dolor, aspectos sociales y aspectos emocionales.
6. Situación social y familiar del paciente y entorno de cuidados adecuado para la curación de la herida. Incluye la posible implicación de cuidadores familiares en el cuidado de la herida.

Para la valoración local de la herida o úlcera, se han descrito diversos sistemas, algunos generales, para cualquier tipo de herida, y otros específicos para heridas etiológicas específicas (úlceras por presión, pie diabético, etc.). Aquí solamente citaremos un esquema general con los aspectos básicos que deben tenerse en cuenta en la valoración local de la herida, y que deben adaptarse en función del tipo concreto de herida que se esté valorando; por ejemplo, no es igual valorar una herida quirúrgica suturada que una úlcera venosa de meses de evolución. Los aspectos a incluir en la valoración son:

- Causa o etiología de la herida.
- Localización anatómica.
- Tiempo de evolución.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Tamaño de la lesión: largo por ancho. Bien por medición directa o por planimetría.
- Forma de la lesión.
- Profundidad o tipo de tejido afectado. O bien sistema de clasificación específico, según tipo de herida.
- Presencia de fístulas o tunelizaciones.
- Exudado: cantidad, color y consistencia.
- Presencia de signos que indiquen infección.
- Estado de la piel perilesional.
- Presencia de maceración en los bordes.
- Bordes de la lesión: abiertos, suturados, etc.
- Aspecto del tejido de lecho de la lesión: tipo de tejidos, presencia de necrosis, esfacelos y tejidos de granulación.
- Presencia y grado de dolor en la zona de la lesión.
- Evolución de la lesión con respecto al inicio de la valoración.

CUIDADOS A PERSONAS CON HERIDAS

A partir de una valoración global de la persona que sufre las heridas, es posible planificar unos cuidados adecuados, tanto generales como locales, en la herida o heridas. El objetivo es crear o mantener unas condiciones favorables para que se produzca el proceso de cicatrización de la herida. Los cuidados generales incluyen:

- *Mejorar la nutrición.* Cada vez existen más evidencias sobre el efecto negativo que la malnutrición ejerce sobre la cicatrización de heridas. Los cuidados implican: a) valorar la situación nutricional del paciente mediante alguno de los instrumentos de valoración disponibles; b) determinar si hay necesidades nutricionales adicionales o no cubiertas, y c) establecer la mejor forma de proporcionar suplementos nutricionales (suplementos orales, nutricional enteral o nutrición parenteral). Los suplementos nutricionales orales a base de energía, proteínas, algunos aminoácidos, vitaminas y minerales pueden contribuir favorablemente en el proceso de cicatrización de las heridas. Recientemente se está investigando el efecto que un aporte suplementario de nutrientes como arginina, prolina o ácido α-lipoico tienen sobre la cicatrización.
- *Reducir el dolor.* Es habitual que un paciente con heridas tenga dolor. Puede ir desde el dolor agudo de una herida traumática o quirúrgica, hasta el dolor crónico y prolongado de las úlceras crónicas, sean arteriales, venosas o por presión. Puesto que el dolor es una experiencia subjetiva individual, es necesario realizar una valoración específica del grado de dolor en cada paciente. Existen diversos instrumentos disponibles (cuestionario de dolor de McGill, escala visual analógica). Para el manejo del dolor hay dos intervenciones necesarias: 1) administración de fármacos analgésicos, del tipo y dosis adecuada a cada paciente (desde AINE hasta opiáceos), y 2) manejar el dolor relacionado con la cura local de la herida y el cambio de apósito.
- *Proporcionar educación al paciente y a sus cuidadores.* La puesta en marcha de un plan de educación individualizada para cada paciente con heridas y, si el apropiado, para sus cuidadores, facilita el logro de los objetivos de tratamiento.

CUIDADOS LOCALES DE LA HERIDA

Preparación del lecho de la herida

Para que una herida crónica cicatrice y rompa el proceso de anomalías fisiológicas que lo impiden, es preciso preparar el lecho de la lesión para crear unas condiciones favorables. La técnica para la preparación de lecho de la herida es internacionalmente conocida por su acrónimo inglés TIME (en referencia al Tejido no viable, la Infección, la humedad *[Moisture]* y la estimulación de la cicatrización a partir de los bordes *[Edge]*). El objetivo de esta técnica es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, el exudado y la carga bacteriana, y la corrección de las anomalías que retrasan la cicatrización, para facilitar el proceso endógeno normal de la cicatrización de heridas.

Control del tejido no viable

El tejido desvitalizado, también llamado tejido necrótico, está constituido por células muertas y detritus celulares (bacterias, exudados y restos metabólicos) que son la consecuencia de la destrucción de tejidos. Este tejido actúa como barrera para la curación de la herida, ya que produce hipoxia y un flujo sanguíneo pobre causantes de senescencia celular. La eliminación del tejido desvitalizado es fundamental para conseguir las

condiciones óptimas para la cicatrización, disminuyendo el riesgo de infección. Por tanto, es preciso realizar una limpieza y desbridamiento efectivos para minimizar la contaminación y mejorar la curación. La limpieza debe realizarse mediante irrigación con suero fisiológico (o con agua potable, si no se dispone de este). Existen varios tipos de desbridamiento: quirúrgico, enzimático, autolítico, osmótico o mecánico; la elección del tipo dependerá de las características de la herida y los objetivos del tratamiento. Las guías de práctica clínica recientes pueden ayudar a orientar este aspecto, como la Guía Práctica Clínica del Servicio Andaluz de Salud.

Control de la infección y de la carga bacteriana

Hoy sabemos que una elevada carga bacteriana en la herida retrasa o impide la cicatrización. Recientemente se ha evidenciado la importancia de los *biofilms,* como formas organizadas de contaminación bacteriana.

Los *biofilms,* o películas biológicas, son comunidades de células microbianas, adheridas a la superficie, en este caso de las heridas, recubiertas con un limo que las protege de la fagocitosis y de la acción de los antibióticos y antimicrobianos, siendo hasta 500-1.000 veces más resistentes a antibióticos que las bacterias libres. Por tanto, hasta que no son eliminadas mediante desbridamiento, la cicatrización no se produce, ya que son capaces no solo de protegerse, sino además de acelerar los procesos de senescencia celular y perpetuar la fase inflamatoria. Su existencia en heridas crónicas ha quedado demostrada, hasta el punto de que hay estudios, como el de Serralta et al., que muestran que el 70% de las heridas crónicas presentan *biofilms* maduros frente a solo un 10% de las heridas agudas.

Control del exudado

Sabemos la importancia del ambiente húmedo en el proceso de cicatrización de las lesiones desde hace más de 50 años. Sin embargo, el exceso de exudado en las heridas crónicas se ha asociado con un bloqueo de la proliferación celular y la angiogénesis y el acúmulo de cantidades excesivas de metaloproteinasas de matriz (MMP), lo que puede provocar el «atrapamiento de factores de crecimiento» que afecta a la cicatrización.

En las heridas crónicas, especialmente cuando son muy exudativas, se recomienda utilizar apósitos que controlen el exceso de exudado de las lesiones, sin desecar el lecho de la úlcera, y es indispensable además la protección de la piel perilesional del exudado y otras agresiones para evitar la migración de las lesiones (cicatrización por el borde superior y avance de la misma por el borde inferior).

Estimulación de la cicatrización

Actualmente, disponemos de buenas evidencias para recomendar la cura en ambiente húmedo para la estimulación de la cicatrización, aunque aún no hay evidencias de que un producto basado en la cura en ambiente húmedo sea superior a otro. Por tanto, para la elección del producto adecuado es imprescindible tener en cuenta el tipo de tejido, el exudado, el dolor, la localización, la piel perilesional, el tiempo del cuidador, etc. Existe una amplia gama de apósitos y productos de tratamiento local de heridas, entre los que están: hidrocoloides, alginatos, hidrogeles, espumas de poliuretano, productos con plata, colágeno y productos compuestos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alós-Moner Vila M, Santamaría Andrés E. La piel: anatomía y fisiología. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds.). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004. p. 15-22.

Araujo T, Kirsner RS. Atypical wounds. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 391-407.

Ayello EA, Baranoski S, Lyder CH, Cuddigan J. Pressure ulcers. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 254-86.

Baranoski S, Ayello EA. Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Baranoski S, Ayello EA, Langemo DK. Wound assessment. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 77-92.

Baranoski S, Ayello EA, Tomic-Canic M. Skin: An essential organ. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 47-63.

Black JM, Black SB. Surgical wounds, tubes, and drains. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 373-90.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Bucalo B, Eaglstein WH, Falanga V. Inhibition of cell proliferation by chronic wound fluid. Wound Rep Reg. 1993;1(3):181-6.

Conferencia Nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior.Documento de consenso CONUEI. [Monografía en internet]. EdikaMed. 2009. [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=8.

Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Lubbers M, et al. Statement of the european pressure ulcer advisory panel-pressure ulcer classification: Differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32(5):302-6.

Ennis WJ, Valdes W, Salzman S, Fishman D, Meneses P. Trauma and wound care. En: Morison ML, Ovington LG, Wilkie K (eds.). Chronic wound care. A problem-based learning approach. Edinburgh: Mosby; 2004. p. 291-307.

Falanga V. Classification for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Rep Reg. 2000;8(5): 347-52.

Gago Fornells M, García González F, Rodríguez Palma M, López Casanova P, Verdú Soriano J. Úlceras tropicales: la que se nos viene encima. Gerokomos. 2010;21(2):74-9.

García-Fernández FP, Ibars Moncasí P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, et al. Incontinencia y úlceras por presión. Serie documentos técnicos GNEAUPP n.º 10. [Monografía en internet]. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas; 2006. [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=18.

García-Fernández FP, Martínez Cuervo F, Pancorbo-Hidalgo PL, et al. Desbridamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Gerokomos. 2005;16(3):158-65.

García-Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo-Hidalgo PL, García Pavón F, González Jiménez F, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. [Monografía en internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007. [Consultado el 8 de febrero de 2013.] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=283.

García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, et al. Eficacia de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática con metaanálisis. Gerokomos. 2007;18(1):36-51.

Jones V, Harding K, Stechmiller J, Schultz G. Acute chronic wound F healing. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 64-76.

Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR, Percoraro RE, Rodeheaver G, Robson MC. Definitions and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. Wound Rep Reg. 1994;2(3):165-70.

Leong M, Philips LG. Cicatrización de las heridas. En: Towsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL (eds.). Tratado de cirugía. 17.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005. p. 183-207.

Morison MJ. A framework for patient assessment and care planning. En: Morison MJ, Ovington LG, Wilkie K (eds.). Chronic wound care. A problem-based learning approach. Edinburgh: Mosby; 2004.

Orbegozo Aramburu A, Añón Vera JL, Santamaría Andrés E, Alós-Moner Vila M, Ylla Boré E, Ferrer Solá M, et al. Heridas neoplásicas. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds.). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004. p. 387-401.

Ovington LG, Schultz GS. The physiology of wound healing. En: Morison MJ, Ovington LG, Wilkie K. (eds.). Chronic wound care. A problem-based learning approach. Edinburgh: Mosby; 2004. p. 83-100.

Petit i Jornet JM, Teixidó Vidal X, Santamaría Andrés E. Quemaduras. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds.). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004. p. 361-84.

Phillips TJ, Al-Armoudi HO, Leverkus M, Park HY. Effect of chronic wound fluid on fibroblasts. J Wound Care. 1998;7(10):527-32.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 21.ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 1992.

Romo Sanz MA. Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo. Salamanca: Librería Cervantes; 1999.

Rueda López J, Roldán Valenzuela A, Míguez Vázquez M, Lizundia Sánchez S, Sáenz Sáenz E. Úlceras arteriales Atención al paciente con úlceras arteriales. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds.). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004. p. 305-28.

Saarialho-Kere UK. Patterns of matrix metalloproteinase and TIMP expression in chronic ulcers. Arch Dermatol Res. 1998;290 Suppl:47-54.

Serralta VW, Harrison-Balestra C, Cazzaniga AL, et al. Lifestyles of Bacteria in Wounds: Presence of Biofilms? Wounds. 2001;13(1):29-34.

Sieggreen MY, Kline RA, Sibbald RG. Arterial ulcers. En: Baranoski S, Ayello EA (eds.). Wound care essentials. Practice principles. 2.ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 317-37.

Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Arboix i Perejamo M. Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE (eds.). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004. p. 183-96.

Verdú Soriano J, Perdomo Pérez E. Nutrición y heridas crónicas. Serie documentos técnicos GNEAUPP n.º 13. [Monografía en internet]. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento sobre úlceras por presión y heridas crónicas; 2011. [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=59.

World Union of Wound Healing Societies. Disminución del dolor en las curas relacionadas con los apósitos. Documentos de consenso. [Monografía en internet]. 2004. Londres. MEP. [Consultado el 8 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=29.

C A P Í T U L O 5 7

Hipertensión arterial: educación para la salud

Antonio Jesús Ramos Morcillo, Serafín Fernández Salazar
y Juana María Granero Moya

INTRODUCCIÓN

El control de la hipertensión arterial (HTA) se hace hoy día más necesario que nunca, al igual que el control de otros factores de riesgo, debido a que progresivamente la población va envejeciendo y, por extensión, estos factores de riesgo aumentan progresivamente su prevalencia. De no poder controlarlos, el sistema sanitario se enfrenta a una dura carga económica y asistencial tanto de enfermedades cardiovasculares, como renales y neurológicas en los próximos años.

Debemos observar, por tanto, la distribución de las cifras de presión arterial en la población española (tabla 57-1), así como señalar que aunque las guías recomiendan objetivos de presión arterial menores, algunos autores indican que el tratamiento de los pacientes con objetivos de presión arterial inferiores al estándar ≤140-160/90-100 mmHg no reduce la mortalidad ni la morbilidad.

No debemos olvidar que existe una íntima relación entre la HTA y el resto de factores de riesgo que nos conducirían hasta el desarrollo de una enfermedad cardiovascular (ECV). Así, podemos encontrar personas que no siendo hipertensos, pero sí teniendo varios factores de riesgo, tienen un mayor riesgo absoluto de eventos cardiovasculares relacionados con la presión arterial que personas hipertensas sin estos factores de riesgo. De las 54.000 muertes totales anuales ocurridas en la población española de edades medias en los años noventa, 3.500 muertes recaen en niveles de presión arterial considerados normales o normales-altos.

Datos epidemiológicos

La prevalencia de la HTA en los países desarrollados presenta unas cifras muy altas, ya que afecta a casi el 40% de los adultos. Si hablamos de adultos en España, la prevalencia de la HTA es de aproximadamente un 35%. Esta cifra apenas ha oscilado en el período 1990-2002. En edades medias, la prevalencia llega hasta el 40% y en mayores de 60 años a más del 60%. Se estima que afecta a unos 10 millones de individuos adultos. Aunque factores como el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las cifras de obesidad podrían contribuir a elevar la prevalencia de HTA en los próximos años.

Hay dos aspectos especialmente relevantes: en primer lugar, las cifras de control de la HTA, en el total de personas hipertensas en el año 2002, solo llegaban al 14% y, en segundo lugar, que solo hay un 55% de hipertensos con tratamiento, por tanto existe una necesidad evidente de mejorar ambas cifras. Algunos autores apoyan la prueba de que el control de la hipertensión en la comunidad está lejos de ser óptimo y postulan como una de las razones principales que los pacientes con hipertensión a menudo no ingieren la medicación como se ha prescrito. Para mejorar esta situación nos indican que la reducción del número de dosis diarias parece ser eficaz para aumentar el cumplimiento de la medicación y debe probarse como una estrategia de primera línea.

OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PERSONAS HIPERTENSAS

Los objetivos principales a perseguir en personas hipertensas e incluso en personas con presión arterial normal-alta están vinculados, como no podía ser de otra manera, a los estilos de vida (fig. 57-1). Dichos objetivos se siguen manteniendo en personas que tienen instaurado un tratamiento farmacológico.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 57-1. Distribución de los niveles de presión arterial e HTA en España

Carácter de la PA	Normotensión o HTA controlada			Hipertensión		
	Óptima	Normal	Normal-alta	Grado 1	Grado 2	Grado 3
PAS mmHg/PAD mmHg	< 120 y < 80	120-9 o 80-4	130-9 o 85-9	140-59 o 90-9	160-79 o 100-9	≥ 180 o ≥ 110
Prevalencia en personas de 35-65 años	23%	17%	17%	28%	11%	4%
Prevalencia en personas ≥ 60 años	10%	14%	20%	36%	15%	5%

Fuente: Banegas (2005).

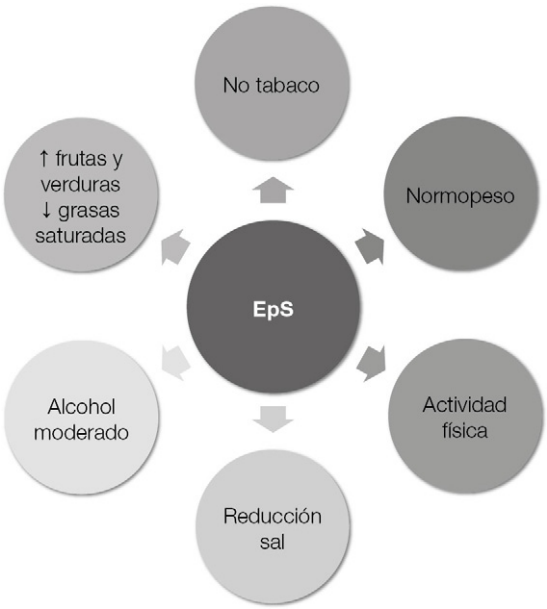


FIGURA 57-1. Hábitos de vida relacionados con un descenso de la presión arterial.

Con la consecución de dichos objetivos se pretende disminuir la presión arterial, el control de otros factores de riesgo y afecciones clínicas y la disminución del número y la dosis de antihipertensivos que es posible que tengan que utilizarse posteriormente. Las medidas relacionadas con los hábitos de vida no están probadas en la prevención de complicaciones cardiovasculares en los hipertensos.

Nuestros cuidados, utilizando como instrumento la educación para la salud (EpS), se centrarán en estos hábitos. Pero debemos señalar que la EpS no se debe entender como una mera transmisión de información, sino como una estrategia dirigida a mantener o facilitar la adquisición de comportamientos saludables o modificar los insanos. Existe, además, evidencia de que la atención a los pacientes hipertensos debe ser organizada y debe incluir intervenciones educativas y de promoción del autocuidado. La modificación de comportamientos no es tarea fácil y conseguir esta modificación es costoso y complicado. Es imprescindible diseñar un plan de actuación estratégico que ponga en funcionamiento todos los elementos necesarios con este fin. Existen autores que nos indican que las intervenciones que utilizan asesoramiento y educación dirigidos al cambio conductual pueden ser eficaces para reducir la mortalidad en las poblaciones hipertensas y diabéticas de alto riesgo. Y sus resultados sugieren que las intervenciones de promoción de la salud tienen utilidad limitada en la población general, ya que no reducen la mortalidad total, la cardiopatía coronaria o los eventos clínicos en la población general. A su vez, hay autores que nos indican que, en la mejora de

los tratamientos en personas hipertensas, algunas estrategias motivacionales e intervenciones complejas parecen alentadoras, aunque aún es necesario confirmar estos resultados.

Veamos con más detenimiento dichas medidas que guardan relación con los hábitos de vida y que poseen capacidad para reducir la presión arterial o el riesgo cardiovascular y que, por tanto, debemos trabajar. Esta es un área de gran importancia y se hace necesario recordar que si bien no hay estudios sobre la eficacia de las modificaciones sobre los estilos de vida en la HTA en términos de morbilidad y mortalidad cardiovascular, pequeños descensos en las cifras de presión arterial se han asociado con reducciones significativas en la morbilidad y mortalidad cardiovascular en estudios de cohortes.

Abandono del tabaco

El tabaquismo es un predictor de una futura elevación de la presión arterial sistólica. Produce una elevación brusca de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca.

Constituye un factor de riesgo cardiovascular muy potente y probablemente su abandono sea la medida que, de manera aislada, sea más eficaz en la prevención de las enfermedades cardiovasculares (incluidos accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio). Se ha observado que la esperanza de vida de quienes dejan de fumar antes de la edad madura, normalmente, no difiere con respecto a la de los que nunca han fumado. Por consiguiente, en nuestros cuidados, la atención a este tema cobra un interés especial y se aconsejará a los fumadores hipertensos que abandonen el tabaco. En caso necesario e indicado, se contemplará la sustitución con nicotina o el tratamiento con bupropión o vareniclina.

El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de enfermedad coronaria y otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo. La exposición al tabaquismo pasivo parece haber disminuido en los países en los que se han introducido normativas para proteger a los no fumadores y exfumadores del humo del tabaco ambiental.

Reducción del peso en caso de sobrepeso

Hoy día es conocido que el peso corporal se relaciona directamente con la presión arterial y que un exceso de grasa corporal predispone, cuando menos, a un aumento de la presión arterial y posiblemente a una hipertensión. Por tanto, una reducción de peso disminuye la presión arterial en pacientes obesos y además aporta efectos beneficiosos sobre otros factores de riesgo relacionados con enfermedades cardiovasculares. Reducciones de la presión arterial sistólica y diastólica media relacionadas con una pérdida de peso media de 5,1 kg consiguen disminuir 4,4 y 3,6 mmHg, respectivamente.

Una pérdida de peso modesta, con o sin reducción del sodio, puede prevenir la HTA en los sujetos con sobrepeso y una presión arterial en el límite alto de la normalidad, así como facilitar una disminución de la medicación y la retirada de fármacos. La estabilización del peso es un resultado en salud importante a perseguir, ya que en personas de edad madura el peso corporal con frecuencia aumenta entre 0,5-1,5 kg/año.

Moderación del consumo de alcohol

Debemos tener en cuenta que el alcohol atenúa los efectos de la farmacoterapia antihipertensiva, si bien este efecto es parcialmente reversible en el plazo de 1-2 semanas mediante una moderación del consumo en cerca de un 80%. Un dato importante a tener en cuenta es la relación lineal entre consumo de alcohol, cifras de presión arterial y prevalencia de hipertensión.

Se ha observado que la reducción de alcohol conlleva una disminución significativa de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica. Además un consumo elevado de alcohol se acompaña de un riesgo alto de accidente cerebrovascular (mayor riesgo en los episodios de borrachera). Por tanto, la recomendación para los hipertensos que consumen alcohol es que lo limiten a no más de 20-30 g de etanol al día, en el caso de los varones y a no más de 10-20 g en el de las mujeres. En nuestro medio se consideran límites de bajo riesgo poblacional (no requieren disminución en el consumo) el consumo inferior a 17 unidades/semana para varones y 11 unidades/semana para mujeres (1 unidad de alcohol = 1 vaso de vino [100 ml] = 1 caña de cerveza [200 ml] = medio whisky [25 ml]= 8 a 10 g de alcohol).[1]

Actividad física

Aunque popularmente pensemos otra cosa, la ausencia de forma física es un factor independiente de la presión arterial y otros factores de riesgo

[1]Cálculo exacto de gramos de alcohol = graduación × volumen en ml × 0,79.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

para predecir la mortalidad de origen cardiovascular. Un entrenamiento de resistencia aeróbica dinámica reduce la presión arterial sistólica y diastólica en reposo en 3/2,4 mmHg y la presión arterial diurna ambulatoria en 3,3/3,5 mmHg. La reducción de la presión arterial en reposo es mayor en los hipertensos (–6,9/–4,9 mmHg) que en normotensos (–1,9/–1,6 mmHg).

La realización moderada de ejercicio reduce la presión arterial y conlleva además otra serie de beneficios añadidos como son la disminución del peso corporal, de la grasa corporal y el perímetro de la cintura, además de aumentar la sensibilidad a la insulina y las concentraciones de colesterol HDL.

Una de las principales recomendaciones que podemos ofrecer en personas sedentarias es que practiquen ejercicio de intensidad moderada de forma regular, 30-45 min diarios. Se proponen actividades físicas de resistencia tales como caminar, correr o nadar. Asimismo, debemos evitar ejercicios isométricos intensivos (p. ej., levantamiento de pesas). En caso de una HTA mal controlada, el ejercicio no se debe recomendar hasta que las cifras de presión arterial no estén normalizadas.

Reducción del aporte de sal

Los estudios epidemiológicos indican que el aporte alimentario de sal es un factor que contribuye a la elevación de la presión arterial y, por tanto, a la prevalencia de hipertensión. Una reducción del aporte de sodio en 4,7-5,8 g de cloruro sódico al día (80-100 mmol/día) partiendo de un aporte inicial de unos 10,5 g de cloruro (180 mmol/día) sódico al día disminuye la presión arterial en una media de 4-6 mmHg.

Existen estudios que nos indican que a corto plazo, en personas con hipertensión, las dietas hiposódicas producen descensos útiles de la presión arterial, pero se desconocen los perjuicios o los beneficios globales, ya que hay pocas pruebas de beneficios a largo plazo de la reducción de la ingesta de sal. En personas con hipertensión, las dietas hiposódicas producen una mayor reducción de la presión arterial y serían útiles como parte de un programa para reducir la presión arterial. En personas con unas cifras de presión arterial normales no hay pruebas de que deban reducir la cantidad de sal que comen o beben.

Debemos pensar en la posibilidad del aumento del efecto antihipertensivo cuando esta restricción del sodio se une a otros consejos nutricionales, y así permitirnos una reducción en las dosis y el número de antihipertensivos utilizados para un control óptimo de las cifras de presión arterial.

Esta restricción del sodio tiene efectos sobre la presión arterial mayores en personas de edad madura, edad avanzada, hipertensas, diabéticas, con nefropatía crónica y en personas de piel negra. En concreto, en el caso de personas de entre 60 y 80 años esta reducción moderada de la ingesta de sal, y apoyada por la educación sanitaria, puede evitar incluso la necesidad de tratamiento farmacológico.

El aporte diario recomendado de sodio se ha reducido a 3,8 g/día, de cloruro sódico (65 mmol/día), aunque debemos pensar que esta cifra puede ser difícil de lograr. Por tanto, menos de 5 g/día de cloruro sódico (85 mmol/día) parece que puede ser una recomendación alcanzable.

Aumento del consumo de frutas y verduras y disminución del de grasas saturadas y totales

Suplementos en dosis altas de ácidos grasos poliinsaturados ω-3 (con frecuencia denominados aceite de pescado) pueden reducir la presión arterial en los sujetos hipertensos, aunque este efecto normalmente se observa en dosis relativamente altas ($\geq$ 3 g/día), así se consiguen las reducciones de la presión arterial sistólica y diastólica media que fueron de 4 y 2,5 mmHg, respectivamente.

Como medida general, se aconsejará a las personas hipertensas que ingieran más frutas y verduras (4-5 raciones o 300 g de verduras al día), coman más pescado y reduzcan el aporte de grasas saturadas y colesterol. Un consumo de potasio produce un beneficio (modesto) en el descenso de cifras de presión arterial en hipertensos, y este efecto es mayor en quienes no reciben tratamiento farmacológico, no siguen dieta hiposódica y en personas de piel negra.

Además de los estilos de vida que hemos desarrollado debemos decir que otras medidas, como el control del estrés, no se recomiendan como medida general en nuestro medio para el tratamiento de la HTA. Asimismo, el incremento del aporte de fibra o los suplementos de calcio o magnesio no tienen evidencias suficientes como para recomendarlos. Tampoco la tiene la indicación de potasio sin una valoración

individualizada. Con respecto al consumo de café, no es necesario eliminarlo de la dieta de las personas hipertensas ya que solo un consumo superior a cinco tazas al día podría tener efectos sobre la presión arterial.

LECTURAS RECOMENDADAS

Agustín Arguedas J, Pérez MI, Wright JM. Objetivos de presión arterial para el tratamiento de la hipertensión. 2009. (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, n.° 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

Appel LJ, Espeland MA, Easter L, Wilson AC, Folmar S, Lacy CR. Effects of reduced sodium intake on hypertension control in older individuals: results from the Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). Arch Intern Med. 2001;161:685-93.

Banegas J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión. 2005;22(9):353-62.

Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Intervenciones sobre múltiples factores de riesgo para la prevención primaria de la cardiopatía coronaria. 2011. (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858. CD001561.

Frías Osuna A, Palomino Moral PA. Programación de las actividades de educación para la salud. En: Frías Osuna A (ed.). Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. p. 409-21.

Jürgens G, Graudal NA. Efectos de una dieta baja en sodio versus una dieta alta en sodio en la presión arterial, la renina, la aldosterona, las catecolaminas, el colesterol y los triglicéridos. 2008. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.° 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007;25(6):1105-87.

Marín R. Guía española de hipertensión arterial. Sociedad española de hipertensión-liga española para la lucha contra la hipertensión arterial (SEH-LELHA). 2005. [Consultado en junio de 2011]. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm.

Martínez López MC, Sánchez Jurado L. Atención al paciente con hipertensión arterial. En: Frías Osuna A (ed.). Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 351-76.

Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, Grimm R, Cornell J, Summerbell CD, et al. Dieta para reducir el peso corporal y controlar la hipertensión arterial en adultos. 2008. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). Hypertension. Management of Hypertension in adults in primary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2006.

Rotaeche del Campo R, Aguirrezabala Jaca J, Balagué Gea L, Gorroñogoitia Iturbe A, Idarreta Mendiola I, Mariñelarena Mañeru E, et al. Guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial (actualización 2007). Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2008.

Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. 2008. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.° 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.

Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. JAMA. 1998;279:839-46.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 5 8

Historia clínica en atención primaria

Francisco José Cerón Inglés

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el documento por el cual todos los profesionales de los centros de salud registran todas las actividades realizadas sobre los clientes asignados a ese centro. Aparte de su utilización clínica, que es la fundamental, debemos pensar en su necesidad para la realización de los estudios epidemiológicos de las zonas a la que pertenecen los clientes y las posibles medidas de corrección que sobre ellas se puedan efectuar así como la evaluación y valoración de los profesionales que estén implicados en dicho centro de salud.

La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal a todos los niveles de atención en salud primaria o especializada.

EVOLUCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Se han encontrado vestigios de historias clínicas que se remontan a más de 25.000 años en forma de murales y siluetas que muestran trepanaciones y amputaciones. Los orígenes del concepto actual de historia clínica vienen desde Hipócrates, 460 años antes de Jesucristo. La estructura de la historia clínica tradicional se inicia en el siglo XVIII (canon de BOERHAAVE).

Desde que se conocen los principios de la medicina siempre se ha intentado guardar datos (pequeños ficheros) sobre los pacientes, su evolución, los tratamientos puestos a estos, así como la composición de ellos. A medida que estos ficheros se incrementaban también se iban modificando los ficheros, pues cada vez más se realizaban mayor número de pruebas y había que almacenarlas. Otro problema que surgió fue la confiabilidad de los datos allí almacenados que podía ser perjudicial para los clientes, por lo cual se crearon siglas y colores para determinadas patologías susceptibles de ser perjudiciales si salían fuera de los ámbitos clínicos. Hasta este momento todo se desarrollaba en formato papel, por lo cual empezaron a crearse almacenes que hasta prácticamente nuestros días se están utilizando, pero que gracias a las nuevas tecnologías en informática están pasando a este soporte; así pues, no hay que recoger del almacén el formato papel, sino que con un simple clic podemos tener reflejada la historia en el monitor.

Como en todos los casos de evolución de sistemas de recogida de datos, desde el principio cuando se utilizaba el papel y después con los soportes electrónicos siempre ha habido detractores (si se pasa más tiempo escribiendo, no hay papel; se cae la red, no se ven bien las imágenes, no se puede explorar al cliente, etc.). Pero el esfuerzo realizado por los profesionales que lo utilizan como medio de trabajo está demostrando que su utilidad es beneficiosa, tanto para el cliente como para el profesional que la utiliza.

Antes de pasar a desmembrar una historia clínica, un apunte que creo sería muy importante tanto para los profesionales de primaria como los de especializada es la unificación de las dos historia clínicas (primaria frente a especializada o especializada frente a primaria), pues de este modo se evitarían muchas veces gran parte de la repetición de las pruebas, que provocan un posible malestar por parte del cliente y a su vez un encarecimiento del diagnóstico a la sanidad pública.

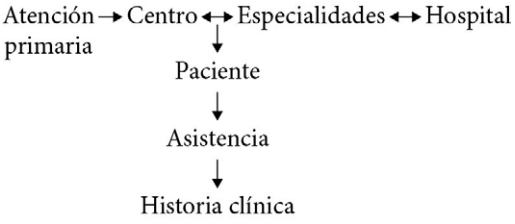
HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica ha de ser claramente legible, evitando la utilización de símbolos y/o abreviaturas, salvo cuando estos sean reconocidos o estén consensuados por el grupo.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

El concepto de historia clínica en el ámbito hospitalario es por la curación de procesos y, por lo tanto, está enfocado a la clínica que desarrolla el individuo y que por su complejidad, sean pruebas o técnicas especiales, ha de efectuarse en el medio hospitalario y, por regla general, es de una evolución más o menos rápida pues una vez resuelta, el cliente salvo complicaciones o revisiones no acude más al centro hospitalario.

Sin embargo, en el ámbito de la atención primaria el cliente ha de verse por el profesional como un todo. Pues aparte de los procesos más o menos agudos, debemos pensar en el entorno que lo envuelve, tanto familiar como social.



Toda la información que introduzcamos en la historia clínica ha de ser datada y firmada de forma clara (Ley 17/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de derechos y obligaciones en materia de información clínica del paciente de la Comunidad Valenciana).

Tres factores debemos dejar claros en la historia clínica: 1) el contenido, que son los datos que vamos a incluir en esa historia; 2) el continente, que es la estructura física donde se recogen, y 3) la ordenación de los documentos con su cronología correspondiente, incluido el del fallecimiento, con el que se cerrará la historia clínica.

Otro factor que se podría incluir dentro de la historia clínica es el de quiénes son los profesionales que van a tener acceso a dicha historia (médicos, enfermeros, auxiliares, trabajadores sociales, etc.). Este estará reglado por la dirección de los centros con claves que se darán a cada profesional y que será personal e intransferible. Si en algún momento se hiciera utilización de esa historia y esta fuese en soporte de papel, quedaría constancia de quién la ha pedido, ya que se anotaría en la misma; por otro lado, si la historia fuese en soporte informático, al tener que poner la clave, quedaría registrado en el servidor de la red quién la ha utilizado.

También debemos tener en cuenta como mecanismo de defensa y protección tanto del cliente como del profesional la Ley 5/92, de 29 de octubre, de protección de datos, la cual obliga a los centros sanitarios y hospitalarios a proteger toda la información que contenga la historia clínica de cada paciente, es decir, tanto los datos personales como los clínicos, ya que estos podrían ser utilizados a favor y en contra, tanto del paciente como del profesional. Por lo cual, el único que podría acceder a esos datos, además del cliente y el profesional sanitario, sería un juez con una orden que remitida al director del centro sanitario y por la cual podría solicitar o bien una copia o incluso el original.

UTILIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Atención al paciente: es la principal y sobre la que va a girar el sistema sanitario.
- Investigación: no solo es un paciente el que se puede investigar, es un número que cuanto mayor sea menos posibilidades de desviación tendremos. De ahí el hacer hincapié en la utilización de la historia clínica.
- Enseñanza: con ella nuestros futuros profesionales sanitarios encontrarán datos de relevancia, con los cuales el diagnóstico y la cura de los clientes les será más fácil de resolver.
- Evaluación de la asistencia: tanto por nosotros mismos, como por el resto de compañeros, pues tenemos que ver esta evaluación como un resultado positivo al trabajo y no como una manera de superar una prueba calificadora. Sin darnos cuenta, pasamos esta evaluación en las sesiones clínicas que venimos realizando desde hace tiempo en el sistema sanitario.
- Administración y gestión de recursos sanitarios: en este apartado podemos ver ítems como actuación del personal, indicadores terapéuticos, uso de servicios directos del propio centro, indirectos de otros centros públicos y concertados con los privados, costes de fármacos, costes de exploraciones, etc.
- Uso legal: es la base para la defensa ante actuaciones improcedentes con perjuicio del paciente, justificar las reclamaciones por invalidez y, en cuanto a los profesionales, la defensa ante actuaciones improcedentes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

SOPORTES

Como se ha dicho anteriormente, existen dos tipos de soporte: el tradicional, ya prácticamente obsoleto, que es el papel, y el que lo ha desbancado, el informático (Abucasis II en la Comunidad Valenciana) que es el que está confirmado hasta el momento como el mejor soporte para el volumen de trabajo que se realiza en el medio sanitario.

Hablamos poco del sistema de papel, pues su mayor inconveniente es el almacenamiento, en primer lugar, pues la población se va haciendo más longeva y, por lo tanto, utiliza más los medios sanitarios por necesidad biológica. Se le piden más pruebas complementarias, se les visita más y muchas veces se traspapelan las pruebas e incluso las historias.

En los centros se acumulaban grandes cantidades de historias y los documentalistas tenían que ingeniárselas para poder almacenarlas y a la vez poder sacarlas cuando los profesionales las necesitaran. Se dan casos en muchos centros de salud y grandes hospitales, que han tenido que alquilar centros para almacenaje fuera de su propio hospital, y donde diariamente se piden y devuelven historias para poder atender la demanda diaria de dichos centros.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Es el soporte que cada vez está cogiendo mayor relevancia, y terminará desbancando al retrógrado papel. De la historia clínica electrónica casi todos hemos oído bondades y defectos, pero en lo que todos debemos de estar de acuerdo es en que es el futuro y que ya lo tenemos a la vuelta de la esquina. Por lo tanto, teniendo en cuenta la rapidez con que evoluciona la informática, la historia clínica electrónica será el día a día para los profesionales de la sanidad.

El concepto de historia clínica electrónica no ha cambiado con respecto al que venimos utilizando para la historia clínica en soporte de papel, es más, se ha aprovechado al máximo la experiencia que se saca del formato papel para mejorar la historia clínica electrónica.

Ventajas

- Acceso rápido a los datos.
- Obligatoriedad de registro.
- Universalidad de uso.
- Permite la migración de otros programas.
- Facilita el uso de información (generar informes, cuantificación de datos).
- Eliminación del espacio físico para el almacenaje.
- Evita el traslado de documentación.
- Elimina el riesgo de pérdida del soporte.

Inconvenientes

- Dificultad de registro: necesita que el personal que lo vaya a utilizar realice un aprendizaje o puesta en contacto con el programa. También debemos tener en cuenta la dificultad de los programas cuando queremos hacer reseñas o introducciones que el sistema no tiene contemplado.
- Dependencia informática: tecnología en continua evolución y, por lo tanto, un continuo mantenimiento por profesionales informáticos.
- Seguridad: identificación de los profesionales que puedan tener acceso a la historia o a parte de ella; la alteración y supresión de la información, y, por último, la confidencialidad de la misma.

GESTIÓN DE AGENDAS Y CITAS

- Configuración de agendas de los profesionales: médicos, enfermería, laboratorio, atención continuada, etc.
- Gestión de agendas de profesionales.
- Gestión de usuarios: citación de pacientes tanto a centros de salud como a centros de atención especializada (centros de especialidades, consultas externas de hospitales).

GESTIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

- Permite dar respuesta a los problemas que tiene el personal sanitario en su consulta diaria.
- Gestiona de forma integral todo el **proceso asistencial** de la atención primaria y especializada ambulatoria.
- La historia clínica de cualquier usuario se asocia a su número, lo que garantiza una historia única y unívoca en todo el ámbito asistencial.
- Permite niveles de acceso diferentes a la información clínica del paciente en función del perfil del usuario (administrativo, médico, enfermería, inspector o trabajador social), del

tipo de centro (atención primaria o especializada) y del centro concreto y la especialidad del paciente.

FUNCIONALIDADES

- Prescripción asistida y consulta de historial farmacoterapéutico.
- Citación concertada.
- Interconsultas.
- Hojas de seguimiento y monitorización de datos o pruebas.
- Gestión de solicitud de pruebas y almacenamiento de resultados.
- Exámenes de salud normalizados.
- Utilidades de ayuda al diagnóstico: tablas automatizadas.
- Recordatorios de actividades preventivas y de seguimiento.
- Historia de salud personal (alergias, antecedentes, hábitos tóxicos, etc.).
- Historia de salud familiar (antecedentes familiares).
- Historia de salud sociofamiliar.
- Acceso al sistema de información vacunal (RVN).
- Gestión de la incapacidad temporal.
- Gestión e impresión de informes.
- Dietas y consejos.
- Alertas programadas.

INNOVACIÓN

- Telemedicina (provisión de servicios médicos a distancia usando comunicaciones electrónicas).
- Consultas a distancia con especialistas.
- Acceso de los profesionales a la historia clínica desde cualquier punto fuera de los centros (en el domicilio del ciudadano, en ambulancias), mediante dispositivos inalámbricos (PDA, etc.).
- Teleasistencia para ancianos y enfermos crónicos en el hogar.
- Segunda opinión.
- Servicios de gestión de pacientes crónicos.

CONCLUSIÓN

Desde el principio de la historia clínica hasta la actualidad, la evolución tecnológica nos ha afectado gracias a la informática. El control del cliente es más seguro, pues no se dejan cabos sueltos en papeles, sin embargo, pensando en el sistema informático, este también puede tener sus altos y bajos (bloqueos, apagones, etc.).

Las primeras alarmas saltaron por parte tanto de clientes como de profesionales, pues los unos decían que no los miraban a la cara y los otros que se perdía el contacto con el cliente así como que no sabían nada de informática. Pues bien, hoy en día, esto está más que superado, pues la práctica de los profesionales ha hecho que la cita con el cliente sea mucho más dinámica que al principio, y a la vez el cliente ha visto que la atención que se le dispensa sigue siendo igual y que muchas veces se han acortado todos los tiempos que pasaba en la consulta.

La entrada en los programas de crónicos que facilita la dispensación de las recetas, que todos sabemos que puede que sea una de las partes más engorrosas de la consulta; la posibilidad de darles a los clientes las citas con sus especialistas; la recogida de las bajas/altas, así como los partes de confirmación de la baja, son procesos administrativos que a lo largo de la mañana quitan mucho tiempo en la consulta y que están reflejados en la historia clínica.

Y, por último, las utilidades para la estadística, los gastos tanto del cliente como de los profesionales y, el que creo más importante, los estudios epidemiológicos que se hacen con ellas por estar en soporte informático es mucho más rápido, preciso y eficiente, ya que se pueden tomar las medidas correctoras en el menor tiempo posible.

LECTURAS RECOMENDADAS

Carnicero J (coord.). De la historia clínica a la historia de salud electrónica. Informes SEIS (5). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2003.

Ley 23 de 1981, de 18 de febrero. Diario oficial n.º 35.711, (27/02781).

Ley 41 de 2002, de 14 de noviembre. BOE n.º 274, (15/11/2002).

Ley General de salud. Ley 26842, de 15 de julio. (20/7/97).

Maldonado JA. Historia clínica electrónica federada, basada en la Norma Europea CEN/CT251 en 136606. Universidad Politécnica de Valencia; 2005.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de atención primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2.ª ed. Barcelona: Doyma; 1989.

Ministerio de sanidad y consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Guía de Enfermería en Atención Primaria. Madrid; 1991.

Resolución 1995 de 1999, de 8 de julio. Diario oficial n.º 43655, (05/08/99).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

I

59. Interrelación 367
60. Intervención comunitaria 373
61. Investigación cuantitativa frente a cualitativa 379
62. Investigación enfermera en atención primaria: prioridades 385
63. Inyectable: técnica 391

C A P Í T U L O 5 9

Interrelación

José Ramón Martínez Riera y Ángela Sanjuán Quiles

INTERRELACIÓN

Sucede con relativa frecuencia que utilizamos términos para definir situaciones, actividades o proyectos sin que realmente tengamos claro cuál es el verdadero significado de los mismos.

En el caso de interrelación, y si separamos las dos raíces que la componen, nos encontramos con las siguientes definiciones (María Moliner):

Inter-: «Elemento procedente de la preposición latina *inter,* entre, en medio, que aparece como prefijo en voces compuestas».

Relación: «1. Situación que se da entre dos cosas, ideas o hechos cuando por alguna circunstancia están unidos de manera real o imaginaria. 2. Correspondencia, trato o comunicación entre dos o más personas».

En el caso que intentamos analizar se presentan, pues, múltiples y en ocasiones difíciles relaciones que van a influir de manera muy importante en la posibilidad de alcanzar una satisfactoria interrelación profesional que facilite la correcta, eficaz y eficiente continuidad de los cuidados que es, al fin de cuentas, el principal objetivo de la misma, aunque no el único.

En primer lugar tendríamos la situación que se da entre el profesional (sea este de la categoría que sea) y el usuario por la circunstancia real o imaginaria derivada de su salud por la que evidentemente están unidos. Por otra parte, se produce la relación entre profesionales de una misma categoría a través del trato o la comunicación ante situaciones que se dan entre ideas derivadas de la circunstancia que les une, es decir, la atención al usuario, el paciente o el cliente, y sobre la que no siempre se consiguen poner de acuerdo. Asimismo, existe la relación entre profesionales de diferente categoría pero de un mismo equipo, con idénticas características que las anteriormente mencionadas pero, habitualmente, con diferentes intereses derivados de su posición profesional. Se da, también, la relación entre el equipo de trabajo y la organización, en la que la circunstancia que les une es en más ocasiones de lo que sería deseable, más imaginaria que real.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, al anteponer la preposición latina *inter* como expresión de situación o conexión, a la voz de relación, ya analizada, nos daría como resultado el intento de conexión de todas las situaciones ya apuntadas y que obedecen más a un sistema de relaciones interindividuales que a una tendencia institucional con relación a una realidad social, distinta de las relaciones individuales, formada por categorías de fenómenos organizadas y estructuradas.

Estamos, pues, ante un intento de conjugar todos los intereses individuales (personales, profesionales, estructurales, etc.) que se pueden producir, con el fin de poder dar respuesta a la necesidad de una atención integral que pasa por la continuidad de cuidados y esta a su vez por la interrelación profesional.

Al hablar de interrelación profesional nos situamos desde el inicio en una situación de igualdad que, aunque evidentemente no elimina las dificultades, al menos permite abordar la situación desde planteamientos de igualdad.

Aun así la interrelación profesional resulta restrictiva por cuanto estamos abordando el problema o la solución, según se mire, desde una óptica excesivamente personalista, al olvidar en esta interrelación a quien verdaderamente es la causa y efecto de nuestra actividad profesional, es decir, la persona, la familia y la comunidad.

Está claro que los profesionales de la salud en general y las enfermeras en particular, como verdaderos proveedores de cuidados, tienen un papel importante en el juego de la continuidad de cuidados, pero no lo está menos el hecho de que las personas, sus familias y las comunidades en las que viven tienen que ser integrados plenamente en la correspondencia, trato o comunicación con

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

los profesionales para de esta manera alcanzar la continuidad de cuidados que se pretende y sin los cuales no será percibida por los mismos.

Los pacientes/usuarios tienen dificultades para entender la estructura del sistema sanitario, pero ante un problema de salud desearían que no hubiera fronteras organizativas que disminuyeran sus posibilidades de curación y/o de prestación de cuidados que aliviasen su sufrimiento. De hecho, tales fronteras, fruto de la organización en niveles del sistema sanitario, son relativamente modernas.

El sistema público asegura lo básico, pero no la coordinación de cuidados (asegura sobre todo el trabajo a los profesionales).

La evolución histórica de los sistemas sanitarios ha provocado una cada vez mayor diferenciación de los niveles asistenciales, que se han configurado como parcelas «independientes», con objetivos diferentes y en lucha por obtener más y mejores recursos materiales y humanos, más como muestra de preponderancia o poder que como esfuerzo por conseguir una mejor atención.

La percepción de pertenencia a un nivel u otro, por otra parte, es interiorizada de forma rápida y permanente por parte de los profesionales adoptando actitudes de defensa de no se sabe bien qué intereses, por cuanto estos no interesan realmente ni a quienes los defienden, ni a quienes afectan, ni a quienes tienen la obligación de que se produzcan, generando situaciones kafkianas en las que los profesionales consumen su tiempo, esfuerzo y capacidad en acotar, reforzar y defender su espacio de actividad, reservando información y dificultando su transmisión mientras el usuario, paciente o cliente permanece como espectador pasivo a merced de lo que los actores quieran hacer en cada momento.

A todo lo señalado hasta ahora hay que añadir graves problemas de interdependencia entre los diferentes colectivos profesionales en contra de la filosofía transmitida, desde diferentes organismos, del trabajo en equipo que acaba convirtiéndose más en una falacia que en una realidad, con constantes agravios comparativos y actitudes ultradefensivas e irracionales que no hacen sino aumentar las dificultades de la continuidad de los cuidados.

Todas estas circunstancias favorecen la fragmentación de la atención, la repetición de muchas actuaciones innecesarias y a medias, el sentimiento de posesión exclusiva hacia el paciente (mi paciente), las acciones contradictorias por desconocimiento y un importante aumento del gasto.

Por otra parte, interrelación, continuidad e integración asistencial se suelen utilizar indistintamente, pero aluden a conceptos diferentes. La interrelación se refiere a la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos; cuando alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente. La mejora de la coordinación asistencial dependerá, entre otros factores, del modelo de organización asistencial y de los mecanismos de coordinación utilizados en las organizaciones.

PROBLEMAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE INTERRELACIÓN

La descoordinación entre atención primaria y especializada favorece una deficiente prestación de cuidados, con consecuencias graves para la seguridad del paciente. A esto se añade la percepción negativa por parte de los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos con trabas y barreras administrativas que conllevan incómodas esperas. Al mismo tiempo, y desde la perspectiva de las enfermeras, la descoordinación impide ver al sistema como un único proveedor de servicios que resuelve íntegramente los problemas de las personas en el momento y lugar adecuados, de forma que la segmentación operativa y las transacciones internas dejan de ser transparentes para enfermeras y usuarios/familias. La situación se agrava en las personas que más precisan del trabajo coordinado, los que sufren problemas y enfermedades múltiples, cada vez más frecuentes, de especial «fragilidad clínica» y con gran demanda de cuidados.

Los propios profesionales identifican elementos externos, pero sobre todo internos, de las organizaciones que influyen negativamente en la interrelación entre niveles. Como elementos externos destacan como obstaculizadora de la interrelación la diversa titularidad de los

proveedores que prestan atención a la población de un área sanitaria determinada, ya sea por la utilización de sistemas de información diferentes en los que no está incorporada la información del paciente, como por el desconocimiento mutuo de los profesionales que intervienen. El sistema de pago, que puede incentivar o no a la colaboración entre niveles, es otro de los factores identificados. Sin embargo, los profesionales no identifican como facilitador de la interrelación la integración de la gestión en contra de lo apuntado por directivos/gerentes de diferentes sistemas de salud que lo ven como un elemento clave para lograr una buena interrelación, sin que hasta el momento existan evidencias al respecto, a pesar de lo cual se están imponiendo cada vez más.

Como elementos internos favorecedores de la interrelación cabe destacar la comunicación, el conocimiento y la buena relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, al ayudar a conseguir el consenso sobre la atención, agilizar la derivación de pacientes y valorar la función de los otros niveles y comprender sus dificultades. En este punto son identificados como positivos mecanismos que promuevan la comunicación y el intercambio de información, tales como sistemas de información accesibles a todos los profesionales involucrados y grupos de trabajo interniveles y multidisciplinarios. Asimismo, las guías, los protocolos y las vías clínicas son instrumentos que facilitan el acuerdo sobre la actuación en determinados procesos, solo si son elaborados por los diferentes niveles, consensuados y no impuestos.

Otro elemento interno que facilita la interrelación son los valores y las actitudes de colaboración y trabajo en equipo de los profesionales; valores que consideran opuestos a la práctica habitual centrada en el trabajo individual, la lucha por el control del paciente y una escasa predisposición a relacionarse y apreciar el trabajo de los otros niveles, patente sobre todo entre los profesionales de atención especializada como consecuencia de una visión fragmentada, que profundiza en ámbitos muy especializados (cardiología, digestivo, nefrología, etc.), lo que hace que cada uno se crea un poco el dueño de todo el proceso asistencial, generando, además, resistencia al cambio de valores (tabla 59-1).

En general, la creación de superestructuras solo puede conseguir soluciones puntuales a problemas concretos. Es filosóficamente absurdo complicar la estructura sanitaria con programas específicos de coordinación para solucionar los propios problemas de coordinación de dicha estructura.

Los pacientes precisan una atención primaria fuerte, respaldada por un nivel especializado que ofrezca servicios breves y esporádicos.

Y entre todos los elementos facilitadores de la interrelación, tanto internos como externos, hay que destacar por su importancia la comunicación, ya que permite reducir la incertidumbre del futuro y desarrollar perspectivas acerca del comportamiento social de las personas. Cuando la comunicación es fluida, los procesos de intercambio se asignan, se delegan funciones y se establecen compromisos en todos los niveles.

Gracias a ella se consigue establecer vínculos, intensificar el contacto entre profesionales de diferentes niveles, estimular su participación en la creación de las oportunidades y soluciones de problemas y debilidades, lo que a su vez ayudará a que se sientan partícipes, aumentando la motivación.

Así pues la comunicación, como elemento fundamental de una eficaz interrelación, permite:

- Promover la comunicación entre los profesionales.
- Facilitar la integración entre las realizaciones personales y las organizacionales.
- Reducir los focos de conflicto interno a partir del fortalecimiento de la cohesión de los profesionales.
- Contribuir a la creación de espacios de información, participación y opinión.

Lamentablemente, la reforma española de la atención primaria de 1984 se centró en la mejora de los recursos, no en la mejora de la coordinación (la innovación, a este respecto, es relativamente nueva y escasa), pudiendo identificar y clasificar los cambios procoordinación en cuatro grupos:

- Iniciativas de integración de estructuras organizativas.
- Iniciativas de integración de sistemas de información.
- Iniciativas de incremento de capacidad resolutiva.
- Iniciativas de refuerzo de la atención primaria y aumento de autonomía de las enfermeras.

Como elementos para lograr dichos cambios se pueden identificar los siguientes, relacionados con la aportación específica de las enfermeras:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TABLA 59-1. Problemas, causas y consecuencias de la falta de interrelación

Problemas de interrelación	Causas	Consecuencias
Diferencia de roles profesionales de las mismas categorías	Falta de comunicación, posiciones de preponderancia	Actitudes negativas y diferencias entre profesionales
Hegemonía de asistencia especializada	La sacralización de la tecnología	Atención primaria se convierte en un medio para las demandas de la población en vez de el fin a esas demandas
Diferentes cargas de trabajo y honorarios de los profesionales de ambos niveles	Desconocimiento de los profesionales de ambos niveles sobre las actividades, metodologías desarrolladas y conceptos retributivos aplicados	Desconsideración, descalificación y agravios comparativos, mucho más acentuados entre profesionales de especializada frente a los de primaria
Delimitación encorsetada de actividades propias de cada uno de los niveles. Ausencia de objetivos comunes	El desarrollo normativo de actividades y funciones de primaria y especializada se ha tomado en muchas ocasiones como dogma de fe para aceptar lo que toca o no toca hacer	Dejadez de actividades que no son propias de uno u otro nivel sino del desarrollo profesional y curricular, por ejemplo abandono de la promoción y/o prevención en especializada o de la realización de ciertas técnicas en primaria
Excesivo protagonismo de los profesionales sanitarios en todos los ámbitos de la salud/enfermedad	Creerse los únicos e insustituibles valedores en todos los ámbitos de la salud y la enfermedad	Dependencia absoluta de los usuarios, aumento de demanda, no asunción de responsabilidades de salud por parte de los usuarios, etc.
Escasa o nula implantación y/o utilización de registros de información y gestión de los servicios de otros profesionales sanitarios que no sean los médicos	Valoración casi exclusiva de la información generada por el médico (informe de alta)	Agravios comparativos, visión parcial del usuario, pérdida de información, inadecuada utilización de los recursos, insatisfacción profesional, falta de continuidad en los cuidados, aumento del gasto
Inadecuado trabajo en equipo y entre equipos	Falta de un adecuado flujo de comunicación, posicionamientos profesionales rígidos	Pérdida de información, actitudes individualistas, insuficiente comunicación entre niveles
Escasa o nula información del usuario en relación con los servicios sanitarios	Desconocimiento de los servicios y sus actividades por parte de los profesionales de ambos niveles, estructuras rígidas, falta de comunicación interprofesional	Ansiedad del usuario y su familia. Desconfianza entre profesionales que transmite al usuario o su familia
Escasa o nula participación de la población	Accesibilidad a los recursos sanitarios restringida, falta de confianza para participar, reticencia profesional a la colaboración, recelos entre profesionales de ambos niveles	Programaciones sanitarias basadas solo en medidas reparadoras de enfermedad, recelos hacia las actividades desarrolladas y sus profesionales, insatisfacción, mala información, inadecuada utilización de los recursos en ambos niveles
Resistencia al cambio	Comodidad, desmotivación, autolimitación de actividades y funciones	Inmovilismo, infrautilización de los recursos, aumento de costes, no continuidad de cuidados, visión parcial del usuario, servicios no pertinentes a la población, aislamiento, trabajo ineficaz, insatisfacción de la población

Fuente: Martínez Riera, 2006.

- Modelos de organización de la práctica centrados en el paciente. Enfermera referente en atención especializada y enfermera familiar y comunitaria en atención primaria.
- Gestión de casos. Enfermera comunitaria de enlace en atención primaria y enfermera hospitalaria de enlace en atención especializada.
- Informe de continuidad de cuidados.
- Cuaderno para la continuidad de cuidados.

Por otra parte, a la hora de gestionar la interrelación debe tenerse en cuenta:

- Necesidad de enfocar y afrontar las necesidades de los pacientes/usuarios/familias.
- Implicación de los pacientes/usuarios/familias en las decisiones de la prestación de cuidados.

- Capacidad de planificación de los cuidados por parte de los integrantes de los servicios de los diferentes niveles de atención.
- Información al paciente y sus familiares.
- Controles de calidad y auditorías.
- Cursos de formación específicos dirigidos a los profesionales que permitan aumentar la calidad de continuidad de cuidados.
- Comunicación y coordinación entre niveles de atención garantizando la continuidad de los cuidados.

Se debe hacer un esfuerzo para acomodar las estructuras asistenciales a las necesidades de los pacientes/usuarios/familias, y no al revés. El paciente es el actor principal de su proceso de salud-enfermedad y el mismo transcurre en diferentes escenarios, de forma que las necesidades inherentes a su estado se van modificando.

Por ello, en cada momento debería haber una estructura sanitaria que soportara una mayor responsabilidad de sus cuidados, pero sin que en ningún momento la enfermera pueda desvincularse de la asistencia de los pacientes/usuarios/familias.

INTERRELACIÓN MÁS ALLÁ DEL ÁMBITO SANITARIO-ASISTENCIAL

La ley de cohesión y calidad plantea la coordinación entre los sistemas sanitario y social como garantía de continuidad, pero no se trata de una continuidad lineal. Lo sanitario y lo social interactúan continuamente y están íntimamente ligados. El logro de objetivos depende del grado de coordinación que se consiga en los niveles políticos, financieros, organizativos y clínicos.

La integración de servicios es una búsqueda para interrelacionar el sistema de servicios sanitarios con otros sistemas de servicios humanos —cuidados de larga duración, educación, vivienda— para mejorar los resultados (clínicos, efectividad y satisfacción). Los «otros servicios humanos» son los «no sanitarios», y precisamente esta distinción entre lo sanitario y «lo otro» ha estado en el centro del debate sobre el desarrollo de políticas y su aplicación.

La coordinación y optimización de todos los recursos sanitarios y sociales es, en consecuencia, premisa básica, con un modelo de atención orientado a introducir los cambios necesarios que favorezcan la integración de niveles asistenciales y la interrelación sociosanitaria.

Para lograr dicha interrelación se deberán plantear estrategias que sean:

- Integrales. Cubriendo todas las necesidades de las personas y familias, incluyendo los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.
- Integradas en la red asistencial del sistema sanitario.
- Sectorizadas por áreas sanitarias.
- Coordinadas entre los niveles de atención especializada (hospitales de agudos y hospitales de apoyo) y atención primaria (centros de salud, consultorios de atención primaria y unidades de apoyo domiciliario).
- Abiertas a la coordinación con los recursos sociales (servicios sociales, voluntariado, etc.).
- Formadas por equipos interdisciplinares y multiprofesionales.

LECTURAS RECOMENDADAS

Fernández Rodríguez V, Moreno Verdugo A, Perejón Fernández I, Guerra Martín MD. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). Enfermería Global. 2007;10. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202/246. [Consultado el 31 de octubre de 2010].

García Abad MP. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos Fin de Máster. 2010;2(1):871-89.

Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit. 2009;23(4):280-6.

Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña. Rev Salud Pública. 2008;10:33-48.

Jonay Ojeda Feo J, Freire Campo JM, Gervás Camacho J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Rev Adm Sanit. 2006;4(2):357-82.

Martínez Riera JR. Enfermería y cambio: reflexión necesaria. Metas Enf. 1999;14:44-9.

Martínez Riera JR. Interrelación. Cuidados de enfermería más allá de los niveles de atención. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados, cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? Rev Adm Sanit. Aceptado para publicación. Mayo 2009.

Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. Análisis bibliográfico sobre instrumentos para la continuidad de cuidados sociosanitarios en España. Enfermería Comunitaria (rev. digital). 2009;5(1). [Consultado el día 14 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec7053.php.

Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. Coordinación sociosanitaria. Rev Desarrollo Cientif Enferm. 2009;17(4):182-6.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Rivera AB, Rojas LR, Ramírez F, Álvarez de Fernández T. La comunicación como herramienta de gestión organizacional. Rev Negotium. 2005;1(2):32-48.
Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20:485-95.
Vargas I, Vázquez ML, Terraza R, et al. El impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. Gac Sanit. 2008;22:218-26.
Vázquez ML, Vargas I, Farré J, et al. Organizaciones sanitarias integradas. Una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:633-43.
Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. Cuadernos de Gestión. 2002;8:159-66.
Zunzunegui Pastor MV, Lázaro y de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):156-62.

C A P Í T U L O 6 0

Intervención comunitaria

José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

Es importante destacar la cada vez más corriente característica de los servicios sanitarios como empresas de provisión de servicios en las que su principal objetivo se centra en dar satisfacción a la demanda al menor coste posible. Esta premisa que, en principio pudiera parecer razonable, se convierte en un importante riesgo al ocultar o incluso anular la capacidad y voluntad de los centros de salud de desarrollar promoción de la salud.

Al inicio de la atención primaria y en las primeras décadas de su desarrollo se hizo especial hincapié en la promoción de la salud y en identificar a la persona como un sujeto que piensa, analiza, reflexiona, siente, con creencias, costumbres y con la capacidad de expresar sus demandas para cumplir satisfactoriamente con las necesidades de su condición humana. Pero en los últimos años la atención a la comunidad se ha modificado sustancialmente, focalizando la atención hacia las enfermedades y abandonando paulatinamente las actividades de promoción de la salud a pesar de que hay evidencias claras de que es más eficiente que las actividades de curación, lo que viene a contradecir la tendencia inicialmente expuesta.

Hay que tener en cuenta, además, que el centro de salud tiene un desarrollo de actividades estables en torno a la salud comunitaria. Y dado que los factores sociales/comunitarios limitan o delimitan los procesos de salud, enfermedad y cuidados, la promoción de la salud adquiere una relevancia que en ningún momento puede quedar relegada, olvidada o incluso excluida como actividad estable, tal y como está sucediendo en muchas organizaciones sanitarias.

A pesar de la importancia reconocida de la intervención comunitaria en la actualidad su institucionalización, aunque desde planteamientos democráticos, se aleja de la participación directa de la población.

PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO PRINCIPIO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud es definida como «el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y así poder mejorarla» (Ottawa, Canadá, 1986). Por su parte la educación para la salud (EpS) es un instrumento de comunicación para la salud insustituible para avanzar en la consecución de esos fines, ya que se trata de un proceso, hecho con, por y para las personas. La EpS responsabiliza al individuo con el objetivo de adquirir los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa de la salud individual y colectiva, para que poco a poco adopte un estilo de vida lo más sano posible y conductas positivas de salud.

No es posible la promoción de salud sin la participación comunitaria y, por lo tanto, es preciso abandonar determinados comportamientos que parten de los profesionales de la salud fundamentalmente y que dificultan o anulan cualquier posibilidad de intervención comunitaria desde la necesaria perspectiva de la promoción de la salud (tabla 60-1).

La comunicación vista más allá de la difusión de las campañas de salud es un proceso que busca la interacción entre los diferentes sectores, instituciones e integrantes que conforman la sociedad. Además, la comunicación facilita la vinculación entre las distintas disciplinas que aportan a la promoción para la salud integral de las personas como la medicina, enfermería, psicología, educación, sociología, derecho, psiquiatría… la propia comunicación y otras, con

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 60-1. «Estrategia médica» frente a «estrategia de promoción de la salud»

	Médica	De promoción de la salud
Población diana	Los pacientes	Toda la población
Método utilizado	El caso	La epidemiología
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio	Elevar el nivel de salud
Orientación	A la demanda, al enfermo	A las necesidades de salud
Cronograma	A la atención puntual	El proceso continuo de promoción de salud
Diagnóstico utilizado	Sanitario	Comunitario
Tipo de abordaje	Médico, individual	Intersectorial
Herramientas	El acto médico	La educación para la salud, la intervención sobre los determinantes
Educación para la salud	Individual	Con la participación de la comunidad
Protagonismo	De los sanitarios	De la comunidad
Perspectiva	Sanitaria	Global, comunitaria
Soporte científico	La medicina	Todas las ciencias sociales

Fuente: semFYC. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De las reflexiones a las primeras intervenciones. Madrid; 2003.

objeto de llevar a cabo intervenciones comunitarias implementando estrategias de comunicación y EpS que involucren a la comunidad.

La comunicación tiene sentido en la intervención comunitaria por su implicación en el desarrollo, ya que tal como Obregón (2006) afirma: «La comunicación contribuye a la transformación de los entornos sociales, a la movilización de comunidades e individuos para la búsqueda del bien común, […] a facilitar la vinculación de grupos e individuos a procesos productivos…».

De igual manera, la comunicación en salud se enmarca en el contexto de la promoción para la salud y tiene como objetivo mejorar la interacción personal y de grupos en los servicios de salud. «Una estrategia de comunicación en salud efectiva requiere de la investigación en todas sus etapas así como la movilización de los actores implicados, entre ellos los medios de comunicación —a menudo marginados—, así como la aceptación de que no hay fórmulas polivalentes sino que es preciso adaptarlas al contexto. También es preciso articular la comunicación con la prestación de los servicios de salud» (Obregón, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, determina que la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.

La comunicación para la salud, por lo tanto, se concibe como un proceso que busca la interacción entre los diferentes sectores, instituciones y resto de recursos comunitarios con objeto de facilitar la promoción para la salud integral, promoviendo una participación activa de la comunidad y contemplando sus contextos socioculturales e históricos en los que se encuentran inmersos.

CLAVES DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Toda intervención comunitaria que se considere como tal y que adopte como fin obtener cambios beneficiosos requiere necesariamente de una evaluación previa de las personas y del contexto en el cual están inmersas. La idea es visualizar la necesidad y llevar luego a cabo programas de intervención capaces de demostrar que las personas pueden mejorar sus habilidades para hacer frente a diferentes situaciones o condiciones comunitarias que se van desarrollando.

El proceso de intervención social es comunitario en cuanto supone la actuación en un entorno o contexto definido en el que se dan problemas concretos y compartidos y conlleva la alteración de las relaciones entre individuos, grupos, asociaciones e instituciones. En este proceso se pretende que la persona no solo sea objeto de intervención sino también sujeto activo, participante y protagonista de la intervención. Las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales o técnicos, aun siendo fundamentales, deben siempre estar orientadas y dirigidas por la acción comunitaria de base que es, en definitiva, la que puede conseguir una efectiva penetración que facilite el cambio real.

Cada intervención comunitaria es diferente y debe partir de las necesidades y demandas específicas del contexto donde se va a llevar a cabo (Marchioni, 2001) y contar con la integración y el aprovechamiento de todos los recursos existentes. De hecho, uno de los principios fundamentales de la intervención comunitaria consiste en la adecuación a las necesidades de la propia comunidad. La justificación de la intervención conlleva la participación activa de la comunidad, así como el ajuste de la acción a los valores y capacidades potenciales de esta.

Desde esta perspectiva, el desarrollo comunitario implica el esfuerzo conjunto entre poderes públicos y comunidad, la correspondencia de intereses y la coordinación y la comunicación interna entre los diferentes sectores de la intervención. La relación con los diversos agentes sociales y el protagonismo de estos se convierten en requisitos imprescindibles, pudiendo partir la iniciativa comunitaria de cualquiera de ellos: el centro de salud, el ayuntamiento, los técnicos de los diferentes servicios (tanto públicos como privados) y la población (personas y organizaciones/asociaciones).

En la intervención comunitaria es fundamental tener en cuenta a la propia comunidad. Sin embargo, suele darse con frecuencia la asistencia puntual y las medidas de carácter paternalista en lugar de estrategias participativas que respondan a necesidades reales y den respuesta directa a las demandas de los interesados. Partir de un análisis de necesidades desde un enfoque generalista y sin tener en cuenta la comunidad y el entorno sociocultural de referencia nos aleja del conocimiento riguroso de las potencialidades y los obstáculos que puedan darse en la intervención.

Resulta por tanto fundamental que antes de empezar cualquier tipo de intervención comunitaria (sea interna, desde el centro de salud, o externa, desde la comunidad) se lleve a cabo un trabajo previo de análisis, reflexión y consenso entre todas las partes implicadas (tabla 60-2).

La ausencia de una perspectiva comunitaria se produce cuando los planificadores, ejecutores y evaluadores de la intervención acaparan protagonismo y actúan al margen de la comunidad adoptando un enfoque excesivamente externo (limitado a la definición desde fuera del contexto). Esta forma de intervenir y evaluar favorece planteamientos excesivamente abstractos.

La metodología a utilizar depende del contexto en el que se quiera llevar a cabo la intervención, con lo cual debe de quedar claro que no existen patrones establecidos de actuación que recojan las múltiples y diferentes realidades comunitarias. Como referencia se pueden tener en cuenta las siete cualidades que Jim Nelly propuso en 1977 a los psicólogos comunitarios y que continúan teniendo vigencia:

- Desarrollar una competencia claramente identificable.
- Desarrollar una identidad personal que sea parte de la comunidad.
- Tolerar la diversidad de los individuos y los recursos comunitarios.
- Aprender a trabajar con recursos comunitarios diversos y dinámicos.
- Asumir los riesgos derivados del trabajo comunitario.
- Mantener el equilibrio entre paciencia y entusiasmo.
- No buscar protagonismo, notoriedad ni reconocimiento gratuito con el trabajo comunitario.

Para que la planificación de una estrategia de EpS responda a las necesidades reales de la comunidad es indispensable analizar (preferentemente

TABLA 60-2. Consideraciones previas a una intervención comunitaria

Externas	Internas
Identificación de un contexto o demarcación concreta	Consenso de los profesionales que vayan a participar en la intervención
Equipo multidisciplinar	Creación de un grupo de trabajo
Apoyo de la organización sanitaria	Implicación de los profesionales (no voluntarismo)
Coordinación con recursos comunitarios (servicios sociales, educativos, etc.)	Información continuada de las actividades
Información a las autoridades locales para recabar su apoyo	Formación e investigación en torno a la intervención comunitaria

Fuente: Elaboración propia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

junto con las diversas partes implicadas) los problemas que se plantean, los objetivos formulados y la posible elección de una estrategia, y para ello se debe llevar a cabo:

- Compartiendo con la comunidad el diagnóstico que identifica carencias comunitarias y educativas.
- Respetando e intentando comprender usos, costumbres, valores, creencias y necesidades de la comunidad.
- Tratando de no convertirse en protagonista e identificando claramente los diferentes agentes de salud comunitarios.
- Reconociendo el saber popular y partiendo de los conocimientos y habilidades que ya tiene la gente para ayudarles a aprender más.
- Intentando que el equipo de salud se haga innecesario tan pronto como le sea posible, consiguiendo autonomía, autorresponsabilidad y limitando al máximo la dependencia.

Un aspecto importante de cualquier intervención comunitaria es saber identificar las redes sociales existentes o contribuir a su formación. Se trata de recursos comunitarios de gran valor que deben ser cuidados y apoyados constantemente. Para ello es importante que los profesionales logren insertarse y formar parte de estas redes, logrando así motivar a sus integrantes y hacer que se consideren miembros activos del proceso de intervención comunitaria. De esta confianza mutua surgirán nuevos planteamientos basados en las preocupaciones diarias y concretas de la comunidad, permitiendo obtener un mayor impacto en los resultados.

Es importante destacar que resulta más sencillo trabajar con grupos en formación o que lleven poco tiempo de funcionamiento, que con aquellos que lo lleven haciendo desde hace mucho tiempo.

ETAPAS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

A pesar de que no se pueden considerar como fijas, se pueden identificar a título de ejemplo las siguientes etapas en un proceso de intervención comunitaria:

Experiencias previas: es importante tener en cuenta otras experiencias previas ante necesidades similares, aunque es aconsejable no perder de vista la realidad local ya que cada comunidad es única e irrepetible.

Descripción del problema o diagnóstico de necesidad: hay que tener siempre en cuenta si en la descripción del problema se tuvo en cuenta lo expresado por la comunidad, más allá del diagnóstico realizado por el equipo de salud: «diagnóstico hecho por la comunidad».

Justificación de la intervención: es importante formularse la pregunta de ¿por qué es necesario dicho trabajo? Y saber responder a la misma desde la perspectiva tanto profesional como comunitaria.

Diseño: sobre la base del problema o necesidad detectada se buscará cuál es la estrategia de abordaje más adecuada. No hay una receta estricta y, en general, se debe adaptar a la realidad local y a los recursos disponibles. Es importante describir con detalle la intervención a realizar porque esto permite pensar en los datos, la información y la observación que se necesitan para tal fin. Esto se realiza a partir de la identificación y descripción de la población con la que se va a trabajar. Gran parte del éxito de una intervención reside en su capacidad de colaboración con los diferentes agentes comunitarios. Y a partir de ahí se comienza a pensar en las limitaciones.

Monitoreo o evaluación: es habitual que no se identifique la necesidad de continuidad entre las bases que fundamentan la intervención comunitaria y las que justifican la evaluación de la misma. A pesar de que superar este inconveniente puede resultar complejo, el reconocimiento de su importancia representa un potencial de mejora de la intervención y de la evaluación. Tan solo si se tiene presente esta continuidad y la superación de las distancias, que a veces se producen para lograrla, permitirá plantear nuevas estrategias que respeten los principios de la intervención comunitaria que, no por difíciles de llevar a la práctica, dejan de ser relevantes. De hecho no se pueden ignorar esas posibles contradicciones inherentes a la evaluación. Por otra parte, la evaluación de una intervención comunitaria no debe ser planteada como mero control, ya que nos debe permitir subsanar errores, ver los aciertos y cubrir los vacíos creados. Vista como un instrumento de mejora y

optimización de la comunidad, se convierte en un elemento de cambio ya que representa tanto los intereses de la institución y de los profesionales, como también de los usuarios y del conjunto de la ciudadanía.

Resultados, implicaciones y recomendaciones: en las intervenciones comunitarias es importante tener en cuenta que para la medición de la eficacia (resultados) en promoción y EpS siempre debe transcurrir un tiempo antes de que los efectos de un entramado de estrategias y procesos de educación coherentes y relacionados comiencen a mostrar resultados que se puedan medir. Es muy importante la retroalimentación de los resultados de la intervención con la comunidad para que se sientan partícipes de los mismos, y para que los estimule a seguir comprometiéndose y sentirse una parte activa en este proceso llamado comunidad.

Sostenibilidad: ¿cómo va a continuar el proyecto cuando terminen las actividades programadas? Los profesionales de la salud estamos muy acostumbrados a trabajar por programas y proyectos con una duración determinada en el tiempo (finalistas) y que responden a necesidades concretas. Desde esta perspectiva, los recursos que se ponen a disposición de tal o cual programa están relacionados con el grado de necesidad que se detecte. La participación comunitaria en cualquier estrategia de intervención comunitaria es, sin embargo, un proceso continuo de implicación de la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y calidad de vida, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin. La sostenibilidad es muy importante tenerla en cuenta cuando se trabaja con la comunidad con el fin de no caer en el error frecuente de «toco y me voy». Es importante tener presente que cuando una comunidad se compromete surgen alrededor muchas expectativas.

Recursos de sostenibilidad: es muy importante para el éxito de la intervención. Se deben tener en cuenta los diferentes recursos comunitarios existentes y que pueden dar continuidad a la intervención.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA: INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA

En los procesos de intervención comunitaria hay ocasiones en los que se pueden diseñar las estrategias a desarrollar a través de la investigación-acción participativa.

La investigación-acción es una metodología que parte de la consideración del propio objeto de estudio (la comunidad) como sujeto activo en el análisis. A lo largo del proceso, los diferentes agentes (representantes de la administración, representantes del tejido asociativo y ciudadanos en general) colaboran a partir de comisiones de seguimiento y grupos de investigación. El carácter flexible de este paradigma permite superar la dicotomía entre teóricos (expertos/técnicos) y prácticos (activistas sociales), facilitando la comunicación interprofesional y el trabajo colectivo.

Los ejes centrales en el desarrollo de una investigación-acción participativa son los siguientes:

- Fase de concreción e identificación de un área problemática por la cual esté afectado un grupo de la comunidad.
- Fase de apertura a todos los puntos de vista existentes en torno a la problemática y objetivos definidos: se trata de elaborar un diagnóstico y de recoger posibles propuestas.
- Fase de negociación de las propuestas y concreción de las mismas en líneas de actuación.
- La puesta en marcha de estas actuaciones abre un nuevo ciclo en el que se detectarán nuevos síntomas y problemáticas y en el que cabrá definir nuevos objetivos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). [Consultado el 16 de octubre de 2010]. Disponible en: www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf.

Giraudo N, Chiarpenello J. Intervenciones comunitarias. Evid Actual Práct Ambul. 2006;9(2):48-9.

Lalonde M. El concepto de campo de salud: una perspectiva canadiense en promoción de la salud: una antología. OPS; 1996.

Marchoni AM. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular; 2001.

Martínez Riera JR. Participación e intervención comunitaria. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R (eds.). Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Maya Jariego I. Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. Apuntes de Psicología. 2004;22(2):187-211.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Maya Jariego I, Holgado D, Santolaya F. Caso práctico comentado. Casos de intervención comunitaria en salud: las coaliciones, la evaluación formativa y la mejora de la efectividad. Proyecto de sistematización de la práctica de los trabajadores sociales de centros de atención primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006.

Obregón R (2006). Conferencia: «Comunicación, salud y desarrollo: consensos dilemas, desafíos». [Consultado el 16 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/ESP/dest_obregon_1.html.

Pascual Barrio B. La evaluación de la intervención comunitaria: un marco para la reflexión. Pedagogía Social. 2007;14:129-38.

Saforcada E. Psicología comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de James Nelly. Buenos Aires: Koyatun; 2009.

semFYC. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De las reflexiones a las primeras intervenciones. Madrid; 2003.

C A P Í T U L O 6 1

Investigación cuantitativa frente a cualitativa

José Ramón Martínez Riera

INVESTIGACIÓN ENFERMERA CUANTITATIVA/CUALITATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo de cualquier ciencia es adquirir conocimientos y la elección del método adecuado que nos permita conocer la realidad es por tanto fundamental. El problema surge al aceptar como ciertos los conocimientos erróneos o viceversa. Los métodos inductivos y deductivos tienen objetivos diferentes y podrían ser resumidos como desarrollo de la teoría y análisis de la teoría respectivamente. Los métodos inductivos están generalmente asociados con la investigación cualitativa, mientras que el método deductivo está asociado frecuentemente con la investigación cuantitativa.

La investigación en enfermería se ha basado casi exclusivamente en la metodología cuantitativa durante muchos años. Esta relación con la investigación cualitativa ha reducido en muchas ocasiones el desarrollo propio de la ciencia enfermera al dificultar la posibilidad de aprehender la naturaleza del mundo de la persona cuidada, su familia y su contexto comunitario.

Teniendo en cuenta que la actividad enfermera en general y la comunitaria en particular se desarrolla en el mundo empírico y social, resulta cuanto menos cuestionable el hecho de que haya usado casi exclusivamente para sus investigaciones la metodología propia de las ciencias naturales. Esta simbiosis, sin embargo, se explica por la relación existente con el modelo dominante en la atención de salud. Los cuidados de enfermería se desarrollan en el campo del modelo biomédico, cuyo paradigma de investigación es el positivismo. Desde este paradigma la investigación tiene como principal objetivo la explicación y predicción de fenómenos. Es por ello que la realidad es observable y externa a las personas, y que se puede aprehender aunque sea de manera imperfecta. Así pues, en el positivismo el experimento es la metodología fundamental para abordar el problema de investigación, utilizando los métodos cuantitativos para el análisis de los datos recogidos.

Sin embargo, en la realidad del cuidado hay muchas realidades que no se pueden responder con experimentos y mediciones propios de la investigación cuantitativa. En el cuidado, la interacción con la/s persona/s cuidada/s es fundamental, lo que lleva a plantearse interrogantes sobre cómo investigar dicha interacción, cómo fundamentar la buena práctica del cuidado o cómo hacer visibles los múltiples matices que intervienen en el proceso del cuidado.

Estas interrogantes no plantean una elección unívoca de la metodología a emplear en la investigación de enfermería en atención primaria (AP), pero sí que ponen un contrapunto a la posición dominante con el fin de eliminar los tópicos que consideran el positivismo como la única manera de hacer un trabajo científico al entenderse desde dicho paradigma que estas preguntas no son legítimas; ni investigables, al incluir la experiencia subjetiva que no puede ser objetivada ni medida.

Así pues, la investigación cualitativa se basa en un paradigma distinto al dominante en los servicios de salud. Desde el mismo se entiende que la realidad no es externa a las personas sino construida, es decir, que por medio del pensamiento y la acción se da forma al mundo que rodea a las personas. Las personas como creadoras activas del mundo social atribuyen significados subjetivos a los acontecimientos y actúan de acuerdo con estas interpretaciones, las cuales se modifican en el propio proceso de relación con los demás. Por tanto, el contexto social y la cultura forman parte esencial de la construcción de sentido.

Es por ello que la metodología cualitativa no mide un fenómeno, sino que lo describe e interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

De lo dicho se desprende que los hallazgos cualitativos no son formulaciones de verdades, si no que se constituyen en la mejor respuesta que puede obtenerse a una pregunta en un momento dado. Y a pesar de lo que inicialmente puedan parecer estas respuestas no carecen de rigor, tan solo se guían por criterios distintos a los empleados en la investigación cuantitativa. Entre los criterios que se utilizan para evaluar los estudios cualitativos se destacan los que hacen referencia a la veracidad y credibilidad de los hallazgos.

A pesar de la ya comentada elección mayoritaria de la investigación cuantitativa por parte de las enfermeras de AP, la metodología cualitativa ha ido haciéndose sitio como metodología de elección para muchos estudios, y son las enfermeras quienes más la utilizan en sus investigaciones.

Esta elección realizada por las enfermeras está generando un cuerpo de conocimientos en los cuidados de enfermería que, entre otras cosas, hacen visible el trabajo de las enfermeras, personas y familiares en el ámbito comunitario.

CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA CUANTITATIVA

La metodología cuantitativa es aquella que permite recoger y examinar datos sobre la base de variables de manera numérica y apoyándose sobre todo en la estadística. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

En la metodología cuantitativa debe existir una relación de naturaleza lineal entre las variables del problema de investigación. Es decir, debe existir claridad entre dichas variables y se deben poder definir y limitar, sabiendo dónde se inicia el problema, en qué dirección va y qué tipo de incidencia existe entre las variables.

Además, la investigación cuantitativa es un método de investigación donde el objetivo es el estudiar las propiedades y fenómenos cuantitativos y sus relaciones para proporcionar la manera de establecer, formular, fortalecer y revisar la teoría existente.

La investigación cuantitativa desarrolla y emplea modelos matemáticos, teorías e hipótesis que competen a los fenómenos naturales, respondiendo a preguntas tales como cuál, dónde, cuándo (figs. 61-1 y 61-2).



FIGURA 61-1. Investigación cuantitativa.



FIGURA 61-2. Investigación cuantitativa.

En la mayoría de los estudios cuantitativos, el proceso de investigación se aplica de manera secuencial:

- Se crea con una idea.
- Se delimita.
- Se establecen objetivos y preguntas de investigación.
- Se revisa la literatura médica.
- Se construye un marco o una perspectiva teórica.
- Se producen hipótesis.
- Se prueban estas.
- Se determina una muestra.
- Se recolectan datos utilizando uno o más instrumentos de medición.
- Se comprueba la hipótesis.

CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

El paradigma cualitativo se fundamenta en el humanismo. El paradigma cualitativo percibe múltiples realidades. En este paradigma las personas son identificadas como elementos activos en la construcción y determinación de las realidades que encuentran. A través de un proceso negociado e interpretativo, surge una red compartida de interacción. El paradigma cualitativo comprende situaciones desde la perspectiva de los participantes en cada contexto (figs. 61-3 y 61-4).

La metodología cualitativa tiene como principales características:

- Es *inductiva,* su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación y verificación. Su perspectiva es holística al considerar el fenómeno como un todo.
- Es *interactiva y reflexiva.* Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas objeto de su estudio.
- Es *naturalista.* Se centra en la lógica interna de la realidad que analiza.
- *No impone visiones previas.* El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.



FIGURA 61-3. Investigación cualitativa.



FIGURA 61-4. Investigación cualitativa.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Es *abierta.* No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos.
- Es *humanista.* Se accede por distintos medios a lo privado, lo personal como experiencias particulares.
- Es *rigurosa.* Validez y confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo (interpretación y sentidos compartidos).
- Los estudios se desarrollan sobre muestras pequeñas que solo se representan a sí mismos
- Tiene una gran fortaleza su validez interna merced a la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.
- No suele probar teorías o hipótesis. Es, principalmente, un método de generar teorías e hipótesis.
- No tiene reglas de procedimiento. El método de recogida de datos no se especifica previamente. Las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición.
- Tiene su base en la intuición. Es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva.
- No utiliza el análisis estadístico.
- Pueden incorporarse hallazgos no previstos (serindipia).
- Los investigadores cualitativos interaccionan con los sujetos que estudian. Son el instrumento de medida.

DIFERENCIAS ENTRE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Lo importante no es si es mejor la investigación cuantitativa o la cualitativa. Esto dependerá en gran medida de qué es lo que se quiera investigar en cada momento. Es por ello importante identificar cuáles son las principales ventajas e inconvenientes de cada una de las metodologías para poder identificar cuál elegir cuando se quiera dar respuesta a un problema de investigación concreto (tabla 61-1).

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Las ventajas e inconvenientes de la investigación cuantitativa y cualitativa se recogen en la tabla 61-2. Los métodos cuantitativos tienen una potente validez externa derivada de la representatividad de la muestra poblacional elegida que permite realizar inferencia a dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definida. Derivado de ello, la investigación cualitativa tiene como principal dificultad dicha validez externa que impide la extrapolación de los datos a otras poblaciones. En contraposición, la validez interna de los estudios cualitativos es muy potente, al contrario de lo que suele suceder con los estudios cuantitativos.

En la investigación cuantitativa los test de hipótesis permiten eliminar el papel del azar para descartar o rechazar una hipótesis además de poder cuantificar la relevancia clínica de un fenómeno midiendo la reducción relativa del riesgo, la reducción absoluta del riesgo y el número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento (http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp-Bibliograf%C3%ADa). Sobre la base de ello los investigadores cualitativos suelen interpelar a los

TABLA 61-1. Diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa

Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Centrada en la fenomenología y la comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencia más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos «ricos y profundos»	Datos «sólidos y repetibles»
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista

Fuente: Reichardt y Cook (1986).

TABLA 61-2. Ventajas e inconvenientes de los métodos cualitativos frente a los cuantitativos

Métodos cualitativos	Métodos cuantitativos
Propensión a «comunicarse con» los sujetos del estudio	Propensión a «servirse de» los sujetos del estudio
Se limita a preguntar	Se limita a responder
Comunicación más horizontal entre el investigador y los investigados	
Mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural	
Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa	Son débiles en términos de validez interna, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población
Preguntan a los cuantitativos: *¿cuán particularizables son los hallazgos?*	Preguntan a los cualitativos: *¿son generalizables los hallazgos?*

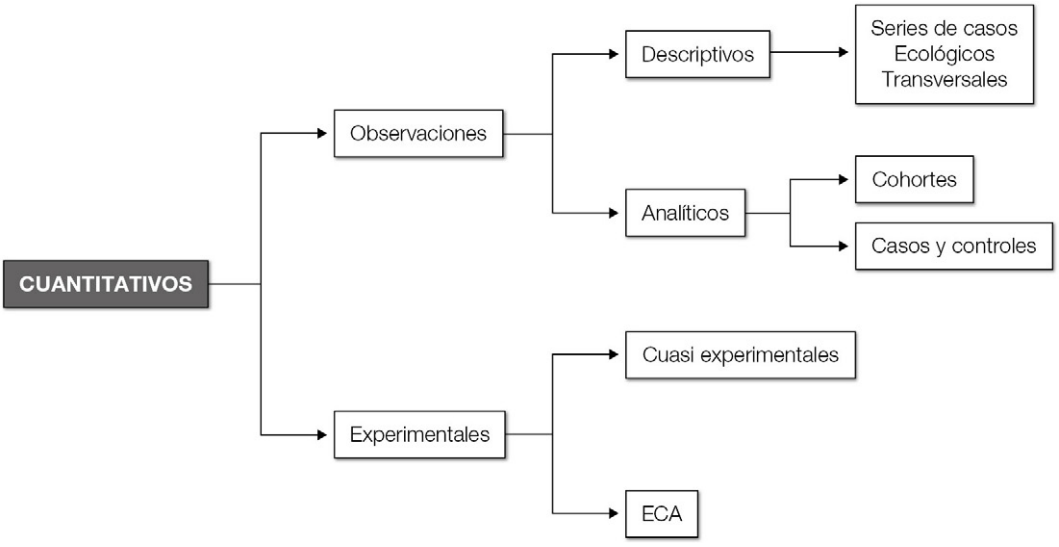


FIGURA 61-5. Tipos de estudios cuantitativos. *ECA,* ensayos controlados aleatorios.

cuantitativos sobre cuán particularizables son sus generalidades.

La utilización conjunta de metodologías cuantitativas y cualitativas (investigaciones mixtas o triangulación) en una investigación permitiría en muchas ocasiones corregir los sesgos propios de cada método.

PRINCIPALES ESTUDIOS DE METODOLOGÍA CUANTITATIVA

En función de cuál sea el objetivo de la investigación se podrán utilizar diferentes tipos de diseño (fig. 61-5).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

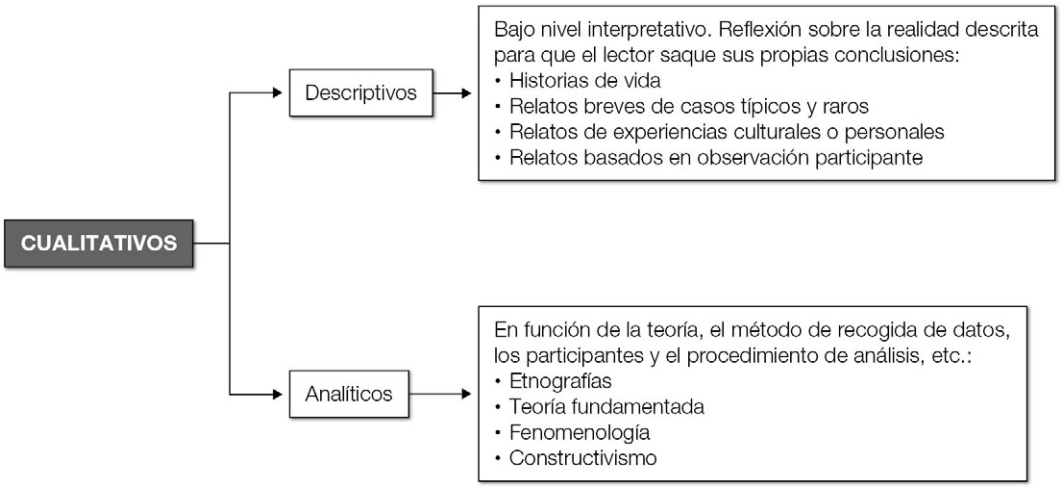


FIGURA 61-6. Tipos de estudios cualitativos.

En metodología cualitativa, el tipo de estudios está relacionado con la validez de los resultados y no tanto con el método empleado (fig. 61-6). Hay que tener en cuenta que el principal propósito de la investigación cualitativa es la comprensión de fenómenos complejos a partir de significados y vivencias de los protagonistas, que de otro modo no podrían ser explicados ni analizados.

LECTURAS RECOMENDADAS

Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:423-36.

Andrés Pizarro J de. El análisis de estudios cualitativo. Aten Primaria. 2000;25(1):42-5.

Calero JL. Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. Rev Cubana Endocrinol. 2000;11(3):192-8.

Conde Gutiérrez F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:395-408.

De Andrés Pizarro J. El análisis de estudios cualitativo. Aten Primaria. 2000;25(1):42-5.

De la Cuesta Benjumea C. Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de enfermería. Metas de Enferm. 2006;9(5):50-5.

De la Cuesta Benjumea C. Formación para la práctica de investigación cualitativa: algo más que retocar programas. Enferm Clínica. 2004;14(2):111-6.

Febrel M. Investigación cualitativa en promoción de salud. Trab Soc y Salud. 2000;35:99-132.

Fernández de Sanmamed Santos MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria. Aten Primaria. 1999;23(8):453-4.

Gil Nebot MA, Estrada Ballesteros C, Pires Alcalde ML, Aguirre Martín-Gil R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(5):451-9.

Hill Bailley P. Finding you Way around qualitative methods in nursing research. Journal of avanced nursing. 1997; 25(1):18-22.

Íñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. Aten Primaria. 1999;23(8):496-502.

March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gac Sanitaria. 1999; 13(4):312-9.

Morales-Asencio JM. Investigación enfermera en atención primaria (II): la práctica basada en la evidencia. En: Martínez-Riera JR, del Pino-Casado R (eds.). Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 817-39.

Pérez Andrés C. Sobre la metodología cualitativa. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:373-80.

Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cad Aten Primaria. 2002;9(2):76-8.

C A P Í T U L O 6 2

Investigación enfermera en atención primaria: prioridades

José Ramón Martínez Riera

INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

Cuando en 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló e impulsó el que fue conocido como nuevo modelo de atención primaria (AP), supuso un reto que en España se tradujo en la transformación del primer nivel de atención.

Los centros de salud se constituyeron como el punto de referencia de este cambio tan importante. Entre las múltiples novedades que presentaba el denominado nuevo modelo cabe destacar la utilización generalizada de la historia de salud por parte de todos los profesionales de los recién constituidos equipos de AP, junto con la puesta en marcha de programas, protocolos y actividades tales como sesiones clínicas, bibliográficas, participación en la docencia de posgrado, etc. que se constituyeron como los principales referentes de una incipiente investigación en AP, hasta ese momento inexistente.

Estos inicios de la investigación en AP coincidieron con la implantación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, que favoreció el desarrollo de los primeros proyectos de investigación a los que de manera tímida se fueron incorporando algunas enfermeras. Sin embargo, este desarrollo no coincidió con la implantación de la especialidad de enfermería a pesar de haberse regulado en el Real Decreto 992/1987 la especialidad de enfermería de salud comunitaria junto a otras seis especialidades (enfermería obstétrico-ginecológica [matronas], enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería de cuidados especiales, enfermería geriátrica y gerencia y administración de enfermería), que nunca se llegó a desarrollar. Esta circunstancia, sin duda, hubiera favorecido en gran medida la investigación enfermera en AP.

Pero a pesar de ello las enfermeras, que se incorporaron a los centros de salud sin preparación específica y con una importante falta de información, lograron a base de ilusión y esfuerzo personal y colectivo formarse y desarrollar iniciativas científicas importantes como congresos, jornadas, talleres, etc. que fueron la base de los primeros trabajos de investigación enfermera en AP. Asimismo, surgió la primera sociedad científica de enfermería comunitaria, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), a través de la cual se logró dinamizar de manera muy significativa la investigación en enfermería comunitaria y que aún hoy sigue siendo un referente nacional e internacional.

Asimismo, empezó a ser cada vez más frecuente la publicación de artículos científicos relacionados con la enfermería comunitaria y la AP. En un principio se fueron haciendo hueco en las revistas científicas de carácter general como *ROL, Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Index…* para, posteriormente, ir apareciendo las primeras revistas específicas como *Enfermería Comunitaria* o la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC).* De igual modo, las enfermeras empezaron a publicar, de manera cada vez más frecuente, en revistas de carácter multiprofesional como *Atención Primaria, Gaceta Sanitaria, Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria…*, lo que apuntaba a una madurez profesional cada vez mayor y a un aumento de la producción científica propia o en equipos de investigación multiprofesionales.

Por otra parte, y aunque aún en número poco significativo, se accede a financiación para el desarrollo de investigaciones en AP, a través

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

fundamentalmente del grupo Investén del Instituto de Salud Carlos III.

Los diferentes cambios de organización y desarrollo de la AP supusieron vaivenes importantes en el trabajo de los equipos en general y de las enfermeras en particular. De la ilusión y motivación iniciales, se pasó a un manifiesto escepticismo coincidiendo con el estancamiento de la AP caracterizado por la escasa creatividad, por la rutina de las tareas, los constantes cambios de organización y la falta de interés demostrado por la administración. A esto hay que añadir los cambios en la orientación de la investigación promovida desde la administración sanitaria, a favor de la investigación básica y en detrimento de la investigación de servicios, lo que conduce a no identificar la AP como ámbito natural de abordaje de numerosos problemas de salud. Sin olvidar la falta de interés, cuando no de desprecio, hacia la investigación cualitativa desarrollada en muchas ocasiones por parte de las enfermeras en el ámbito de su actuación en AP.

Este devenir de acontecimientos y fluctuaciones ha conducido a situaciones de parálisis que parecían abocadas al fracaso de la AP, tal como se planteó como consecuencia de la declaración de Alma-Ata. Sin embargo, hay que destacar un hecho de gran relevancia como es el de la publicación del Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de enfermería en el que se recogía de nuevo la especialidad, ahora denominada, de enfermería familiar y comunitaria; la posterior Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, y la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en enfermería, con una oferta de 132 plazas de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, distribuidas en siete comunidades autónomas (Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Madrid) y 29 unidades docentes. De esta manera en mayo de 2011 se produce la primera incorporación de residentes de enfermería familiar y comunitaria. Esta incorporación, por tanto, supondrá un antes y un después en el desarrollo profesional de las enfermeras comunitarias y en el impulso de la investigación propia en enfermería comunitaria que permita generar e incorporar evidencias científicas a la práctica profesional para beneficio de la comunidad, las familias y las personas.

BARRERAS Y ELEMENTOS FACILITADORES DE LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La investigación en AP nunca ha sido un competidor de los hospitales o de la universidad en la obtención de fondos (nunca ha alcanzado el 5% de los proyectos financiados por el FIS, por ejemplo), y mientras la financiación de la investigación se retroalimente de los factores de impacto de las publicaciones, mal lo tiene la atención primaria.

Sin embargo, el aumento de producción científica específica del campo de AP en los últimos años es muy significativo y a ello han contribuido de manera muy relevante las sociedades científicas, aunque se debe mejorar el flujo por los canales de comunicación con otros niveles de atención (hospitales, sociosanitarios, etc.) y con la universidad, que en la actualidad aún son poco permeables. Asimismo, es necesario que la investigación forme parte importante de la carrera profesional como medida motivadora y de incentivación de los profesionales que la realicen.

La investigación ha pasado por varias fases totalmente vinculadas al devenir del desarrollo profesional de las enfermeras pero, actualmente, se dispone de un sólido respaldo basado en resultados relevantes de investigación para la toma de decisiones en muchísimas áreas de prestación de cuidados.

La investigación enfermera en el ámbito de AP tiene que pasar del plano teórico y saltar al terreno instrumental (aplicación práctica de resultados) y al persuasivo (orientación de servicios de salud conforme a los resultados de investigación) para que los resultados de dicha investigación se conviertan en el instrumento básico del que se nutra la investigación aplicada sobre cuidados.

Sin embargo, hay conocimiento ya generado en torno a los cuidados comunitarios que no ha sido socializado. En la actualidad ya existen evidencias claras sobre el beneficio que determinadas acciones de cuidados enfermeros tienen sobre la población sin que esté garantizado que le

estén siendo dispensadas. Es lo que se denomina la transición de la atención basada en la evidencia (ABE) a la atención basada en el conocimiento (ABC).

Hay claras referencias a las barreras existentes para que las enfermeras investiguen o apliquen los resultados de la investigación en su práctica profesional. En relación con las barreras identificadas para el desarrollo de investigación en diferentes estudios se puede observar que el orden de priorización difiere muy poco entre ellos a excepción del enunciado como «falta de autoridad y autonomía de las enfermeras a la hora de llevar a la práctica los cambios derivados de los resultados de la investigación». En los estudios de Parahoo (2000), Walsh (1997) y Funk et al. (1991) —en los que se utiliza el mismo instrumento, la «escala de barreras» de Funk et al.— todas las enfermeras de la muestra pertenecían a hospitales, y en todos ellos aparecía el citado enunciado como la primera barrera para el desarrollo de investigación. En el estudio de Dunn et al. (1998), sin embargo, la muestra estaba configurada por enfermeras comunitarias que identificaban la citada barrera, pero lo hacían en 14.º lugar. Este hecho puede ser explicado por la mayor autonomía y control que sobre su trabajo tienen las enfermeras comunitarias, por lo que se puede decir que este problema sería en AP un elemento facilitador de la investigación (tabla 62-1).

En España, las barreras identificadas no distan mucho de las descritas en estudios internacionales, si bien hay que destacar que los trabajos han sido realizados con sujetos que se caracterizaban por ser enfermeras que no eran investigadoras activas (cuadro 62-1).

Pero las barreras o dificultades para investigar no se limitan a la actitud y/o aptitud de las enfermeras. Es importante destacar que la utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como organizacional. Es un proceso complejo de componentes políticos, organizacionales, socioeconómicos y actitudinales, que influyen de manera muy directa en todos los demás elementos que actúan como barreras de la investigación. Existen, en este sentido, muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica.

De hecho, generalmente, los directivos de las organizaciones sanitarias en España consideran

CUADRO 62-1. Dificultades para la investigación identificadas por enfermeras españolas

- Falta de conocimientos de métodos de investigación
- Comprensión mínima de un proceso
- Falta de tiempo
- Falta de confianza
- Desconocimiento de hallazgos de investigación
- Falta de motivación
- Falta de apoyo de gestores y compañeros
- Falta de financiación
- Plantillas escasas

Adaptado por Martínez Riera JR de: Jones Mallada C, Hidalgo García R, Fuentelsaz Gallego R, Moreno Casbas T, Hernández Faba E. Situación actual de los recursos para la investigación en enfermería. Metas de Enfermería. 2004;7(5):28-32.

TABLA 62-1. Orden y descripción de las barreras con relación al marco en el que se desarrolla la investigación

Orden	Barrera
1	La enfermera no se siente con suficiente autoridad y autonomía para cambiar los cuidados derivados de la investigación
3	Tiempo insuficiente para implementar las nuevas ideas
4	El directivo no favorece la puesta en práctica de los resultados de la investigación
5	La enfermera cree que los resultados no son generalizables
7	Los médicos no colaboran en la implementación
8	No se dan facilidades para la implementación
9	El resto del personal de enfermería no da soporte a la implementación
12	La enfermera no tiene tiempo para leer la investigación
18	La enfermera está aislada de los compañeros bien informados con los que discutir la investigación

Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. JAN. 2000;31(1):89-98.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que la investigación enfermera es una decisión y un problema de las enfermeras, limitando su papel a aspectos burocráticos y en el mejor de los casos a «dejar hacer», sin que exista una implicación directa ni una motivación explícita para que se lleve a cabo. Si a lo dicho añadimos que enfermería realiza cada vez más abordajes desde paradigmas distintos al positivista, empleando métodos de investigación cualitativa que figuran entre los menos «recomendados» por la evidencia científica, se entenderá el poco interés mostrado tanto por las organizaciones como por sus directivos, lo que provoca que en muchos casos no se tengan en cuenta y se pongan en práctica los hallazgos obtenidos.

Otra barrera es la dificultad para acceder a las fuentes de información y la evidencia específicas de enfermería, así como los escasos recursos bibliográficos disponibles, que obligan a tener que utilizar recursos alejados de los puestos de trabajo dada la dispersión geográfica existente en AP y a pagar el acceso a la información necesaria, reduciendo mucho más la implicación de las enfermeras en la investigación. Aunque en la actualidad este hecho podría estar minimizado por la existencia de herramientas informáticas, esto no se logra dada la poca o nula apuesta que se hace para que se pueda tener acceso a las fuentes de información desde los centros de salud.

Esta clara e inequívoca posición de las organizaciones y el escaso trabajo en equipo y multidisciplinar se constituyen en dificultades identificadas como insalvables por las enfermeras.

Pero de la misma forma que la falta de líderes de enfermería es detectado como una barrera, la presencia de estos actúa como facilitador. Además, los directivos con una formación superior son excelentes facilitadores de la investigación, siendo inversamente proporcional dicho interés y efecto facilitador con el hecho de que el directivo tenga menos formación (tabla 62-2).

Además, el estilo de dirección, la escucha activa y el reconocimiento de los logros son elementos facilitadores de la investigación.

Derivados de lo anteriormente expuesto podemos destacar como elemento facilitador el hecho de que actualmente las enfermeras ya pueden acceder sin obstáculos al máximo desarrollo disciplinar al haberse regulado los estudios de grado y posgrado en igualdad de condiciones entre todas las disciplinas.

TABLA 62-2. Instrumentos facilitadores para el uso de la EBE

Orden	Facilitador
1	Soporte de los directivos
2	Tiempo
3	Soporte de los compañeros
4	Motivación del personal
5	Acceso a las recomendaciones
6	Educación-formación
7	Oportunidad de hacer avanzar los estudios
8	Personal adecuadamente preparado en investigación
9	Recursos
10	Investigaciones que aporten beneficios en el cuidado de los pacientes

Adaptado por Martínez Riera JR de: Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. JAN. 2000;31(1):89-98.

De igual forma la aportación de las sociedades científicas influye de manera muy positiva en el desarrollo de la investigación enfermera en AP, favoreciendo el pensamiento crítico y promoviendo las ventajas de la investigación para la práctica profesional:

- Acercando la formación a las enfermeras de AP (dispersión geográfica).
- Promoviendo la investigación y consolidando grupos multidisciplinarios que impliquen distintos centros de salud.
- Fomentando líneas de investigación sobre temas prioritarios que inciden en la salud de la población, desde los grupos de trabajo, reuniones, jornadas, talleres, congresos.
- Facilitando la publicación de los trabajos en revistas científicas nacionales e internacionales.
- Participando en formación pregrado y posgrado de las enfermeras.

PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

En 1996, el Comité Europeo de Salud constituyó un grupo de trabajo con el fin de que se estableciera, por parte de los países miembros, una estrategia que impulsara la investigación en enfermería y el desarrollo de su campo de conocimientos. Es necesario destacar que entre las actividades recomendadas en el desarrollo de esta estrategia se hacía especial hincapié en el establecimiento de prioridades de investigación en enfermería.

Dicha recomendación obedecía fundamentalmente a:

- La necesidad de orientar los esfuerzos para investigar en aquellos ámbitos de atención en los que las necesidades de salud identificadas tuviesen especial significación.
- Permitir la racionalización de los cada vez más escasos recursos de financiación disponibles para atender a las prioridades de investigación identificadas.

Por su parte, la OMS en 1998 identificó sus propias prioridades en investigación en enfermería que se concretaban fundamentalmente en: la organización de los cuidados, las condiciones laborales de los profesionales, la calidad de los servicios, las poblaciones vulnerables y el control de infecciones.

En España desde 1990 se viene trabajando desde diferentes ámbitos en el estudio de prioridades de investigación en enfermería (tabla 62-3).

Los resultados del estudio Delphi llevado a cabo en 1999 identificaron las siguientes prioridades:

- Análisis de la continuidad y coordinación de cuidados de enfermería.
- Calidad de los cuidados de enfermería.
- Repercusión de las técnicas y tratamientos agresivos en la calidad de vida.
- Necesidades de los cuidadores principales.
- Calidad de vida de la población anciana.
- Satisfacción de los usuarios.
- Necesidades de la persona en fase terminal y su familia.

Por su parte, en la reevaluación de dicho estudio realizada en 2010, los resultados obtenidos sufren algunas variaciones con los identificados en 1999 (tabla 62-4).

Hay que destacar que los resultados obtenidos en este último estudio ponen de manifiesto el posicionamiento de las enfermeras en áreas

TABLA 62-3. Acciones emprendidas en España para la identificación de prioridades de investigación en enfermería

Año	Organismo	Acción
1990	Programas del Fondo de Investigación Sanitaria	Inicia el proceso de identificación de prioridades de investigación en enfermería con la creación de un primer grupo de trabajo
1994	Instituto de Estudios de la Salud del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya	Estudio para conocer las áreas prioritarias en dicha comunidad
1996	Grupo Investén-ISCIII	Estudio para conocer las prioridades mediante grupo nominal
1999	Grupo Investén-ISCIII	Estudio Delphi para conocer las prioridades
2010	Grupo Investén-ISCIII	Estudio Delphi para reevaluar las prioridades obtenidas en el anterior estudio

Adaptado por Martínez Riera JR de: Comet Cortés P, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. Enferm Clín. 2010;20(2):88-96.

TABLA 62-4. Prioridades de investigación en enfermería

Orden	Prioridades
1	Evaluación de la eficacia de intervenciones de enfermería
2	Promoción de la salud: desarrollo de estrategias para implicar al usuario en sus cuidados
3	Cuidados basados en la evidencia: implantación y evaluación de resultados en la práctica clínica
4	Medición de la calidad de cuidados enfermeros
5	Cuidados paliativos y calidad de vida de las personas con procesos terminales y sus familias
6	Promoción de la salud en poblaciones vulnerables
7	Calidad de vida en personas mayores y sus cuidadores
8	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la infancia y la adolescencia
9	Recursos e intervenciones en el cuidado de personas mayores
10	Autocuidados y toma de decisiones respecto a la salud de la propia persona

Adaptado por Martínez Riera JR de: Comet Cortés P, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. Enferm Clín. 2010;20(2):88-96.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mucho más cercanas al momento evolutivo de su realidad profesional, sobre todo en las que hacen referencia a las tres primeras prioridades. El resto de prioridades, por otra parte, dan respuesta evidente a las realidades políticas y sociales del sistema sanitario público de nuestro país y se alejan de las prioridades identificadas en anteriores estudios que tenían mayor relación con el desarrollo profesional y los aspectos funcionales de los sistemas de salud, lo que obedece a la situación actual de la profesión enfermera que ha pasado de la necesidad de justificarse como disciplina a la necesidad de mejorar el resultado de su práctica.

Por otra parte los resultados se aproximan al movimiento, en auge tanto en España como a nivel internacional, de la práctica clínica basada en la evidencia (PBE).

Estas prioridades, sin embargo, hacen referencia a la investigación de enfermería en general. En el campo de la enfermería comunitaria H. Bernal, muy cercana al modelo de alianza comunitaria propuesto por Anderson y McFarlane, pone de manifiesto la necesidad de que las enfermeras comunitarias establezcan alianzas con la comunidad, desarrollen estrategias que impulsen el activismo comunitario a través de diseños de colaboración que impliquen la participación de la población en el proceso de la investigación (investigación-acción participativa). Para ello propone ocho líneas de investigación a desarrollar por las enfermeras comunitarias para dar respuesta a las necesidades de la comunidad en la actualidad y que se concretan en:

- Prevención y promoción a través de todas las edades.
- Los pueblos minoritarios y los grupos más vulnerables.
- Los cuidados domiciliarios y la familia como sistema de apoyo.
- El rol de la enfermera comunitaria.
- El medio ambiente.
- Investigación en grupos comunitarios.
- El impacto de los cambios en los sistemas de salud públicos y privados.
- Intervención basada en la evidencia empírica.

Dicha propuesta parece encajar en las prioridades anteriormente descritas y tan solo pone de manifiesto la necesidad de adaptarlas al ámbito comunitario en el que se llevarán a cabo.

Las enfermeras, por su parte, deberán dar respuesta a dichas prioridades mediante el desarrollo profesional de la especialidad y de figuras emergentes como el de la práctica avanzada de amplia experiencia en otros países (Gran Bretaña, Holanda, Canadá, EE.UU., etc.).

LECTURAS RECOMENDADAS

Bernal H, Citada por Alonso Moreno FJ, Cid Calo G, García Bajo MC. Necesidades, problemas y prioridades investigadoras en atención primaria. En: La investigación clínica en atención primaria. Hidalgo Requena A. Documentos de opinión para atención primaria. Madrid: International Marketing & Communication; 2005. p. 12-23.

Comet Cortés P, et al. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. Enferm Clín. 2010;20(2):88-96.

Dunn V, Crichtin N, Roe B. Seers K, Williams K. Using research for practice: a UK experience of de Barriers Scale. Journal of Avanced Nursing. 1998;27:1203-10.

Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective. Applied Nursing Research. 1991;2:90-5.

Jones Mallada C, Hidalgo García R, Fuentelsaz Gallego R, Moreno Casbas T, Hernández Faba E. Situación actual de los recursos para la investigación en enfermería. Metas de Enfermería. 2004;7(5):28-32.

Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de enfermería basada en la evidencia (EBE). Enferm Clín. 2003;13(5):191-6.

Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Investigación enfermera en atención primaria (I): un análisis de la situación actual. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 817-39.

Morales Asencio JM. El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas. Rev Iberoamericana Enf Comunitaria. 2010;3(2):33-41.

Morales Asencio JM. Investigación enfermera en atención primaria (II): la práctica basada en la evidencia. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 817-39.

Oltra Rodríguez E, Riestra Rodríguez R, Alonso Pérez F, García Valle JL, Martínez Suárez MM, Miguélez-López R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. Enferm Clín. 2007;17(1):3-9.

Orts Cortés I, Comet Cortés P, Moreno-Casbas MT, Concepción Arribas M. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi. Enferm Clín. 1999;10(1):9-13.

Palomo Cobos L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. Gac Sanit. 2002;16(2):182-7.

Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. Journal of Avanced Nursing. 2000;31(1):89-98.

Walsh M. How nurses perceive barriers to research implementation. Nursing Standard. 1997;11:34-9.

Walsh M. Perceptions of barriers to implementing research. Nursing Standard. 1997;11:34-7.

C A P Í T U L O 6 3

Inyectable: técnica

Manuel Lillo Crespo e Isabel Casabona Martínez

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS

Normalmente, cuando hablamos de un inyectable, nos estamos refiriendo a la punción intramuscular. Este tipo de punción forma parte del grupo de punciones parenterales y consiste en introducir un fármaco en el tejido muscular.

Para administrar fármacos por vía intramuscular se requiere que el medicamente esté formulado para ese uso y debe utilizarse una jeringa con aguja de más de una pulgada, con un calibre que permita que el líquido pase a través de ella y con un largo suficiente para llegar al interior de la masa muscular; entre las agujas más frecuentemente utilizadas están las de calibre 21G × 1 o 1½ (largo en pulgadas), que pueden ir unidas a jeringas desechable de 2,5 y 5 cc.

Se recomienda que el volumen administrado por esta vía sea menor o igual a 5 cc (aunque existen fármacos que contienen algo más), así como también que el número de dosis del medicamento a inyectar no sea alto, en virtud del dolor y la incomodidad que se le causará al paciente. En caso contrario, se recomienda ir cambiando las zonas de punción.

Si se requiere de un gran número de dosis, quizás se pudiera, de acuerdo a la patología, las propiedades del medicamento a utilizar y la indicación del médico tratante, iniciar el tratamiento por vía intramuscular y pasar luego a la vía oral o usar la vía endovenosa. La región glútea es el sitio más común de aplicación de inyecciones intramusculares, aunque también podemos emplear otras que comentaremos a continuación.

Esta técnica forma parte de las competencias profesionales de la enfermera.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y CARACTERÍSTICAS

Los sitios de punción más habituales son:

- Brazo, concretamente en el músculo deltoides: se ubica a dos o tres traveses de los dedos, bajo el acromion, en la cara externa del brazo. Se debe tener en cuenta que el nervio radial pasa cerca de ahí. Admite hasta 2 ml de volumen. El paciente puede estar prácticamente en todas las posiciones: sedestación, decúbito supino, decúbito lateral o bipedestación.
- Muslo, concretamente en el músculo recto y anterior y el vasto externo: por lo general está bien desarrollado en el adulto y en niños que ya caminan. Estos músculos se abordan en la parte media anterior y media lateral en el 1/3 medio del muslo. Admite hasta 5 cc de volumen. Con el paciente en decúbito supino o en sedestación, delimitaremos una banda imaginaria que vaya, por la cara externa del muslo elegido, desde el trocánter mayor hasta la rótula. La zona óptima de inyección está localizada en esta banda, 5 cm por arriba y 5 cm por debajo de su punto medio. Es la zona de elección para los niños menores de 3 años.
- Glúteos y zona dorsoglútea: habitualmente se inyecta en el músculo glúteo mayor. Para ello, divida el glúteo en cuadrantes. Tradicionalmente se habla de dividir el glúteo en cuatro cuadrantes e inyectar en el cuadrante superior externo, todo esto para evitar pinchar y lesionar un cierto número de importantes nervios y vasos sanguíneos que discurren por los otros cuadrantes, entre los que destaca el nervio ciático. Las inyecciones en cualquiera de los dos cuadrantes inferiores pueden lesionar el nervio ciático, así como otros nervios y vasos que emergen por debajo del músculo piramidal de la pelvis, ubicado profundamente en la región. De la misma forma, las inyecciones en

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

el cuadrante superointerno pueden lesionar el nervio y/o vasos glúteos superiores. Aunque poco frecuente, con la inyección en este cuadrante se puede lesionar el nervio peroneo común y producir una parálisis de los músculos dorxiflexores del pie y del tobillo, por lo que se puede observar caída del pie con marcha equina (al caminar los dedos se arrastran y para impedir esto, el paciente eleva el pie más de lo usual) (fig. 63-1).

El equipo necesario para llevar a cabo la infiltración del inyectable sería:

- 1 jeringa desechable con capacidad de acuerdo al volumen a inyectar.
- 1 aguja 21 G × 1½ de punción intramuscular.
- 1 bandeja o riñonera limpia.
- 1 frasco de alcohol al 70% o clorhexidina al 2%.
- Torundas de algodón o gasas.

El procedimiento a seguir sería el siguiente:

- Explique al paciente el procedimiento a realizar.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo utilizando los principios de asepsia médica y quirúrgica, según corresponda. Antes de inyectar el medicamento desinfecte la piel. Para ello aplique una torunda o gasa impregnada de antiséptico en el centro de la zona elegida. Posteriormente, y con un movimiento que dibuje una espiral hacia fuera, abarque un diámetro de unos 5 cm. Con ello barra hacia el exterior los gérmenes de esa zona de la piel, cosa que no se consigue si el movimiento que le imprime a la torunda es de derecha a izquierda o de arriba abajo.
- Prepare el fármaco y aspire el medicamento con una aguja. Cambie la aguja cuando se trata de un frasco o ampolla.
- Coloque al paciente en posición adecuada y segura.
- La cresta ilíaca y el pliegue glúteo inferior limitan el glúteo. La inyección se administra en el cuadrante superior externo de 5 a 7 cm más abajo de la cresta ilíaca. Se localiza en el cuadrante superior externo de la nalga, pues así es como se evita lesionar el nervio ciático. Es el lugar que más fármaco admite: hasta 7 cc. El paciente puede estar en decúbito lateral, en decúbito prono o en bipedestación (en este último caso, debe tener cerca una zona de apoyo por si surge cualquier complicación). Debe evitarse su uso en los menores de 3 años.
- Una vez ubicado el sitio, tome la jeringa en forma perpendicular a la piel, en ángulo de 90°. Según la bibliografía, la aguja se puede insertar tanto mediante el sistema cerrado (jeringa y aguja conectadas) como mediante el sistema abierto (jeringa y aguja separadas); las fuentes no se ponen de acuerdo ni existe una evidencia científica clara de si un procedimiento es mejor que el otro y cuándo debe aplicarse cada uno de ellos. En lo que sí hay coincidencia es en que la aguja se debe introducir formando un ángulo de 90° (por lo que es indiferente hacia dónde mire el bisel) con un movimiento firme y seguro, en un solo acto (fig. 63-2).
- Con el índice y pulgar de la otra mano, tracción el tejido blando e introduzca de una sola vez la aguja con movimiento firme, y en forma perpendicular a la piel.
- Suelte la tracción de la piel, aspire aproximadamente 1 cc y si no hay reflujo hemático entonces inyecte lentamente el medicamento,



FIGURA 63-1. Punción intramuscular en el cuadrante superior externo del glúteo derecho.



FIGURA 63-2. Preparación para punción intramuscular en el glúteo con paciente tumbado en decúbito prono.

manteniendo el ángulo. Antes de introducir el medicamento siempre se debe aspirar para ver si ha conectado con un vaso. En caso afirmativo, debe realizar un cambio de plano, extrayendo la aguja hasta su longitud media y cambiando el ángulo de entrada o bien extraer la aguja y pinchar nuevamente (con otra aguja) en otro lugar.

- El medicamento se debe de inyectar lentamente ya que, aparte de ser menos doloroso, da tiempo a que se vaya distribuyendo por el músculo. Como media emplee 1 min —y nunca menos de 30 s— en introducir 5 cc de sustancia. Durante todo el procedimiento vaya observando cómo va reaccionando el paciente y pregúntele si tiene dolor, si se encuentra mareado, etc.
- Una vez haya administrado todo el medicamento, espere unos 10 s antes de retirar la aguja, pues así evitaremos cualquier pérdida de medicación. A continuación coloque la torunda con el antiséptico justo sobre el punto de la inyección —al sujetar la piel minimizaremos en lo posible el dolor— y retire la aguja con suavidad y rapidez. Posteriormente, haga una suave presión mientras fricciona ligeramente la zona para evitar que el medicamento se acumule y así favorecer su absorción.
- Retire la jeringa con un solo movimiento, al mismo tiempo presione la zona de punción con un algodón o gasa seca.
- Deje la jeringa en una bandeja o riñonera sin recapsularla.
- Retire el algodón observando que no haya salida de sangre; en caso contrario, presione suavemente y deje una gasa seca o tirita.
- Deje cómodo al paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento.
- Elimine la jeringa en las zonas de desecho de material punzante.

LECTURAS RECOMENDADAS

Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.

Perry A, Potter PA. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4.ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

J

64. Jóvenes y drogas 397
65. Jóvenes y trastornos de la conducta alimentaria 402

C A P Í T U L O 6 4

Jóvenes y drogas

Luz López Samaniego y Luis Cibanal Juan

JUVENTUD

La Asamblea General de las Naciones Unidas, con motivo del Año Internacional de la Juventud en 1985, define a la juventud como las personas entre los 15 y 24 años de edad. Hasta los 19 años se les considera adolescentes y, a partir de los 20, jóvenes adultos.

En España, el INJUVE utiliza el tramo de 15 a 29 años —ambos inclusive— desde el Informe Juventud en España de 1984, en el que se amplió la edad superior de 24 a 29 años.

Aproximadamente, mil millones de jóvenes viven en el mundo hoy. Eso significa que una persona de cada cinco, aproximadamente, tiene entre 15 y 24 años, o que el 18% de la de la población global son jóvenes, y los niños (5-14 años) comprenden el 19,8%.

La mayoría de los jóvenes del mundo viven en países en vías de desarrollo (casi el 85%), con aproximadamente el 60% en Asia solamente. El 23% restante vive en las regiones en vías de desarrollo de África y América Latina y el Caribe.

Juventud y salud

Esta etapa ofrece oportunidades de progreso, sin embargo también implica riesgos para la salud y el bienestar.

Las carencias de atención a la salud durante la adolescencia, especialmente en educación y promoción de la salud, pueden dar lugar a problemas, tanto inmediatamente como en la edad adulta.

Uno de los compromisos más importantes que puede hacer un país a favor de su progreso y estabilidad futuros en los aspectos sanitarios, económicos, sociales y políticos es ocuparse de las necesidades de salud y desarrollo de sus adolescentes y jóvenes.

DROGAS

Las drogas o sustancias psicoactivas pueden ser divididas en: depresoras, estimulantes, opioides y alucinógenas. Algunos ejemplos de estas son:

- Depresores:
  - Alcohol (vino, cerveza, destilados, licores).
  - Sedantes (fármacos depresores, barbitúricos, tranquilizantes, benzodiacepinas).
  - Solventes volátiles (aerosoles, gas butano, gasóleo, pegamento, lacas, nitritos, diluyentes de pintura).
- Estimulantes:
  - Anfetaminas (D-metanfetamina, P-hodroanfetamina).
  - Cocaína (crack, productos de la hoja de coca).
  - Nicotina (cigarros, puros, pipa, tabaco en polvo, tabaco de mascar).
  - Xantina (café, té, bebidas con cafeína).
- Opioides:
  - Heroína, morfina, opio, buprenorfina, metadona, petidina.
  - Jarabe para la tos con codeína.
- Alucinógenos:
  - Dietialmida de ácido lisérgico (LSD).
  - Mescalina, psilocibina, triptaminas.
  - Cannabis (marihuana, hachís, hierba).

Conceptos

Droga: el término droga se utiliza para referirse a aquellas sustancias psicoactivas que tienen un efecto potencialmente nocivo para el sujeto que la consume.

Drogodependencia: definida en el año 1964 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: «El estado psíquico y, a veces, físico, resultante de la interacción que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga».

Dependencia física: estado fisiológico que se manifiesta cuando se suprime bruscamente el consumo de la droga. Pueden aparecer intensos trastornos físicos, como el llamado síndrome de abstinencia agudo, trastornos que desaparecen cuando se reanuda el consumo de la misma. Se usa frecuentemente como sinónimo de adicción.

Dependencia psíquica: al tomar una droga se produce una sensación de satisfacción. Fuera de este estado, el sujeto experimenta una necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada, para producir placer o evitar el malestar. Todo ello a pesar de los costes que conlleve.

Tolerancia: es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación —o el efecto deseado— o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado en las mismas dosis.

Uso: tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

Abuso: cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o bienestar social de un individuo, de otros individuos o de la sociedad en general.

Sobredosis o intoxicación aguda: consumo de una sustancia en una cantidad mayor a la que asimila el organismo en un corto espacio de tiempo —intoxicación aguda—. Puede llegar a causar la muerte en los casos en los que no se atienda con rapidez.

Abstinencia: es un cambio de comportamiento desadaptativo, con conocimientos cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración de una sustancia en la sangre o los tejidos de un individuo que ha mantenido un consumo prolongado disminuye. Para elimininar o aliviar los grandes síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día, normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia, que normalmente son opuestos a los efectos agudos de la sustancia, varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas.

JUVENTUD Y DROGAS

La etapa adolescente suele ser el momento en el que se producen los primeros contactos con las drogas. Diversos estudios evidencian que cuanto más temprana es la edad en la que se produce esta experimentación, más probabilidad hay de que este consumo termine siendo problemático y su abandono sea más difícil. Además, los contactos tempranos con sustancias como el alcohol y el tabaco favorecen que se produzca la experimentación con otro tipo de sustancias, como los derivados del cannabis, las drogas de síntesis, la cocaína, etc.

El consumo de drogas repercute en la salud y en la vida de los consumidores, más aún si estos son adolescentes. Entre las consecuencias de este consumo cabe destacar:

- Alteraciones del sistema nervioso y de distintos órganos, con el consiguiente desgaste y deterioro progresivo de la salud y el riesgo de contraer enfermedades asociadas.
- Incidencia en el comportamiento del adolescente, al repercutir negativamente en sus facultades cognitivas, en su proyección social y energía necesarias para desarrollar un proyecto personal. Con ello se corre el riesgo de interferir en una etapa crucial para el desarrollo y la formación de la personalidad adulta.
- Repercusiones en las relaciones con el entorno familiar y social, que propician dificultades de comunicación, tensión familiar, conflicto social, accidentes de circulación y otras conductas de riesgo.

Razones por las que la juventud consume drogas

- Deseo de descubrir y experimentar.
- Fácil acceso de las sustancias.
- Razones de inmediatez tales como: diversión, valentía, excitación, dormir o mantenerse despierto, reducir el dolor (físico o emocional).

Sin embargo, como el resto, la juventud puede consumir drogas de forma espontánea en ciertas

situaciones, o solo si se le presenta la oportunidad.

La relación entre jóvenes y drogas es compleja, y los patrones y contextos de consumo pueden cambiar rápidamente. En lugares y espacios diferentes, la juventud suele consumir una gran variedad de sustancias, frecuentemente aquellas que son más accesibles y económicas. Por ejemplo, los niños de la calle consumen inhalantes como el pegamento, el cual es barato y fácil de conseguir.

CLAVES GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON JÓVENES QUE CONSUMEN DROGAS

Prevención

El término «prevención» se utiliza, a veces, de modo muy genérico; de ahí que se emplee tanto por parte de quienes trabajan en la educación, como en el tratamiento y en la represión del tráfico de drogas.

Es imprescindible contar con la juventud, tanto a la hora de aplicar las actuaciones preventivas, como incluso en el diseño y elaboración de las mismas.

La enfermera es un agente de salud que, por su condición de cercanía tanto a la población sana como a la que sufre alguna patología, puede realizar prevención en cada una de sus intervenciones. Sería conveniente ir más allá y matizar que no solo puede, sino que debe realizarla.

La prevención primaria o inicial es la que se pone en funcionamiento, aplica métodos y toma medidas antes de que se inicie el consumo problemático de sustancias psicoactivas, siendo su principal objetivo el de impedir que este aparezca o, si es posible, controla las variables que pueden incidir en su aparición, retrasando al máximo el inicio del consumo. Esta se suele realizar como parte de programas escolares o de atención primaria.

En resumen, **prevenir (prevención primaria):**

Es educar, porque se trata de promover el desarrollo integral de la persona y de favorecer su proceso de maduración, para que el contacto con las drogas, de producirse, no lleve al abuso o dependencia de las mismas. Para conseguirlo habrá que intervenir desde edades tempranas para fomentar estilos y hábitos de vida saludables que actúen como elementos de protección frente al uso indebido de sustancias.

No es únicamente informar sobre las sustancias, los riesgos de consumo y sus consecuencias. La información, con ser muy importante, no es suficiente. De hecho, muchos programas de prevención basados en la información han fracasado por no contemplar otros elementos importantes que están en la raíz del consumo.

Es fomentar el desarrollo de habilidades y recursos personales que refuercen al adolescente y le hagan menos vulnerable frente a las presiones que ejerce el entorno para estimular el consumo de sustancias (sus amigos, otras personas de referencia, los medios de comunicación, la sociedad, etc.).

Es reforzar la autoestima, la confianza en sí mismo y su capacidad para tolerar la frustración y mejorar el control emocional, de forma que su motivación por conseguir metas vaya más allá de lo inmediato y permita un esfuerzo continuado.

Es fomentar alternativas de ocupación del tiempo libre que ayuden a elegir estilos de vida saludables, incompatibles con el uso de drogas.

Factores de riesgo y factores de protección

Los factores de riesgo y los factores de protección recogen «quién eres, dónde vives y qué haces», lo cual determina determinados comportamientos, incluyendo el consumo de drogas:

Factor de riesgo: atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso o abuso de drogas.

Factor de protección: atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso o abuso de drogas.

No se hace mención a causas sino a factores, por tanto, no significa que las personas expuestas a algunos o varios de los factores de riesgo consuman o vayan a consumir drogas inevitablemente. Tampoco implica que los que poseen uno o varios factores de protección sean invulnerables a dicho consumo, aunque se pueda predecir que a mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Programa de prevención en drogodependencias

Es un conjunto de actuaciones relacionadas entre sí para conseguir impedir la aparición de un problema de drogodependencias, es decir, evitar o retrasar el uso y abuso de las distintas drogas. Como la conducta del consumo de drogas está influida por numerosos factores, los programas de prevención deben, asimismo, observar múltiples componentes que permitan reducir los factores de riesgo a la vez que impulsan los factores de protección.

Componentes de los programas de prevención

- **Cognitivo:**
  - Información sobre las sustancias y los riesgos asociados al consumo.
  - Información sobre la prevalencia del consumo de las diferentes sustancias para desmitificar la percepción de qué es una conducta «normal».
- **Autoimagen y autosuperación:**
  - Cómo se forma la imagen que el adolescente tiene de sí mismo.
  - Desarrollo de un proyecto de autosuperación.
- **Toma de decisiones:**
  - Desarrollo de un pensamiento crítico.
  - Puesta en marcha de un proceso para tomar decisiones responsablemente.
  - Reconocimiento de tácticas persuasivas y estrategias publicitarias.
- **Control emocional:**
  - Técnicas para afrontar la ansiedad (relajación, pensamiento positivo).
- **Entrenamiento en habilidades sociales:**
  - Habilidades de comunicación: inicio, mantenimiento y finalización de las conversaciones.
  - El comportamiento asertivo frente al pasivo o agresivo.
  - Habilidades de resistencia frente a la presión de grupo.
- **Criterios de ocio:**
  - Educar para un ocio saludable, ofertando alternativas de ocio que satisfagan la necesidad de búsqueda de nuevas sensaciones.
  - Criterios para valorar estas alternativas.
- **Tolerancia y cooperación:**
  - Reconocer y respetar el valor de las diferencias.
  - Resaltar el valor de la cooperación.
- **Intervención familiar:**
  - Desarrollo de habilidades de comunicación familiar.
  - Estrategias para establecer normas y límites en la familia.
  - Desarrollo del potencial individual de los hijos.

Diseño de los programas de prevención

Los programas de prevención en drogodependencias **deberían:**

- **Fomentar los «factores de protección» y reducir los «factores de riesgo».**
- **Ser específicos para cada edad,** adecuados a la fase evolutiva y sensibles a los aspectos culturales. No es conveniente, es más, incluso puede llegar a ser perjudicial, incluir información muy extensa y detallada sobre drogas en edades en las que estas no se han hecho presentes en el entorno habitual de niños y adolescentes.
- **Incluir técnicas que permitan rechazar las drogas** en el momento en el que se ofrecen, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas, incrementar la competencia social —capacidad de comunicación, relaciones entre iguales, eficacia personal y seguridad—, además de afianzar las actitudes desfavorables hacia el consumo de drogas.
- **Utilizar métodos interactivos,** tales como grupos de discusión entre iguales, que complementen y enriquezcan la didáctica tradicional.
- Cuanto mayor sea el nivel de riesgo de la población, tanto más intenso debe ser el esfuerzo de prevención y tanto antes debe comenzar. Al respecto, se podría diferenciar dos grupos de población más vulnerable:
  - Jóvenes que presentan problemas de conducta desde la primera infancia (agresividad, hiperactividad, exceso de timidez, etc.) que no les permitan tener relacionarse satisfactoriamente con el entorno social.
  - Jóvenes con un contexto conflictivo, ya sea a nivel familiar o social: clima de violencia familiar, falta de cuidado y atención familiar, padres dependientes del alcohol u otras drogas, conflicto social, delincuencia en el lugar de residencia, etc.

La prevención secundaria y terciaria, en lo que relaciona a jóvenes y drogas, puede ser entendida como competencia de las unidades de conductas adictivas (UCA). Sin embargo, la enfermera de atención primaria u hospitalaria es clave para la detección y abordaje de las conductas de consumo perjudicial ya que, posteriormente, será quien movilice los recursos disponibles tanto en la unidad como en la comunidad para:

- Proveer información sobre el consumo de sustancias dirigido específicamente a gente joven y sus familias, con énfasis en aquellos pertenecientes a grupos de riesgo.
- Fortalecimiento del apoyo dado a la juventud por su familia y comunidad.
- Tratar, reeducar y rehabilitar a quienes consumen drogas, fomentando que abandonen el consumo o lo reduzcan.
- Establecer vías para intentar reducir los efectos perjudiciales de las drogas para aquellos jóvenes que todavía consumen.

Sería conveniente que la enfermera examinase y entendiese sus propios valores y actitudes respecto a las drogas, así como trabajar las debilidades encontradas, de forma que pueda interactuar de forma efectiva —empática, sin prejuicios y estigma—, con aquellos que padecen, en acto o en potencia, problemas derivados del consumo de drogas.

El joven que consume suele entrar en una espiral en la que alterna sentimientos de culpabilidad con sentimientos de reforzamiento de su propia conducta —cuando vuelve a presentársele la oportunidad de consumo, bien porque tiene acceso a la sustancia o por la presión de sus iguales.

En cuantiosas ocasiones niega o no reconoce su problemática por temor a que dicho reconocimiento conlleve peores consecuencias personales o sociales —culpabilización por parte de los padres, rechazo en la escuela, pérdida de empleo—. Este silencio, mantenido en el tiempo, agrava la situación debido a los numerosos efectos perjudiciales de las distintas drogas.

Quien consume drogas carga con la dependencia a la sustancia o sustancias consumida(s), aparte de otra losa no menos pesada como es la del estigma social. No debería parecer sorprendente que el joven prefiera seguir unido al grupo de iguales que no condena su consumo, aunque esto le continúe perjudicando.

La atención y la ayuda pueden ser ofrecidas tanto al propio joven como a su familia. Una madre, un padre, unos abuelos preocupados por un comportamiento inusual o preocupante de su hija, nieta, puede afectar también a su salud o su bienestar emocional.

La enfermera que detecte este tipo de conducta debe ofrecer ayuda a través de la escucha activa, no solo informativa. La interacción debe ser entendida como una oportunidad para desplegar técnicas de comunicación que ayuden al reconocimiento del problema, con soluciones que partan de quien padece tal problemática y que estas sean reforzadas, así como complementadas, por la enfermera y el grupo multidisciplinar.

LECTURAS RECOMENDADAS

A Adolescência e o Uso de Drogas: guia para Criar, Utilizar e Avaliar Materiais e Atividades Educativas com Jovens. Departamento de Abuso de Drogas. Organizaçao Mundia de Saúde; 1999.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.

Ganar Salud con la Juventud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España; 2008.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Masson; 2002.

Martí-Tusquets JL, Murcia M. Conceptos fundamentales en drogodependencias. 1997.

Naciones Unidas. Disponible en: http://www.un.org/es/.

Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care providers. Department of Child and Adolescent Health and Development. World Health Organization; 2008.

Salazar I, Rodríguez A. Conceptos básicos de drogodependencias. 1994.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 6 5

Jóvenes y trastornos de la conducta alimentaria

Luz López Samaniego y Luis Cibanal Juan

JUVENTUD Y ALIMENTACIÓN

Durante la niñez se aprenden patrones de alimentación basados en las costumbres familiares, inmersas estas en un contexto social y cultural.

Al crecer, el adolescente, expande sus relaciones más allá del núcleo familiar y se inunda de las tendencias sociales predominantes, convirtiéndose en observador y participante del contexto que le rodea, pues existe una gran necesidad de identificarse con otros grupos de iguales.

La publicidad, escaparate de las modas sociales, promueve la comida rápida —hipercalórica y de bajo valor nutritivo— y, a su vez, un patrón de belleza basado en la delgadez.

Ante tal presión mediático-social, la mayoría de la gente joven que quiere estar delgada solo desea estar en sintonía con una moda que, perpetuada en el tiempo, se convierte en una exigencia social.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una alteración grave de la conducta alimentaria deriva en trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Dos trastornos específicos son la anorexia y la bulimia nerviosas. La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Una característica esencial de la anorexia y de la bulimia nerviosas es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

La prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida es, en las mujeres, de aproximadamente un 0,5%. Entre los hombres la prevalencia es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres. La incidencia de esta enfermedad está aumentando durante los últimos años.

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres es aproximadamente del 1-3%. Entre los hombres la prevalencia es 10 veces menor.

Anorexia nerviosa y bulimia: criterios diagnósticos

El diagnóstico clínico de la **anorexia nerviosa** se basa en la clasificación del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Estos criterios incluyen:

1. **Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un valor mínimo para su talla, edad y sexo** (peso/talla menor 85% para la edad). Aunque el DSM-IV-TR sugiere un peso/talla menor del 85% para la edad, este criterio puede no ser tan rígido. Si el adolescente cumple con todos los otros criterios de anorexia nerviosa y tiene un peso/talla del 90%, el diagnóstico de anorexia nerviosa aún puede ser hecho.
2. **Miedo intenso a ganar peso, incluso si este está claramente por debajo de lo normal.** Aunque los pacientes con anorexia nerviosa tienen por definición un peso por debajo de lo normal, ellos están convencidos de que si dejan de hacer los esfuerzos para controlar su peso y actividad física se convertirán en obesos.
3. **Alteración en la percepción de la imagen corporal.** Los pacientes con anorexia nerviosa generalmente se ven a sí mismas o a partes de su cuerpo como muy gordas (muslos, abdomen, mamas o glúteos).
4. **Ausencia de menstruación más de 3 meses consecutivos en adolescentes posmenarquia.** Este criterio no es aplicable en adolescentes hombres.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

El diagnóstico clínico de la **bulimia nerviosa** se basa en la clasificación del DSM-IV-TR. Estos criterios incluyen:

1. **Episodios recurrentes de atracones.** Un episodio de atracón se caracteriza por:
   a. Ingesta en un corto período de tiempo (p. ej., dentro de 2 h) de una gran cantidad de comida, muy superior a lo que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
   b. Sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
2. **Conductas inapropiadas para prevenir la ganancia de peso,** tales como vómitos autoinducidos, empleo de laxantes o diuréticos, dietas o ayunos estrictos o ejercicio prolongado.
3. **Los episodios de atracones y conductas inapropiados ocurren al menos 2 días a la semana durante 3 meses.**
4. **Preocupación continua por la forma o el peso corporal.**
5. **Ausencia de una anorexia nerviosa.**

JUVENTUD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Aunque algunos adolescentes pasan a la edad adulta gozando de buena salud, en otros muchos casos no ocurre así. Algunos de los trastornos de la alimentación que sufren les afectan durante la propia adolescencia.

Según el DSM-IV-TR, la anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable.

Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o al principio de la adolescencia, en lugar de pérdida de peso puede haber falta de aumento de peso. En niñas prepuberales puede retrasar la aparición de la menarquia, mientras que en niñas que ya hayan tenido su primera regla, la amenorrea es un indicador de disfunción fisiológica.

Los chicos para quienes la gordura tiene una connotación peyorativa, al igual que las chicas, también pueden desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria por haber intentado ponerse a dieta sin el asesoramiento y seguimiento profesional adecuado.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y JUVENTUD. CLAVES GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La intervención puede realizarse desde la salud o desde la enfermedad. En ambos casos la clave del cuidado reside en partir de las necesidades del adolescente.

Desde la salud

Abordaje del adolescente teniendo en cuenta el contexto, así como las circunstancias de lugar y tiempo que le rodea. La prevención primaria debe integrarse en el ámbito familiar y educativo preferentemente. También será importante tener en cuenta los espacios de ocio sobre el grupo juvenil sobre el que se quiere intervenir para intentar un acercamiento en este contexto.

La enfermera, tanto clínica como comunitaria, debe conocer todos los recursos que la comunidad ofrece así como los ofertados por el equipo multidisciplinar e interdisciplinar en el que trabaja para poder prestar un cuidado integral al adolescente. Asimismo, las debilidades del sistema o del entorno deben ser detectadas y especificadas con la finalidad de promover un continuo fortalecimiento comunitario capaz de reciclarse así como de incorporar los elementos necesarios para los individuos de la comunidad.

El fomento del ejercicio físico y la alimentación saludable —factores clave en materia de prevención alimentaria— debe partir siempre del adolescente o del grupo de adolescentes sobre los que se interviene, esto es, teniendo en cuenta su realidad, contexto, necesidades y valores. Una expresión de esta prevención es la educación para la salud a la juventud sobre la que se interviene así como a las personas que le rodean: padres, profesores, monitores de ocio, entrenadores deportivos, etc.

La prevención primaria también necesita una evaluación de todo el proceso preventivo. Sin esta revisión evaluativa las carencias e ineficiencias pueden mantenerse así como incrementarse, con un último perjudicado, el individuo.

Desde la enfermedad

Cuando el adolescente necesite asistencia sanitaria tras manifestar sintomatología relacionada con TCA, los cuidados serán integrados

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en el marco de la prevención secundaria. Esta prevención deberá basarse en un tratamiento adecuado, personalizado, trabajando con el paciente y su entorno. La prevención terciaria, presente en los procesos de rehabilitación, deberá estar empapada de las dos anteriores para evitar futuras reincidencias.

COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

- **Cognitivo:**
  - Información sobre la pirámide de los alimentos.
  - Información sobre hábitos de alimentación saludable.
  - Informar sobre los beneficios del ejercicio físico.
  - Informar de la necesidad de consultar a un especialista si se desea iniciar una dieta, sobre todo si se está en fase de crecimiento.
  - Información sobre los TCA.
  - Informar sobre dónde y cómo conseguir ayuda ante la detección de TCA.
- **Autoimagen y autosuperación:**
  - Cómo se forma la imagen que el adolescente tiene de sí mismo.
  - Trabajar el fortalecimiento de la autoestima.
- **Toma de decisiones:**
  - Desarrollo de un pensamiento crítico.
  - Puesta en marcha de un proceso para tomar decisiones responsablemente.
  - Reconocimiento de tácticas persuasivas y estrategias publicitarias.
- **Control emocional:**
  - Técnicas para afrontar la ansiedad y el estrés (relajación, pensamiento positivo).
- **Entrenamiento en habilidades sociales:**
  - Habilidades de comunicación: inicio, mantenimiento y finalización de las conversaciones.
  - El comportamiento asertivo frente al pasivo o agresivo.
  - Habilidades de resistencia frente a la presión de grupo.
- **Criterios de ocio:**
  - Educar para un ocio saludable, ofertando alternativas de ocio que satisfagan la necesidad de búsqueda de nuevas sensaciones. Por ejemplo, fomentando el ejercicio físico.
  - Criterios para valorar estas alternativas.
- **Tolerancia y cooperación:**
  - Reconocer y respetar el valor de las diferencias en general y físicas en particular.
  - Resaltar el valor de la cooperación.
- **Intervención familiar:**
  - Información cognitiva sobre los patrones de alimentación.
  - Desarrollo de habilidades de comunicación familiar.
  - Estrategias para establecer normas y límites en la familia.
  - Detección de TCA.
  - Ofrecer información a los padres/tutores sobre dónde y cómo conseguir ayuda.

A TENER EN CUENTA

Los cuidados deben estar inmersos en el enfoque biopsicosocial.

La enfermera debe examinar sus propios valores y actitudes respecto a su propia percepción física así como la de los demás. Deberá trabajar las debilidades encontradas, de forma que pueda interactuar de forma efectiva —empática, sin prejuicios y estigma— tanto en la promoción de una alimentación saludable, así como en la intervención con aquellas personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria.

Dada la sensibilidad del tema, la enfermera debe desplegar una actitud empática que mantendrá en cualquier etapa preventiva o de tratamiento. La escucha activa y las habilidades de comunicación serán relevantes para crear un ambiente en el que el adolescente abandone sus miedos, incertidumbres y secretos y pueda expresarlos ante el personal de enfermería.

El joven que padece un trastorno de la conducta alimentaria puede desconocer tal padecimiento e incluso negarlo. Rara vez acudirán a la consulta por tal problema, sino por la sintomatología relacionada con el trastorno (p. ej., debilidad, mareos).

La gente joven que desea adelgazar a través de procedimientos dañinos para su cuerpo, en cuantiosas ocasiones, niegan o no reconocen su problemática por temor a que dicho reconocimiento conlleve volver a ganar peso así como otras consecuencias —culpabilización por parte de los padres o rechazo en la escuela—. Este silencio, mantenido en el tiempo, agrava la salud personal y puede derivar en la muerte si el proceso se alarga hasta alterar significativamente funciones fisiológicas vitales.

La intervención no debe focalizarse solo en el tratamiento de la patología, sino en hacerle reflexionar cuáles han sido las condiciones que le han llevado a tal situación y cómo corregirlas para evitarlas nuevamente en el futuro.

La terapia deberá empoderar al joven, dándole responsabilidades en positivo.

No se deben hacer juicios de valor ni lanzar mensajes peyorativos cuando haya un retroceso en la evolución. Dicha regresión no debe ser entendida como un fracaso por parte del paciente, sino por parte del profesional/es; por tanto, el análisis de las debilidades y de los puntos de mejora debe ser restablecido con el paciente.

La atención y la ayuda pueden ser ofrecidas tanto al propio joven como a su familia. Una madre, un padre, unos tutores pueden sentirse perdidos entre sus incertidumbres y miedos sobre cómo hablar de los trastornos de la alimentación con sus hijos. Los padres, profesores, tutores suelen pedir ayuda cuando el problema ya es existente. Por tanto, para poder ayudarles previamente se deberá ofertar de forma transversal, desde los centros de salud, el centro escolar o actividades en la comunidad, a través de talleres o charlas específicas. En estos lugares sí debe, al menos, haber material informativo sobre dónde acudir —sea de modo presencial o por consulta telefónica— en caso de dudas o de querer ampliar información.

La enfermera que detecte este tipo de conducta debe ofrecer ayuda a través de la escucha activa, no solo informativa. La interacción debe ser entendida como una oportunidad para desplegar técnicas de comunicación que ayuden al reconocimiento del problema, con soluciones que partan de quien padece tal problemática y que estas sean reforzadas, así como complementadas, por la enfermera y el grupo multidisciplinar.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ganar salud con la juventud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España; 2008.

Guía para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud; 2002.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Masson; 2002.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

L

66. Lactancia materna 409
67. Lenguajes estandarizados enfermeros en atención primaria 416

C A P Í T U L O 6 6

Lactancia materna

Casilda Velasco-Juez, Adoración Pulido-Soto y Antonio Frías Osuna

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. La evidencia científica avala la superioridad nutricional de la leche materna (especificidad de nutrientes, máxima biodisponibilidad, aporte de células vivas: linfocitos y macrófagos, enzimas digestivas, etc.). Sin embargo, también debemos tener en cuenta el aporte emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial.

Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad. Prácticamente todas las mujeres están biológicamente capacitadas para amamantar a sus hijos; sin embargo, en las últimas décadas la prevalencia de la lactancia materna ha ido bajando, y solo en los últimos años se ha producido un ligero incremento de los niños amamantados al pecho. De acuerdo con Oliver, en el pasado, la mayoría de las mujeres no tenían elección: la única posibilidad para asegurar la supervivencia de sus hijos era la lactancia al pecho. Sin embargo, a lo largo de la historia ha habido mujeres que independientemente de su capacidad para amamantar no lo han hecho, sea por pertenecer a una determinada clase social, por convencimientos sociales (guardar una mejor figura) o simplemente por moda.

Diversas razones sociales, económicas y culturales, así como la adopción de nuevos modos de vida, han hecho que en la sociedad actual se dé menos importancia a esta práctica tradicional, lo que ha repercutido en la disminución de la prevalencia de la lactancia materna. Hoy en día se piensa que la razón más usual por la que las mujeres no lactan se debe a sus obligaciones laborales fuera del hogar, aunque hay trabajos que indican que precisamente son las mujeres trabajadoras las que más lactan, según propone González. Por otro lado, la generalización del parto hospitalario ha propiciado la introducción de tecnología, tanto en el embarazo, en el momento del parto, como en la alimentación de los neonatos, situación que siendo beneficiosa para abordar los posibles problemas que aparecen en el proceso, no deja de ser algo extraño y contra natura para introducir la lactancia materna. Según Ferráez de Lee, es posible que el factor más decisivo en la disminución de la lactancia materna haya sido la falta de habilidad para amamantar, práctica que anteriormente se enseñaba de abuela a madre o de madre a hija de la forma más natural, y que ha desaparecido en nuestros días. Existen otros factores documentados que afectan al tipo de alimentación de los recién nacidos y a la duración de la lactancia: lugar de residencia, nivel socioeconómico, educación de la madre, situación laboral y presiones por parte de las casas comerciales. También la actitud del padre del niño y de otros miembros de la familia va a influir en la decisión de la madre de lactar o no a su hijo.

Es obligación del personal de salud proteger, promover y apoyar la lactancia natural, tanto durante el embarazo como durante el parto y el puerperio, algo que se olvida con frecuencia. Por un lado, en algunas maternidades siguen en vigor costumbres y procedimientos que interfieren en el inicio y establecimiento de la lactancia, tales como la separación del recién nacido y la madre durante las primeras horas posparto, manteniendo al neonato en ayunas durante unas horas o sustituyendo el inicio de la lactancia con sueros de glucosa. Por otro, en ocasiones no se presta el suficiente apoyo y estímulo a las madres. Algunas madres tienen éxito en la lactancia sin que nadie les ayude, pero muchas otras, especialmente las primíparas, necesitan ayuda.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia es un proceso fisiológico que comprende varios procesos:

- La **mamogénesis** es el proceso de desarrollo y crecimiento de las mamas, se inicia en la pubertad y finaliza tras el parto.
- La **lactogénesis** es el proceso por el que se inicia la secreción de la leche.
- La **galactopoyesis** es el mantenimiento de la secreción láctea a lo largo del tiempo. La producción de la leche depende de la frecuencia, la intensidad y la duración de las tomas, especialmente en los primeros días después del parto.
- La **eyección láctea:** esta secreción láctea ocurre de manera ininterrumpida entre una toma y la siguiente. La leche queda almacenada en los conductos galactóforos y será ingerida por el recién nacido en la toma siguiente.
- El **vaciamiento de la mama:** para una buena lactancia es indispensable el vaciamiento frecuente y completo de la mama.

DECISIÓN DE LACTAR

Según Arrora y Romagosa, la mayoría de las mujeres ya han decidido antes de quedar embarazadas la forma de alimentación de su hijo o hija; una decisión tardía en este sentido se asocia con un fracaso de la lactancia. A pesar de que una mayoría de las mujeres inician la lactancia al pecho, la realidad es que un gran número de ellas abandona en los primeros días después del parto, que es precisamente cuando las mujeres se encuentran en los centros sanitarios en contacto permanente con profesionales sanitarios, aunque también con familiares y amigos que vienen a visitarlas. Son muchos los factores que influyen en la decisión de lactar, pero probablemente sea la participación en los programas de educación maternal el factor más determinante en la elección del tipo de lactancia, según estudios llevados a cabo por autores como Yaque, Bruch, García y Romagosa, entre otros muchos. La decisión que tome la mujer también va a estar relacionada con su historia personal, su edad, el nivel de estudios, el tipo de parto, la experiencia previa en la lactancia de otros hijos, así como la información que haya recibido en la educación maternal.

Los servicios de atención materno-infantil, tanto en atención primaria como en atención especializada, deben desarrollar políticas para fomentar y facilitar la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF realizaron en 1989 una declaración conjunta para el apoyo y la promoción de la lactancia materna.

Los factores que van a influir en la decisión de lactar son los relacionados con:

- Los profesionales. Las prácticas profesionales en la atención de salud a las madres, y sobre todo las relacionadas con la atención a los recién nacidos, van a aumentar la prevalencia y la duración de la lactancia. Es importante la predisposición que los profesionales tengan para promover comportamientos favorables para la salud, la propia naturaleza y funcionamiento de los servicios sanitarios, y el hecho de que para mantener e introducir costumbres y procedimientos apropiados apenas se necesitan más recursos que la buena voluntad; sin embargo, para estar en condiciones de ayudar a las madres, el personal de salud necesita aprender acerca del amamantamiento.
- La propia madre. Es la madre la que va a decidir qué tipo de alimentación dar a su recién nacido, la elección de la forma de alimentación dependerá de la combinación de varios factores: la información de la que dispone, la experiencia previa, el entorno social y cultural, los modelos de aprendizaje de que disponga, su propio deseo, el soporte familiar y de los profesionales sanitarios, así como de la confianza en su capacidad de lactar.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia natural es un proceso adaptativo en los mamíferos y supone ventajas naturales para la especie, fundamentalmente para la supervivencia de las crías. En los últimos años se ha demostrado que las múltiples facetas de la fisiología de la lactancia sirven para proteger tanto a la madre como al bebé.

Ventajas para el niño

La lactancia materna contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad en los primeros años de vida. Se logra un desarrollo y estado

nutricional óptimo debido a la idoneidad de la leche y su fácil aprovechamiento. El metabolismo adecuado y las perfectas condiciones de higiene en las que se ofrece hacen que se logre un óptimo desarrollo y estado nutricional del bebé. Diferentes estudios han demostrado cómo la lactancia materna disminuye el riesgo de meningitis, diarrea, otitis, neumonía e infecciones urinarias del lactante. Se ha demostrado que existe mejor respuesta inmunológica a las vacunas, mejora la evolución del recién nacido pretérmino, reduce la frecuencia de la enterocolitis necrotizante y disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante y la diabetes juvenil insulinodependiente, disminuye las alergias y proporciona un crecimiento más armónico. A nivel cognitivo, la investigación ha demostrado un efecto positivo de la lactancia materna sobre la evolución cognitiva del niño, de tal modo que a mayor tiempo de amamantamiento se observa mejor desarrollo, al igual que las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje, además de favorecer la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre y la comunicación madre-hijo.

Ventajas para la madre

La lactancia materna presenta beneficios para la salud de la madre, ya sea a corto, medio o largo plazo: recuperación uterina posparto y disminución del sangrado, mejora de la anemia y aumento de reservas de hierro, pérdida de peso y recuperación de la silueta, amenorrea prolongada con lo que acompaña un ahorro de hierro y un espaciamiento de embarazos, un metabolismo del calcio optimizado y disminución del riesgo de cáncer, entre otras. A nivel psicológico, la lactancia favorece una vivencia única, especial y placentera, mejor apego comunicación madre-bebé, satisfacción íntima, menos depresión posparto o aparición más tardía. A nivel económico, menor gasto en fórmulas infantiles, menor gasto en artículos para biberones, menor gasto en fármacos, consultas y hospitalizaciones del bebé.

TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Es el conjunto de elementos que la madre y el recién nacido ponen en marcha y que favorecerán el éxito de la lactancia. Aunque es un proceso natural, se necesitan de ciertas habilidades durante dicho proceso para que este tenga éxito.

El éxito de la lactancia dependerá en muchos casos de que la técnica sea correcta, ya que algunos problemas al inicio de la lactancia se producen por errores cuando se pone al bebé al pecho. Si la postura es incorrecta, puede dar lugar a la formación de grietas muy dolorosas, maceración del pezón y el bebé puede ser incapaz de extraer la leche de forma efectiva.

Con el tiempo la mayoría de las madres se hacen expertas en amamantamiento y los bebés pueden mamar en diferentes posturas y circunstancias, sin embargo, las primeras tomas son más difíciles, porque la madre está dolorida o tiene dificultades para moverse, motivo por el cual, estas tomas suelen necesitar el apoyo de los profesionales sanitarios. Tras el parto la madre y el niño se mantienen en contacto piel con piel, en la mayoría de las ocasiones, el niño se agarrará al pecho de forma espontánea en la primera hora de vida. Una vez que la lactancia se ha instaurado, la madre puede dar el pecho en cualquier circunstancia, aunque será más cómodo un lugar tranquilo. También conviene que tenga una postura confortable, ya que pasará muchas horas al día amamantando a su bebé, no existe una sola postura para dar de mamar, es posible utilizar diferentes posturas siempre que el niño esté bien agarrado al pecho y la madre e hijo se encuentren cómodos (figs. 66-1 y 66-2). Cualquier postura que adopte la madre debe tener en cuenta que



FIGURA 66-1. Posición lactancia materna acostada. *(Fuente: Comité Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: AEP; 2004.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 66-2. Posición lactancia materna sentada. *(Fuente: Comité Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: AEP; 2004.)*



FIGURA 66-3. Enganche del niño al pecho. Posición correcta de la boca. *(Fuente: Comité Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: AEP; 2004.)*

el bebé quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca la aréola y el pezón, nunca solo el pezón (fig. 66-3).

DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LAS TOMAS

Existe una gran variedad entre la velocidad de la transferencia de leche de una madre al bebé y en la demanda de leche por parte de este. Sin embargo, si todos los demás aspectos de la toma son correctos, los bebés toman una cantidad equivalente de leche, pero en diferentes períodos de tiempo al pecho. Este concepto es básico para el manejo de las tomas. El bebé que toma la leche a una gran velocidad mamará durante un espacio de tiempo corto, mientras que si la salida de leche ocurre a una velocidad lenta el bebé necesitará alimentarse durante un tiempo más largo. Por tanto, no es correcto decirle a una madre cuánto tiempo debería durar una toma, y no debería haber reglas establecidas sobre la duración de las tomas.

Sin embargo, tenemos que tener en cuenta algunas circunstancias, como podría ser el caso del bebé mal puesto al pecho durante la toma, esto puede hacer alargar innecesariamente las tomas si no se corrige. Una postura incorrecta puede, además de alargar las tomas, causar daño al pezón, cuya intensidad está en relación directa con la duración de la toma. La solución en este caso no será restringir la duración, sino corregir y mejorar la postura.

El intervalo entre tomas nos va a fijar el número de comidas de un bebé en 24 h. Tampoco aquí hay reglas preestablecidas sobre el número de tomas. Tendremos bebés que mamen cada hora y media o 2 h, mientras que otros lo harán a intervalos más largos (cada 4-5 h), tendremos que asegurar a la madre que cualquiera de las dos posibilidades puede ser adecuada para su bebé. Sin embargo, una vez establecida la lactancia, las tomas cada hora deben hacernos pensar que el bebé no realiza una succión adecuada de la leche materna, probablemente por una mala posición al pecho.

La lactancia está regulada por la demanda del bebé y la oferta de la madre. Así la madre de gemelos puede producir el doble de leche que la madre de un solo bebé. La cantidad de leche que demanda el bebé está regulada por su apetito. Esto podemos verlo en los bebés recién nacidos que dejan de mamar cuando todavía hay leche en el pecho. Para que el niño regule su apetito se debe alimentar a demanda (cuando el bebé lo pide) y dejar mamar hasta la saciedad (durante

un tiempo ilimitado). Puesto que las necesidades de cada bebé son diferentes, no se puede predecir ni recetar un patrón de alimentación fijo.

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

En aquellas ocasiones en las que se produzca una separación de la madre y el niño, ya sean por motivos de salud o laborales, el niño puede seguir alimentándose con la leche materna, para esto será necesaria la extracción y conservación de la misma. La extracción se puede realizar de forma manual o con la ayuda de extractores manuales o eléctricos. Para reducir la contaminación de la leche se recomienda lavar las manos con agua y jabón antes de cada extracción, el pecho solo precisa de la higiene habitual, ducha diaria. Los accesorios del sacaleches se deben limpiar después de cada uso con agua y jabón, aclarar bien y dejar secar al aire.

Antes de realizar la extracción es recomendable preparar el pecho para facilitar la extracción, provocando el reflejo de eyección láctea. Para esto se deben seguir tres pasos: masajear el pecho oprimiéndolo firmemente hacia la caja torácica, usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel, después de unos segundos cambiar a otras zonas del pecho; frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón y alrededor de él (fig. 66-4), y sacudir ambos pechos inclinándose hacia adelante.

Extracción manual: se coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra «C» a unos 3 o 4 cm por detrás del pezón, empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos, rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que rueden pero que no se deslicen), repetir rítmicamente para vaciar los depósitos, rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho y utilizar ambas manos en cada pecho.

Extracción con sacaleches: existen varios tipos de sacaleches manuales y eléctricos, como norma general una bomba debe realizar la succión de modo intermitente y la fuerza de succión debe ser regulable. La copa o campana del extractor debe colocarse sobre el pecho, colocando el pezón en el centro de la campana y realizando un buen sellado para evitar que la aspiración sea baja y no se logre un buen vaciado. En los extractores manuales, para comenzar, se debe imitar la «llamada a la leche» del bebé, haciendo tracciones cortas y rápidas, una vez que se obtenga algo de leche se deben realizar aspiraciones largas y uniformes, evitando usar demasiada aspiración que cause malestar. En los extractores eléctricos se comenzará colocando el control de presión en el nivel más bajo, después de que se obtenga algo de leche aumentar poco a poco el nivel de aspiración hasta que la leche fluya libremente y garantizando en todo momento la comodidad de la madre.

Para conservar la leche se pueden utilizar recipientes de vidrio, plástico duro o bolsas especiales, conservar en cantidades pequeñas, entre 60 y 120 cc, e indicar la fecha de extracción. Se puede conservar a temperatura ambiente entre 19 y 22° de 10 a 12 h, en frigorífico entre 0 y 4° hasta 4 días y en congelador a –20° hasta 6 meses. Descongelar a temperatura ambiente y calentar al baño maría; no utilizar microondas ni colocar directamente al fuego. La leche una vez descongelada se puede conservar en el frigorífico hasta 24 h.

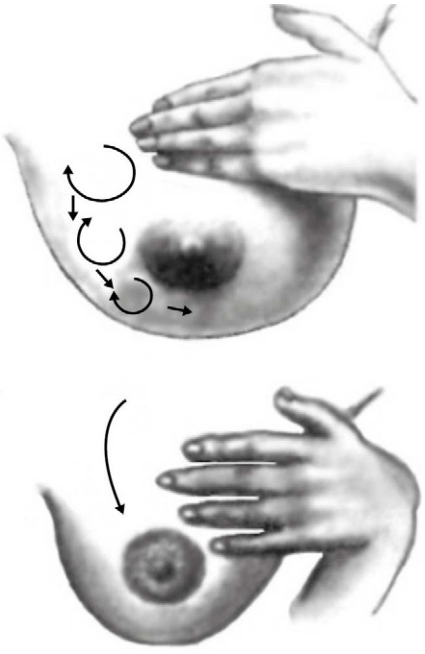


FIGURA 66-4. Estimulación del reflejo de eyección láctea.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PRÁCTICAS INEFICACES EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Existen prácticas habituales en cuanto a la lactancia que han demostrado ser ineficaces para la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna:

- Líquidos adicionales para los bebés amamantados. Los suplementos de agua, suero o leche de fórmula no son de utilidad para los bebés sanos y a término amamantados. Sin embargo, sí podrían contribuir a reducir el tiempo durante el cual la madre amamanta a su bebé.
- Doble pesada. Es el cálculo de la leche materna ingerida durante la mamada. En circunstancias normales, no es necesario para medir si la leche ingerida es suficiente. Podría suponer una pérdida de confianza de la madre si en una única pesada pareciera que el bebé no ha ingerido suficiente leche. Además, medir solo el volumen ingerido sin tener en cuenta las calorías puede darnos una imagen errónea de la suficiencia nutricional.
- Modificaciones en la dieta materna. En muchas ocasiones los consejos dados a las madres lactantes en cuanto a su dieta durante la lactancia han sido erróneos. Aumentar la ingesta de líquidos: se ha demostrado que no tiene ningún efecto en la producción de leche, no obstante, hay que recordar que una orina oscura o de color fuerte es signo de que se necesita ingerir mayor cantidad de líquidos. Aumentar la ingesta calórica: una madre lactante bien alimentada no necesita de complementos calóricos para alimentar bien a su bebé, lo importante es que la madre lactante consuma una dieta «bien equilibrada».
- Otro aspecto, en cuanto a la dieta materna es la prohibición de ciertos alimentos durante la lactancia, como regla general, no hay ninguna razón para evitar algunos alimentos de su dieta, solo porque se amamanta. Hay que tener en cuenta que hay ciertos alimentos que parece que son más alergénicos para los recién nacidos cuando los consume la madre. En este caso debe prestar atención antes de volver a consumirlos.
- Se ha demostrado que dar leche artificial la primera semana de vida es el mayor predictor de abandono de la lactancia materna. Así como el dar muestras gratuitas de leche artificial a las madres.

PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EN LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia es un proceso fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz. Los problemas de la lactancia aparecen si alteramos el proceso fisiológico con la aplicación de normas y reglas artificiales para el desarrollo de la misma. Quizá los problemas más frecuentes están relacionados con el dolor durante la toma. Estos problemas suelen aparecer durante las primeras horas; para evitar que la situación se complique, la madre y el bebé deberían ser controlados frecuentemente y, hasta que se haya solucionado el problema, es importante que la madre tenga la posibilidad de poder contactar con un profesional que pueda ayudarle a iniciar las pautas y el tratamiento iniciales para solucionar el problema.

Estos problemas iniciales suelen tener relación con:

- Una postura incorrecta del recién nacido durante la toma, al corregir la posición mejora la succión y el dolor disminuye o desaparece rápidamente.
- Grietas en el pezón. Se suelen producir también por mala posición durante la toma, mejora en cuanto cambiamos la posición, lo que no parece que tenga ninguna evidencia es la preparación prenatal de los pezones.
- Ingurgitación mamaria. Es la retención de leche debida al insuficiente vaciamiento de las mamas. Para resolver el problema se debe: aplicar calor local, utilizar la posición más adecuada, aumentar la frecuencia en las tomas, ofrecer un solo pecho cada vez para vaciarlo más correctamente y, en último caso, una extracción mecánica de la leche.
- Mastitis. Es un proceso de inflamación de la mama, el diagnóstico y tratamiento precoces permiten que se resuelva rápidamente. Las medidas para su resolución incluyen: mantener la lactancia en ambas mamas y favorecer el vaciamiento correcto de las mamas.

RECOMENDACIONES INTERNACIONALES. «DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL» (OMS/UNICEF, 1988)

Estos 10 pasos son la base de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y tienen en cuenta las acciones necesarias para el apoyo de la lactancia en los servicios materno-infantiles.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural, conocida por todo el personal sanitario.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política.
3. Informar a todas las madres de los beneficios de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna, durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al recién nacido.
6. No dar a los recién nacidos más que lactancia materna, sin ningún alimento o bebida, salvo cuando medie indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación de las madres con los recién nacidos durante las 24 h.
8. Fomentar la lactancia materna cada vez que el niño la pida.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o chupadores artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo de la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Arora S, MacJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics. 2000;106:E67.

Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.

Bruch Crespiera M, Casas Baroy JC, Riba Travé T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanès. Enferm Clínica. 2001;11(2):45-50.

Comité Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004). Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: AEP. Disponible en: http://www.mcmpediatria.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/monografia_5_lactancia_materna.pdf.

Consejería de Salud. Recomendaciones para la lactancia materna. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.

Consejería de Salud. Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.

Ferráez de Lee MA. Lactancia materna. Madrid: McGraw-Hill; 1988.

García Cogolludo M. Lactancia materna. En: Enfermería de la mujer. 2.ª ed. Madrid: DAE; 2009. p. 233-55.

García Mozo R, Alonso Sagredo L. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. Aten Primaria. 2002;29(2):79-83.

González Méndez I, Pileta Romero B. Lactancia materna. Rev Cubana Enfemer. 2002;18(1):15-22.

Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. An Pediatr (Barc). 2005;63(4):340-56.

Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Martínez Rubio A. Ventajas de la lactancia materna para la madre. En: Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP n.º 5. Madrid; 2004.

Oliver Reche MI. Etnografía de los cuidados materno-infantiles. Index de Enfermería. 1998;VII(22):34-9.

OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS. División de salud y desarrollo del niño; 1998.

OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra; 1989.

OMS/UNICEF. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS/UNICEF; 1988.

Romagosa Albacar C, Sagué Cateura M, Garatea Zubieta A, Burgués Burgués M. Lactancia materna. Condicionantes. Rev ROL Enferm. 2003;26(5):73-8.

Royal College of Midwives. Lactancia materna. Manual para profesionales. Barcelona: ACPAM; 1991.

Velasco Juez MC, Aguilar Cordero MJ. Instauración y fomento prenatal de la lactancia materna. En: Lactancia materna. Madrid: Elsevier; 2005. p. 90-104.

Yaque Navarrete M, Castillo Ojeda E, Macías Seda J, Valiente Morilla A, Cruz Domínguez I, Álvarez Gómez JL. Cambios en los factores relacionados con el inicio y seguimiento de la lactancia materna en nuestro medio. Enferm Cientif. 2001;232-3. 67-72.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 6 7

Lenguajes estandarizados enfermeros en atención primaria

Benito del Pino Casado, Amparo Casado Lollano y Rafael del Pino Casado

INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años, uno de los principales desarrollos de la ciencia enfermera ha consistido en la creación de una terminología común para designar los diagnósticos, cuidados de enfermería y resultados esperados sensibles a las intervenciones enfermeras.

Las ventajas de la utilización de los lenguajes estandarizados abarcan todos los campos de funcionamiento de la enfermería: investigación, docencia, gestión y calidad de la atención prestada al paciente. También han permitido crear un marco que servirá para el desarrollo de un soporte teórico para la práctica. Son innumerables los expertos que apoyan que la aplicación práctica de estas taxonomías es el camino imprescindible para conseguir el éxito en la implantación de la metodología enfermera en la clínica. Son también numerosas las obras que se pueden consultar para un estudio detenido del tema (p. ej., del Pino Casado, R. et al. y Rivero Cuadrado et al.).

La incorporación de las taxonomías enfermeras a la práctica diaria pasa, según los principales estudios de aplicación del proceso enfermero, por dos elementos fundamentales: por un lado, el apoyo institucional, los programas de formación y asesoramiento a las enfermeras y estandarización de los cuidados, y de otro, el desarrollo de herramientas informáticas que agilicen el registro, es decir, el desarrollo de gestores de cuidados adaptados a las necesidades de la Atención Primaria de Salud y del proceso enfermero. En definitiva, por su aplicación práctica y el desarrollo de puentes entre los aspectos filosóficos y teóricos del proceso enfermero y su aplicación en la realidad clínica.

En palabras de la Dra. Jones (citada por Jiménez Maroto): «Se trata de ir hacia delante y hacia atrás. Necesitamos el lenguaje que refleje la práctica, necesitamos la práctica que forme la teoría y necesitamos la filosofía que está por encima de todo y orienta hacia dónde ir con el cuidado».

En la universidad, los alumnos entienden el proceso de enfermería con las taxonomías como un trabajo de revisión bibliográfica y de manejo de los libros de lenguaje común y como algo costoso de realizar que abandonan cuando lo terminan. Según Ledesma Delgado et al., la demostración del conocimiento teórico del proceso no está correlacionada estadísticamente con la aplicación en la práctica clínica.

El trabajo de encuadre de la situación real, en la universidad, es vital para que el alumno pueda desarrollar habilidades en práctica clínica, para poder implementar el proceso enfermero y defender sus ventajas reales, frente a las presiones externas de compañeros y otros profesionales de la salud.

Enseñar el proceso enfermero desde el fundamentalismo y perfeccionismo teórico, sin hacer un esfuerzo de inteligencia emocional y de contextualización de la realidad clínica, en Atención Primaria de Salud, es seguir manteniendo una utopía y dejar a expensas de un acto de fe la motivación de aquellas enfermeras que quieren implantarlo. Por tanto, es mejor realizar un listado de diagnósticos de enfermería que sí se pueden aplicar con claridad, en función de niveles de complejidad según el curso del alumno. Por ejemplo, un alumno de primer curso no tiene herramientas para discriminar entre un incumplimiento terapéutico y un manejo inefectivo, ni sabe tratar un baja autoestima situacional; sin embargo, podemos enseñarle que el deterioro de la integridad cutánea se puede llamar úlcera por presión, úlcera varicosa, etc., pero que sigue

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

siendo responsabilidad principal de enfermería y, por tanto, un problema de cuidados. Se hace también necesario implementar e impregnar del halo del proceso enfermero de una manera transversal todas las asignaturas que sean necesarias, así como dar a los alumnos herramientas para la investigación cuantitativa y cualitativa, aplicada a la metodología, dando la importancia que tiene la opinión de expertos y realmente realizar una reglamentación académica o formativa de quién es experto en metodología de enfermería.

Son muchas las posibilidades de mejora en la aplicación de las taxonomías enfermeras, pero el enfoque necesario para la aplicación de las taxonomías de lenguaje común debe ser global: universidades, formadores posgrado, asistencia (gestión, práctica asistencial) e investigación.

La elaboración de una taxonomía diagnóstica y también de las taxonomías de intervenciones y resultados esperados es el punto central para el desarrollo profesional de la enfermería, unida, claro está, a la adopción de un modelo de cuidados como marco para el desarrollo de esas taxonomías en la práctica profesional. Estos aspectos quedan reflejados en multitud de trabajos que aplican las taxonomías NNN en la práctica profesional (p. ej., del Pino Casado, B. et al., Lopes y Lunney).

TAXONOMÍA NANDA. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Desde que la NANDA se introdujera en España entre los años setenta y ochenta, se han desarrollado distintas taxonomías alternativas, destacando como ejemplo más serio la taxonomía de autocuidados cotidianos, cuya validación fue publicada en 1993 por Frías et al. A nivel internacional, destacan por su utilización la clasificación Omaha de Martin y la Home Health Care Classification (clasificación para el cuidado de la salud en el domicilio) de Virginia K. Saba, para la atención enfermera comunitaria y a domicilio respectivamente, y la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) del Consejo Internacional de Enfermeras, cuya edición más actualizada es de 2011. Pero, sin duda, la clasificación más desarrollada y utilizada es la taxonomía NANDA.

La taxonomía NANDA surge en la década de los sesenta, respondiendo a la necesidad de establecer qué problemas tratan y solucionan las enfermeras. En 1973 se celebró la primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería y en 1982 se crea la NANDA. Inicialmente la clasificación de diagnósticos se organizó como un listado por orden alfabético, para después ir evolucionando hacia una organización taxonómica más compleja que en un principio constaba de nueve patrones de respuesta humana. La base estructural de la taxonomía NANDA I derivó del trabajo de un grupo de enfermeras teóricas, presididas por Callista Roy durante la tercera, cuarta y quinta conferencia de la NANDA. Los patrones de respuesta humana representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno, como estructura para agruparlos.

En 1994 empieza a gestarse un cambio en la estructura taxonómica, que queda aprobada en 1998 como taxonomía NANDA II, la cual será publicada por primera vez en el año 2001. Esta nueva organización la idearía M. Gordon y su estructura se establece en 13 dominios, con gran influencia de los patrones funcionales de salud. Y para formular los diagnósticos, presenta una forma multiaxial que mejora la flexibilidad y la realización de adiciones y modificaciones en los diagnósticos enfermeros, al mismo tiempo que permite una formulación más detallada y concreta de la situación o problema enfermero.

Esta nueva taxonomía establece siete componentes del diagnóstico llamados ejes, construyéndose y concretándose el diagnóstico a medida que se le van añadiendo los distintos ejes. Un eje se define operativamente como «la dimensión de una respuesta humana que se tiene en cuenta en el proceso diagnóstico». Dichos ejes son:

- *Concepto diagnóstico:* es el eje o elemento principal. Consta de una o dos palabras y coincide con la etiqueta diagnóstica muchas veces. Cuando se emplea más de una palabra (intolerancia a la actividad) ambas funcionan como un solo término para dar significado al concepto principal.
- *Tiempo:* se define como la duración de un período. Los valores son agudo (menos de 6 meses), crónico (más de 6 meses), intermitente (cíclico) y continuo (ininterrumpido).
- *Unidad de cuidados:* se refiere a la población concreta a la que va dirigido un diagnóstico determinado: individuo, familia, grupo o comunidad.
- *Etapa de desarrollo:* los valores de este eje son: feto, neonato, lactante, niño pequeño,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

preescolar, adolescente, adulto joven, adulto maduro, adulto, anciano joven, gran anciano.
- *Estado de salud:* se define como la posición o rango en el *cotinuum* salud o enfermedad.
- *Descriptor:* se define como el juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Por ejemplo: desequilibrado, deteriorado, efectivo, etc.
- *Topología:* son las partes o regiones corporales: auditiva, cerebral, intestinal, etc.

En 2003 sale a la luz una nueva versión de la taxonomía II denominada NANDA Internacional. Las sucesivas ediciones han ido saliendo con una periodicidad casi anual y han tenido protagonismo los nuevos diagnósticos de salud; en la actualidad estamos trabajando con la 2009/2011.

Son, por tanto, innumerables las ventajas que aporta la taxonomía NANDA. Dichas ventajas la han llevado a ser internacionalmente aceptada por la comunidad enfermera, pero cada vez son más los autores críticos que ven las grandes oportunidades de mejora que presenta la clasificación. Los principales aspectos de mejora de la taxonomía que podemos destacar son (según del Pino Casado, Luis Rodrigo y Morilla Herrera):
- Falta de relación coherente entre los diagnósticos definidos en la NANDA y el modelo o filosofía cuidadora. Siguen existiendo problemas que son de difícil solución por parte de la enfermera y en los que esta no tiene plena responsabilidad (patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la perfusión: cardíaca, etc.), y que son más problemas interdependientes o de colaboración. A este respecto, González Gutiérrez-Solana, en un estudio de validación intrínseca donde se evaluaba la opinión de expertos sobre la terminología NANDA en el contexto español, encontró un gran número de diagnósticos que son etiquetados como problemas de colaboración.
- Falta de carácter excluyente de la clasificación: la somera definición de algunas etiquetas diagnósticas y de las características definitorias hace muy difícil realizar el diagnóstico diferencial de determinados problemas. De esta forma, cuando un paciente no sigue el plan terapéutico de forma adecuada, nos podemos encontrar varios diagnósticos de cuidados que explican esta situación, pero que con solo la opinión del experto, resulta difícil diferenciar si son de incumplimiento terapéutico, por una gestión ineficaz de la salud, un afrontamiento inefectivo o una negación ineficaz del usuario.
- Utilizar correctamente los términos de evidencia científica para que exista coherencia entre los niveles de evidencia utilizados por la NANDA y los que emplea la comunidad científica.
- Definir y filtrar mejor los factores relacionados, para que se puedan ver afectados por las intervenciones enfermeras y no con intervenciones interdependientes o médicas.
- La falta de adaptación al contexto lingüístico, social y cultural español de la clasificación y la falta de incorporación de las investigaciones más recientes sobre los diagnósticos.

En resumen, son tres los pilares fundamentales de progreso de la taxonomía, por un lado **la validación de las taxonomías y estandarización** en el territorio español (abordado actualmente por sociedades científicas como AENTDE), **el desarrollo y la aplicación** en la práctica clínica mediante un gestor de cuidados, informatizado y adaptado, y finalmente, y no menos importante, el desarrollo en **el campo de la investigación** de los estudios sobre prevalencia de diagnósticos enfermeros (v. del Pino y Ugalde para más información), y la incorporación real de los principios de la evidencia para poder trabajar con mayor seguridad científica.

TAXONOMÍA NIC. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El establecimiento de un lenguaje común para nombrar los tratamientos enfermeros es un avance importante y permite cerrar el ciclo del lenguaje estandarizado como instrumento de aplicación en el proceso enfermero. Las ventajas para la profesión que esto supone, a nivel docente, investigador y a nivel asistencial, son muchas, destacando la mejora para establecer la efectividad de las intervenciones enfermeras en cuanto a la resolución de problemas de cuidados y el valor del producto enfermero. En este sentido, existen experiencias que han intentado determinar el producto enfermero mediante una clasificación de intervenciones (v. Domingo et al.).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) realizada por un grupo de investigadoras de la Universidad de Iowa, conocida internacionalmente como Nursing Interventions

Classification (NIC), es una de las más reconocidas mundialmente y avalada en la práctica. Desde que en 1996 apareciese la primera edición, son ya cinco las que se han editado, y actualmente la quinta edición, dirigida por McCloskey, contiene más de 500 intervenciones.

La CIE es un lenguaje exhaustivo y estandarizado que describe los tratamientos que la enfermera desarrolla en todo tipo de situaciones y en todas las especialidades. Su origen se encuentra en la práctica profesional con el análisis de gran cantidad de registros enfermeros realizado por un grupo de investigación de la Universidad de Iowa. Su gran variabilidad de entornos clínicos y su validación en diferentes países y culturas la han llevado a ser la taxonomía mejor entendida y aplicada por los clínicos.

Como las mismas autoras comentan, es una clasificación completa, basada en la investigación y en la práctica actual, desarrollada por un grupo de investigadores extenso y diverso y con reconocimiento internacional (EE. UU., Canadá, España, Países Bajos, Dinamarca…).

Las intervenciones CIE incluyen lo fisiológico y lo psicosocial, intervenciones para el tratamiento y la prevención de la enfermedad, para la promoción de la salud, y pueden aplicarse tanto al individuo y a la familia como a la comunidad. Otra ventaja importante de la clasificación es su aporte a los sistemas de información informatizados, ya que, gracias a su codificación, la informatización de los planes de cuidados es sin duda el elemento más importante para una adecuada implantación del proceso enfermero en la práctica.

Ya desde el mismo **concepto de intervención**, definido como «todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza la enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente», podemos deducir los cambios que supone esta clasificación.

Las intervenciones no son algo que le venga pautado a la enfermera, son pensadas y elegidas mediante un juicio enfermero, independientemente de que pertenezcan a su esfera independiente o interdependiente. Según Morilla Herrera, para realizar una intervención, la enfermera debe tener unos conocimientos adecuados y tomar una decisión basada en su experiencia, las circunstancias del paciente, el entorno de cuidados, la política hospitalaria, los recursos de los que dispone, etc.; en definitiva, su juicio clínico o terapéutico.

Las intervenciones enfermeras incluyen tanto cuidados directos que se realizan con el paciente *in situ* (educación para la salud) como indirectos, es decir, aquellos que generan un beneficio para el paciente pero que se realizan sin estar él presente (NIC: reunión equipo multidisciplinar), intervenciones puestas en marcha por profesionales de enfermería de forma independiente, e intervenciones de colaboración con otros proveedores de cuidados (médicos, etc.).

Elección de las intervenciones o tratamientos enfermeros

Está condicionada por una serie de variables que hay que estudiar detenidamente para realizar un adecuado juicio terapéutico, que sea beneficioso principalmente para el paciente, pero que también tenga en cuenta los recursos materiales y humanos. Elegir de forma inadecuada una intervención o no elegirla puede tener consecuencias negativas y a veces desagradables para nuestro paciente. Estas variables, por orden de prioridad (aunque hay que considerarlas todas globalmente), son (siguiendo a Morales Asencio y a Morilla Herrera):

- *Resultados deseados:* es la primera variable a tener en cuenta y la de mayor peso para elegir las intervenciones. Los resultados servirán de criterio comparativo para evaluar la efectividad de la intervención. Así, la utilización de los resultados para la elección de las intervenciones puede arrojar luz sobre la aportación específica de la intervención enfermera a la solución de un problema de salud o de cuidados.
- *Características del diagnóstico:* los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de los diagnósticos de enfermería identificados. Las intervenciones están dirigidas sobre todo a modificar los factores etiológicos asociados al diagnóstico enfermero, pero en algunas ocasiones la causa no se puede modificar y las intervenciones van dirigidas a paliar o minimizar los signos y síntomas de un determinado diagnóstico enfermero. Por otro lado, en los diagnósticos de riesgo las intervenciones se dirigen a tratar los factores de riesgo.
- *Evidencia científica de la intervención:* indicará la eficacia para poder ser prescrita a cierto tipo de pacientes y para conseguir unos determinados resultados sensibles a las intervenciones enfermeras. El profesional de enfermería debe

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

estar familiarizado con la base científica que apoya una determinada intervención en su quehacer diario e incluso si no existiese base científica, debería estar al día de la opinión de expertos en el tema.
- *Factibilidad para realizar la intervención:* considerando las intervenciones realizadas por otros profesionales de la salud, ya que hay que tener en cuenta el plan de cuidados global del paciente para evitar la duplicidad y el gasto innecesario de recursos sanitarios (el coste en tiempo y en recursos que supone la realización de una determinada intervención).
- *Aceptación del paciente:* para cada intervención la enfermera debe aportar información adecuada al paciente para que este realice una elección informada y tanto él como la familia acepten la intervención.
- También es importante: 1) recomendar varias opciones de intervención; 2) informar cómo puede participar, y 3) considerar valores y creencias.
- *Capacidad profesional de enfermería:* el profesional de enfermería debe demostrar competencia en tres áreas: 1) conocimiento del fundamento científico de la intervención; 2) habilidades psicomotoras y cognitivas, y 3) utilización de manera eficaz de los recursos sanitarios.

En otro orden de cosas, la utilización de la taxonomía NIC en la práctica diaria genera en los profesionales una serie de **dudas y cuestiones,** cuya resolución permite adaptar la taxonomía a los distintos contextos:

1. En el listado de actividades de algunas intervenciones aparecen otras intervenciones, ya que intervenciones más globales y abstractas remiten a otras más específicas, y su elección depende de la decisión clínica de la enfermera. En ocasiones, serán necesarias las intervenciones más globales, en otras las más específicas dependientes de factores como el resultado elegido, el diagnóstico enfermero, la base científica de la intervención, etc.
2. Modificación de las actividades de una intervención para adaptarlas a un paciente concreto: según las autoras, las actividades pueden modificarse para reflejar mejor las particularidades y necesidades de un paciente concreto. Esta modificación tiene el límite subjetivo de no cambiar tanto como para que la lista original sea irreconocible. El lenguaje normalizado lo aporta la denominación o etiqueta de la intervención y la definición, las actividades, mediante su adaptación, permiten la individualización de los cuidados.
3. Utilización multiprofesional: negar el carácter multidisciplinar de la sanidad actual no solo es un error, sino también un perjuicio para nuestra profesión, que hace del trabajo en equipo uno de los pilares más sólidos de nuestra práctica diaria. No obstante, dentro de un equipo multidisciplinar, lo que otorga valía a sus miembros es su capacidad para realizar tareas y funciones propias que aportan su punto de vista profesional al equipo y que hacen a la vez distintos y complementarios a cada uno de los estamentos que los forman. Por tanto, la clasificación de las intervenciones enfermeras es una buena herramienta para identificar nuestro rol dentro del equipo, aunque algunas intervenciones o tratamientos también sean realizados por otros profesionales.

TAXONOMÍA NOC. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Si bien la taxonomía NIC es una de las mejor comprendidas y utilizadas en la práctica clínica, la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), más conocida por su nombre y siglas en inglés (Nursing Outcomes Classification [NOC]), es de las que las enfermeras refieren utilizar menos y es más compleja de entender, debido a la falta de familiaridad de estas con los criterios de resultados y las evaluaciones. No obstante, hay que tener en cuenta que las posibilidades que ofrece y las ventajas de su utilización son muy importantes para la enfermería. Al igual que la taxonomía NIC, la NOC recoge el esfuerzo investigador de un grupo de enfermeras de la Universidad de Iowa dirigidas por Sue Moorhead y extendido a nivel internacional.

Ventajas de la taxonomía NOC

Las principales ventajas de la NOC son:

1. *Permite identificar el efecto de nuestras intervenciones,* nuestra aportación en términos de resultados en salud. Es lo que las autoras y otros expertos (como Morales Asencio) denominan resultados sensibles o secundarios a las intervenciones enfermeras. Los resultados en

salud no son fáciles de demostrar y la multicausalidad de los problemas que la enfermera aborda hace que sea muy difícil determinar su aportación exclusiva al resultado global. No obstante, la taxonomía NOC realiza un esfuerzo importante para resolver este problema.
2. *Permite estandarizar la evaluación del paciente* y comparar resultados entre grupos de pacientes y áreas de enfermería, facilitando así la investigación.
3. Suministra una *regla de medida de carácter neutro, cualitativa,* bastante buena para determinar la efectividad real de las intervenciones enfermeras, así puede discriminar entre intervenciones que funcionan mejor para un determinado problema de cuidados.
4. Nos *permite evaluar la intervención a lo largo de un período de tiempo,* aportando información concreta de la evolución del problema y no en términos de conseguido o no conseguido, como ocurría con los objetivos tradicionales. Permite comparar la evolución del problema secundario a la intervención enfermera, partiendo de una evaluación basal o inicial del criterio de resultados, pudiendo indicar deterioro o mejora en comparación con otra valoración anterior a través de la puntuación de las escalas.

Componentes de la taxonomía NOC

Un **resultado NOC** «define el estado general, conducta o percepción del paciente medido a lo largo del tiempo secundario a una intervención enfermera». Cada uno de estos resultados posee una etiqueta, una definición que describe el significado del concepto de resultado, una lista de indicadores y una escala de medida tipo Likert de cinco puntos, junto con las citas bibliográficas utilizadas para describir cada resultado.

Los NOC son conceptos abstractos, neutros y variables; son una herramienta neutra de medida. Se podría decir que es una regla que mide en centímetros de resultado enfermero. Si partimos del resultado NOC como un estado general o abstracto del paciente y vamos hacia un nivel más concreto y aplicable para la práctica profesional, nos encontramos con lo que denominamos indicadores.

Un **indicador** es una variable más específica de un resultado. Define «un estado, conducta o autopercepción a un nivel más concreto y observable». Recoge distintos aspectos del resultado y puede servir como resultado intermedio y más manejable que el resultado global.

La **escala de medida** indica de qué forma vamos a medir las modificaciones en el estado de salud del paciente.

Debido al carácter cualitativo de la mayor parte de las situaciones que aborda la enfermera, el tipo de escala utilizado por las autoras es la de **tipo Likert** de cinco puntos, que proporciona opciones suficientes para demostrar la variabilidad en el estado, la conducta o la percepción del paciente descrito por el resultado. La escala de medida describe lo que un indicador debe medir, cómo se medirá y cómo se cuantificará, reflejándose en un continuo en una escala que va del 1 al 5, permitiendo seguir los cambios o el mantenimiento del resultado. Cada escala está construida para que el quinto o último punto refleje el estado más deseado para el paciente. En la última edición la clasificación recoge once escalas principales y dos secundarias.

La taxonomía NOC representa la organización sistemática de resultados en grupos o categorías en función de sus semejanzas, diferencias y relaciones. La **estructura de la taxonomía** NOC tiene, al igual que la NIC, una organización en tres niveles conceptuales que van de mayor a menor abstracción, hasta conseguir su especificación y aplicación práctica.

Resultados frente a otros elementos del proceso de enfermería

El criterio de resultados (NOC) puede confundirse con tres elementos interrelacionados en el proceso de enfermería: el diagnóstico enfermero, los objetivos y la valoración del paciente.

Aunque la misma definición del NOC nos indica que son situaciones que se verán afectadas por la intervención enfermera, no debe confundirnos con el **diagnóstico,** ya que este es la etiqueta o nombre que adjudicamos al problema de cuidados, mientras que el NOC describe la situación contraria, es decir, si hablamos del diagnóstico enfermero «intolerancia a la activad», el NOC se referirá a la tolerancia a la actividad; si hablamos de «incumplimiento terapéutico», el resultado será cumplimiento terapéutico. Sin embargo, autores como Morilla Herrera y Morales Asencio ven en los criterios de resultados y sus indicadores posibles «índices» útiles para la confirmación de la hipótesis diagnóstica.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Tampoco podemos decir que los resultados **sean objetivos** del plan de cuidados, ya que no indican el logro o el fracaso, sino que permiten evaluar la progresión positiva o negativa después de instaurar las intervenciones enfermeras. Sin embargo, también pueden ser utilizados como objetivos o resultados esperados, añadiéndoles dos variables adicionales, el tiempo y la puntuación de la escala deseada o a conseguir. Esto se puede aplicar tanto a la puntuación global del resultado NOC como a cada uno de sus indicadores.

En lo que respecta a la **valoración,** mientras que esta es una herramienta básica para la identificación de problemas de cuidados, que puede realizarse cuantas veces se crea necesario durante la atención al paciente, la NOC es una herramienta de evaluación continua, que afecta a la modificación de las intervenciones, no al abordaje de nuevos problemas.

Aspectos a tener en cuenta para la elección del resultado en la práctica clínica

El resultado no se pueden elegir por intuición, tiene que ser útil para medir el efecto de nuestras intervenciones en un determinado diagnóstico, por tanto es importante analizar una serie de variables que intervienen, como son:

Diagnóstico enfermero

El criterio de resultado puede ser la regla que mida la solución o desaparición del problema. Sin embargo, en otras ocasiones puede medir la mejoría de un síntoma o manifestación de ese problema, y finalmente, también puede servir para medir la solución o mejora de la causa que está originando el problema.

Presencia de problemas de colaboración

La clasificación NOC también puede y debe utilizarse con los problemas de colaboración o interdependientes, ya que es importante determinar la aportación enfermera a la solución del problema. De hecho, los resultados son multiprofesionales.

Por otra parte, la existencia de estos problemas y su gravedad pueden influir a la hora de elegir los resultados adecuados para los diagnósticos de cuidados. De esta forma, en un paciente con pluripatología cardíaca o respiratoria (EPOC, insuficiencia cardíaca…), al elegir los resultados para evaluar su tolerancia a la actividad, propondremos puntuaciones más bajas en las escalas del resultado que si se tratase de un paciente con hipertensión arterial sin otras complicaciones.

Características generales del paciente que influyen en la consecución del resultado

Los recursos del paciente, la edad, el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria, la presencia o ausencia de sistemas de soporte, su nivel cultural y económico, las condiciones de su vivienda y el apoyo familiar son factores que deben tenerse en cuenta para determinar el resultado que más se adapte a la situación del paciente, tal y como plantea Daniel Pesut.

Sin embargo, la decisión final va a depender del juicio terapéutico de la enfermera, que debe tomar una decisión basada en el análisis de los distintos factores expuestos, su experiencia profesional, sus conocimientos y también los recursos y medios disponibles.

Para facilitar esta tarea las mismas autoras de la NOC han desarrollado relaciones entre los diagnósticos NANDA, los criterios de resultados ligados a cada diagnóstico y las intervenciones más adecuadas para cada criterio de resultados.

Propuestas de mejora

Por último, puede ser útil tener en cuenta los distintos aspectos que deben mejorarse para la aplicación práctica de la taxonomía NOC, a saber:

- La falta de validación de algunas escalas, aunque en cada nueva edición se van mejorando mediante su aplicación en diferentes entornos clínicos y países.
- La falta de fiabilidad, ya que no se sabe la sensibilidad y especificidad para detectar realmente los cambios que se producen con las intervenciones enfermeras.
- La autocumplimentación en las puntuaciones de las escalas (a veces sin criterios objetivos para determinarlas) puede suponer una puntuación al alza o más positiva de lo habitual (sesgo al alza).
- No establece la importancia o ponderación de los indicadores de un mismo resultado, sino que se evalúan de forma independiente unos de otros.
- La falta de correlación entre la puntuación global del criterio de resultado y la de cada uno de sus indicadores por separado.
- La escasa comprensión de las escalas por parte de las enfermeras, debido a la dificultad del

lenguaje empleado y su difícil traducción a la práctica clínica.

Sin embargo, a pesar de las grandes posibilidades de mejora, la taxonomía NOC ha dado un gran salto tanto cualitativo como cuantitativo en la determinación de los resultados en salud que la enfermería aporta con sus intervenciones.

LECTURAS RECOMENDADAS

Consejo Internacional de Enfermeras (2011). Clasificación internacional para la práctica de la enfermería. Disponible en: http://www.terra.es/personal/duenas/cipe1.htm.

Corral Lira I, Herrera de Elera D, del Pino Casado B, García Hedrera F. Uso de la metodología enfermera en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Perspectiva comparada entre gestores y enfermeras. Madrid: AENTDE; 2010.

Del Pino Casado B, Casado Lollano A, Nieto García E, Villacañas Novillo E. El paciente en su domicilio: caso clínico. Revista ROL de Enfermería. 2006;29(4).

Del Pino Casado R. Nuevos retos para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros. Revista ROL de Enfermería. 2009;32(7–8):512-4.

Del Pino Casado R, Del Pino Casado B, Casado Lollano A. El proceso de atención de enfermería. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). Enfermería en Atención Primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 121-45.

Del Pino R, Ugalde M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enferm Clínica. 1999;9(3):115-20.

Domingo R, Villacañas E, Cantero MP, Nieto E, Monleón M, Díaz J, del Pino B. Tiempos estimados en las intervenciones de enfermería a domicilio: validación y consenso. Enferm Clínica. 2003;13(6):337-47.

Flanagan J, Jones DA. Nursing language in a time of change: capturing the focus of the discipline. Int J Nurs Terminol Classif. 2007;18(1):1-2.

Fleischmann N. An empirical study of preparation for the introduction of nursing diagnoses: from nursing relevant problem to nursing diagnosis. Pflege Z. 2008;61(6):322-6.

Frías A, Del Pino R, Germán C, Alguacil F, Cantón D, Pulido A. Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión en atención primaria. Enferm Clínica. 1993;3:102-8.

González Gutiérrez-Solana R. Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español. El Correo AENTDE. 2008;11:8-11.

Jiménez Maroto A. Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. Metas Enferm. 2000;III(29):26-31.

Ledesma Delgado ME, Ortiz Díaz DM, Oros Elizarraras E, Cabrero Arias MA. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería por estudiantes de licenciatura. Desarrollo Cientif Enferm. 2005;13(3):82-6.

Lee TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. Journal of Clinical Nursing. 2005;(14):640-7.

Lopes MH. Introduction of the nursing process, using nursing diagnoses (taxonomy of the North American Nursing Diagnosis Association) expected results, interventions and collaborative problems. Rev Lat Am Enfermagem. 2000;8(3):115-8.

Lunney M. NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. J Sch Nurs. 2006;22(2):94-101.

Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

Martin KS. The Omaha System: A Key to Practice, Documentation and Information Management. 2.ª ed. Omaha: Elsevier; 2005.

McCloskey JC. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.

Moorhead S, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4.ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2008.

Morales Asencio JM. Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. Index de Enfermería. 2004;XIII(44-45):37-41.

Morilla Herrera JC. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. Metas de Enferm. 2005;8(10):58-62.

Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2.ª parte). Metas de Enferm. 2006;9(2):6-12.

Müller-Staub M, Laving MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes. Application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2006;56(5):514-31.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009/2011. Madrid: Elsevier; 2010.

Nieto García E, Casado Lollano A, Domingo Martín R, Del Pino Casado B, Montleon Just M, Diz J. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria (FIS 99/0414). Metas Enferm. 2006;9(9):50-6.

Pesut DJ. Aim versus blame. Using an outcome specification model. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1989;27(5):26-30.

Rivero Cuadrado A, Pajares Costales C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez JA, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano SL. Proyecto NIPE: normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería; 2002.

Román Cereto M, Campos Río A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enferm Clínica. 2005;15(3):136-66.

Saba VK, Zuckerman AE. A new home health classification method. Caring. 1992;11(19):27-34.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

M

68. Malos tratos 427
69. Menopausia 434
70. Métodos anticonceptivos 437
71. Metodología de cuidados en atención primaria: análisis de la situación y propuestas de mejora 445
72. Multiculturalidad 453

C A P Í T U L O 6 8

Malos tratos

Cristina Heierle Valero

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: «El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones». La clasificación utilizada en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* divide la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

En este trabajo nos vamos a referir a un caso específico de violencia interpersonal: la violencia familiar, también denominada con el nombre «malos tratos». Esta violencia se refiere a acciones u omisiones en el seno de la familia y en las relaciones de pareja, que pongan en peligro o atenten contra la seguridad e integridad física y/o psíquica o bien que atenten contra los derechos de las personas. En el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* se señala que, aunque en los entornos domésticos y familiares hay muchos tipos de violencia, algunos de ellos muy ocultos, en general son las mujeres las que corren más riesgos. Casi la mitad de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por sus maridos o parejas actuales o anteriores, un porcentaje que se eleva al 70% en algunos países.

Pero no solo existe este tipo de violencia o de malos tratos; en la actualidad, están surgiendo nuevos estilos de malos tratos. Como también señala este informe, el maltrato a los ancianos (mujeres y hombres) es uno de los rostros más ocultos de la violencia, que además tiene muchas probabilidades de aumentar porque en muchos países, entre los cuales está España, la población está envejeciendo rápidamente y cada vez más la familia se ve obligada a cuidar en sus casas, algunas veces en condiciones precarias, a estos ancianos. Hasta un 6% de los ancianos declaran haber sufrido maltrato en el hogar. Esta cifra es solo la punta del iceberg, los ancianos normalmente no suelen denunciar, ni tan siquiera verbalizar, los malos tratos a los que son sometidos, malos tratos que pueden ir desde la desatención hasta la violencia y agresiones tanto verbales como físicas. Muchos de ellos sufren el síndrome de Estocolmo y, aunque estén maltratados, prefieren eso a quedarse solos y sin nadie que les cuide.

Aunque es difícil obtener cifras exactas debido a la falta de registros, según los datos disponibles, una de cada cuatro mujeres será víctima de violencia sexual por parte de su pareja en el curso de su vida. La mayoría de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos períodos.

En casi la mitad de estos casos se producen también abusos sexuales. En algunos países, hasta una tercera parte de las niñas señalan haber sufrido una iniciación sexual forzada.

Los hombres, jóvenes y adultos, también sufren malos tratos; aunque la cifra es muy pequeña, no se debe desdeñar. En julio de 2000 se publicó una encuesta nacional sobre violencia en los EE. UU. que, aunque se denominaba «Violencia sobre las mujeres», presentaba por primera vez datos desagregados de la violencia masculina y femenina. En ella se señalaba que las mujeres en las relaciones de pareja sufren más violencia que los hombres.

El 30,4% de las mujeres que habían convivido con un hombre habían sido maltratadas por este en alguna ocasión, mientras que en las mujeres que convivían en relación de pareja con otra mujer, la cifra de las que habían denunciado maltrato era del 11%. Por otra parte, el 15% de los hombres que habían convivido en pareja homosexual habían sufrido algún tipo de maltrato,

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

mientras que si la pareja era una mujer habían sufrido maltrato el 7%. Concluía esta encuesta que la autoría de la violencia doméstica era principalmente de los hombres contra su pareja. Por consiguiente, según esta conclusión, toda estrategia que se quiera llevar a cabo para prevenir la violencia en el hogar debería enfocarse en el riesgo que plantean los hombres. Y es que este riesgo es, según la OMS, la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 44 años.

La violencia contra la pareja existe en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales. Esto es importante tenerlo en cuenta, pues muchas veces pasa desapercibido por tener prejuicios en torno a este dato. La violencia contra las mujeres está relacionada con las desigualdades existentes entre hombres y mujeres. Este desequilibrio de poder justifica los roles adscritos a hombres y mujeres en función de su género, una discriminación que en muchos casos existe desde el nacimiento. También está relacionado con el papel que la mujer tiene en la sociedad, la importancia que se da a su rol y los trabajos que ella realiza, ya sea en la esfera pública o en la privada.

El número de asesinatos de mujeres en el seno del hogar es cada vez mayor, y no solo se asesina a mujeres, sino también a niños. En todo el año 2009 se contabilizaron 55 asesinatos de mujeres. A 25 de octubre de 2010, el Ministerio de Sanidad e Igualdad había contabilizado 58 víctimas mortales, una de las últimas una mujer y sus dos hijos hallados enterrados en cal en su vivienda en Tarragona; 12 habían solicitado medidas de protección y 10 las tenían en el momento del asesinato. Del total de estas víctimas, 14 mujeres habían denunciado previamente a su agresor. Se suele decir que son mujeres inmigrantes, sin embargo la mayoría de las muertes registradas han sido de españolas (34), en relación con 23 extranjeras. Entre los agresores, 33 eran españoles y 24 de otra nacionalidad. Por comunidades autónomas es Andalucía la que más víctimas mortales tiene, seguida de Cataluña.

Según el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* al cual nos estamos refiriendo: «No existe un factor que, por sí solo, explique por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. La violencia es un problema complejo, enraizado en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Algunos factores de riesgo pueden ser privativos de un tipo determinado de violencia, pero es más frecuente que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo» (p. 12).

Habitualmente, la respuesta del sector salud es reactiva y terapéutica y conlleva cuatro etapas: definir y cuantificar el problema, identificar la causa, formular cómo se puede afrontar y aplicar las medidas para hacerlo. Desde la salud pública la violencia se puede prevenir y atajar. El problema es que los malos tratos se consideran un fenómeno difuso en el cual están implicados muchos aspectos y que en última instancia constituyen una cuestión de apreciación.

FORMAS DE VIOLENCIA

Maltrato en niños y adolescentes

Los niños y adolescentes necesitan de otras personas para cubrir sus necesidades, bien sea solo para supervisión, ayuda y cuidados, o bien como suplencia. Los adultos cuidadores son responsables de cuidar el estado de salud de las personas que dependen de ellos. Existe una relación clara entre las necesidades que tienen los niños, los adolescentes y los tipos de maltrato.

Maltrato físico o no satisfacción de las necesidades físicas y/o biológicas; aquí no nos estamos refiriendo solo al golpe, el empujón o el zarandeo para etiquetarlo como maltrato físico, sino también a diferentes formas de maltrato físico ya sea por omisión o acción, que suponen una dejadez en la cobertura o satisfacción de las necesidades biológicas como la alimentación, la seguridad, la higiene, la protección ante riesgos, etc. Todas ellas necesitan ser cubiertas y/o supervisadas por los cuidadores.

Tenemos también necesidades de tipo cognitivo como la estimulación sensorial y la comunicación social, de esta forma el aislamiento, la falta de comunicación o estímulos supone un maltrato en esta área. Dentro de las necesidades emocionales, está la necesidad de ser querido, protegido, apoyado y valorado, así como establecer relaciones de confianza. El maltrato emocional, el abandono emocional o el abuso sexual suponen diversas formas de maltrato que impiden la satisfacción de las necesidades de esta área.

Cuando hablamos de maltrato a niños nos imaginamos escenas de extrema crueldad, sin embargo el maltrato se puede ejercer de forma

cotidiana y puede pasarnos desapercibida. La negligencia y la falta de supervisión, el desinterés o el abandono emocional son más frecuentes de lo que podemos pensar. Es decir, podemos tener situaciones de maltrato por acción, omisión o por negligencia ocasionado a un menor o persona mayor no solo cuando se ocasione daño físico, psicológico, emocional o social, sino que también se infringen estos malos tratos cuando no se tienen en cuenta sus derechos y su bienestar.

Como hemos dicho anteriormente, la prevalencia de este tipo de maltrato es desconocida, ya que la mayoría no son detectados. Siempre hay factores de riesgo que podemos detectar, como son: los escasos recursos de apoyo, situaciones sociofamiliares, familias desestructuradas, ambientes carentes de afecto, problemas de drogadicción y viviendas inadecuadas, etc. El más frecuente de los maltratos detectados es el de tipo físico, y se notifica más a menudo en los hospitales que en los centros de salud.

El maltrato no es un hecho aislado, ya que existen contextos de maltrato en los que este no se presenta de una forma aislada, sino que se dan diversos tipos de maltrato que se solapan. Existen algunas características de los cuidadores que pueden aumentar el riesgo de que exista un contexto maltratador, como por ejemplo la baja tolerancia al estrés, la falta de habilidades de afrontamiento o de gestión de conflictos, la dependencia emocional de otros, una baja autoestima, trastornos emocionales, estilo de pensamiento rígido. También podemos encontrar factores de riesgo condicionados por el funcionamiento familiar como los conflictos e incluso factores psicosociales como el desempleo, el aislamiento… Sin embargo, todos estos factores son de riesgo, no de evidencia, y cuando están presentes hay que estar alerta, pero esto no presupone que exista en realidad un maltrato, ya que las personas y las familias tienen sistemas compensatorios y de protección a nivel individual, familiar y social que pueden poner en práctica y así evitar que aparezcan estas situaciones; por ello es importante indagar en aquellos aspectos que supongan un riesgo, pero también es importante no solo averiguar los recursos compensatorios, sino que hay que ayudar a mantenerlos y a aumentarlos.

Como decimos, se debe estar atento a la detección de signos de riesgo de posible maltrato, estos signos pueden ser la desatención del niño, la no cobertura de sus necesidades de alimentación, de abrigo, de higiene. La suciedad, la presencia de enfermedades frecuentes o de enfermedades de la piel, nos deben poner en alerta y seguir investigando y tomando datos. Un ambiente inseguro, un niño con síntomas de falta de sueño o que no salga de casa pueden ser los primeros indicios de un niño maltratado. Tanto la consulta de enfermería, como los programas dirigidos al niño o las visitas domiciliarias, nos tienen que permitir recoger y valorar signos tan variados como una preocupación excesiva por la salud del niño, o como una dejadez y desatención. Tanto la falta de estímulos como la presencia de estímulos excesivos suponen un riesgo para la salud de los niños. Un entorno pobre o poco estimulante, la transmisión de valores antisociales o la rigidez y el dogmatismo de algunos padres y madres tienen que servirnos de aviso, de igual manera que advertir la presencia de hematomas, lesiones frecuentes o un tono vital triste y apático en el niño. Aspectos tan aparentemente banales como las amenazas de abandono o retirada de amor o los castigos, sobre todo si son muy frecuentes o desproporcionados, suponen un sufrimiento que estigmatiza al niño que se ve devaluado y/o amenazado.

Muchos profesionales se preguntan qué pasa una vez presentada la notificación. Lo que pasa es que los servicios sociales investigan y evalúan la situación, para después valorar cómo se puede ayudar al menor y si, para ayudarlo, es necesario alejarlo de su familia. Esta decisión se toma en función del riesgo para su seguridad física. Ante situaciones no urgentes se notifica a los servicios sociales de atención primaria, ante situaciones urgentes a los cuerpos y fuerzas de la seguridad o al juzgado de la zona interponiendo una denuncia.

Maltrato en ancianos

El maltrato a los ancianos está aumentado porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente, y esto aumenta las posibilidades de que el anciano resulte una carga a veces no asumible por la familia, que además, en la mayoría de los casos, no tiene los recursos necesarios para afrontar de una forma saludable la situación. Se prevé que, entre 1995 y 2025, la población mayor de 60 años se duplique y pase de 542 a 1.200 millones aproximadamente.

Al igual que el maltrato de menores, el maltrato de ancianos comprende agresiones físicas,

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

sexuales y psíquicas, así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos, es decir, al uso inadecuado de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores. Se dispone de poca información sobre la magnitud del maltrato de ancianos. Las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 4 y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos. En una encuesta realizada en EE. UU., por ejemplo, el 36% del personal de enfermería de un estado señalaba haber sido testigo de al menos un incidente de maltrato físico a un paciente anciano durante el año anterior; el 10% admitían haber cometido ellos mismos al menos un acto de maltrato físico y el 40% reconocían haber maltratado psíquicamente a pacientes. En las residencias de ancianos, el maltrato consiste en emplear medios físicos de coerción, privar a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos o dispensarles una atención deficiente.

Hay diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los ancianos sean víctimas de la violencia. En algunos casos, las relaciones familiares tensas empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona de edad avanzada se vuelve dependiente. En otros, el hecho de que el cuidador dependa económicamente del anciano es fuente de conflictos. En España, las redes familiares o comunitarias que hasta hace unos años daban apoyo a las generaciones de más edad se están debilitando debido a los rápidos cambios socioeconómicos. Uno de los más representativos ha sido la incorporación, o el intento, legítimo por otra parte, de la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Los hombres ancianos corren un riesgo de sufrir maltrato por parte de sus cónyuges, hijos adultos u otros parientes de proporciones similares al que corren las mujeres, en las culturas en las que las mujeres ocupan una situación social inferior; las ancianas corren un riesgo especialmente alto, por ejemplo, de ser abandonadas cuando enviudan y de que les arrebaten sus propiedades.

En centros, como hospitales y residencias de ancianos, el maltrato es más frecuente cuando los niveles de atención son bajos, el personal está mal preparado o tiene exceso de trabajo, las interacciones entre el personal y los ancianos son difíciles o el entorno físico es deficiente, y allí donde las políticas favorecen más a los intereses del centro que a los internos. Esto se ve agudizado por la falta de preparación de los profesionales en el diagnóstico del maltrato en los ancianos, y aún cuando los sistemas de salud atienden a esta población, no siempre se considera prioritaria. Hacer frente al problema de las actitudes y las prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso importante para prevenir el maltrato de ancianos.

Violencia contra la pareja

Este tipo de violencia, como ya hemos dicho anteriormente, existe en todas las culturas y niveles socioeconómicos. Además de las agresiones físicas tenemos que incluir en este tipo de violencia las relaciones sexuales forzadas y/o coaccionadas, que pueden tener lugar dentro o fuera del hogar. Además, también debemos incluir aquí los maltratos psíquicos, la intimidación y los comportamientos controladores como el intento de aislar a una persona de su entorno.

Con respecto a la violencia física, la mayor parte de las víctimas soportan malos tratos a lo largo de grandes períodos de sus vidas. Las causas de esta violencia, o mejor dicho, el desencadenante de los episodios de violencia son en apariencia banales: pedir dinero, desobedecer a la pareja, no cuidar a entera satisfacción de los niños o de la casa, negarse a mantener relaciones sexuales. Según numerosas encuestas realizadas en diversas partes del mundo, entre el 10 y el 69% de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente por una pareja masculina en algún momento de sus vidas.

Se ha hablado mucho de la causa de las conductas de maltrato a nivel individual, como por ejemplo haber sido víctima de maltrato en la niñez, haber visto al padre maltratar a la madre, estar bebido, etc. pero la realidad es que la mujer es especialmente vulnerable al maltrato en las sociedades en las que existen desigualdades entre hombres y mujeres, poca permeabilidad en los roles de hombres y mujeres, normas culturales no escritas que mantienen la creencia de que los hombres están legitimados para mantener relaciones sexuales con independencia de los deseos de la mujeres y comprensión por parte de la sociedad cuando el hombre violenta a la mujer

para satisfacer sus deseos. Porque, en el fondo, se tiene la creencia de que él está en su derecho y la mujer tiene la obligación de satisfacerle en sus necesidades, según él vitales; a veces se va más allá y se piensa que cuando la mujer dice que no, en el fondo quiere decir sí y que si una mujer de verdad no quiere es imposible forzarla. Todo esto no solo favorece el maltrato sino que además dificulta a la mujer el estar legitimada para denunciarlo y poder alejarse de este tipo de situación.

En efecto, las víctimas de estos malos tratos en el seno de la familia, por parte de personas que se supone que tienen un lazo afectivo, de confianza y de cuidado, entran en un estado de confusión y de culpa que no les permite valorar la conducta agresiva como algo intolerable y que les impide buscar solución o alejarse del maltrato. Muchas veces las reacciones de no tolerar este maltrato suponen una conducta que pone en entredicho las consignas recibidas socialmente y que ponen el acento en las relaciones no igualitarias y de poder entre hombres y mujeres. Las relaciones de poder asimétricas están sustentadas en construcciones sociales que legitiman formas de dominación, y que niegan o no reconocen situaciones de dominio, adjudican valores positivos a las renuncias personales que se exigen, descalifican a quienes intentan discrepar y crean un sistema de disciplina para castigar las transgresiones.

Las creencias sociales de que el maltrato en el hogar es cosa de familia han impedido que el problema se sociabilice, por lo que se ha mantenido y se mantiene en la intimidad del hogar, y se exterioriza solo en casos extremos de malos tratos físicos; también, por ejemplo, el pensar que solo en las familias con problemas de drogas y faltas de recursos hay violencia; o que se exagera el tema de los malos tratos; o que existe un tipo concreto y, con unas características, de mujeres que son las víctimas de los malos tratos y que si no estuvieran de acuerdo se alejarían del maltratador, o que las mujeres provocan al maltratador y este no tiene más remedio para seguir siendo «hombre» que dar una respuesta agresiva.

Basándonos en un artículo publicado por la *Revista Valenciana de Medicina de Familia,* detallamos algunos indicadores de malos tratos tanto físicos, como psíquicos y sexuales (cuadros 68-1, a 68-3).

CUADRO 68-1. Indicadores de malos tratos físicos

- Hematomas en cara, cuello, pecho, espalda, muslos. Lesiones en el área de la boca
- Fracturas
- Quemaduras de cigarros
- Quemaduras por cuerdas
- Quemaduras con objetos varios: señales definidas
- Cortes y/o pinchazos
- Mordeduras, heridas y arañazos
- Lesión de órganos internos
- Problemas físicos o necesidades no atendidas (heridas sin curar, infectadas)
- Perforación del oído

CUADRO 68-2. Indicadores de malos tratos psíquicos

Sintomatología ansiosa

- Alteraciones de la sensibilidad
- Escalofríos
- Dolor o molestias precordiales
- Miedo
- Hipervigilancia

Sintomatología depresiva

- Poco apetito o voracidad. Insomnio o somnolencia
- Pérdida de energía, cansancio
- Baja autoestima, apatía, silencios
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- Desesperanza
- Escasas o pobres relaciones sociales
- Verbalizaciones negativas o contradictorias
- Sentimientos de culpa, manifestaciones somáticas, intentos de suicidio
- Problemas frecuentes de tipo psiquiátrico o sociológico
- Dificultad para resolver problemas, bajas habilidades sociales

CUADRO 68-3. Indicadores de malos tratos sexuales

- Hematomas, contusiones y/o heridas
- Sangrado anal y/o genital
- Fisuras anales
- Dolor en genitales, traumatismos

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

Ya hemos hablado de que la violencia no tiene un origen unicausal, sino multicausal, por ello la prevención no puede hacerse solo desde una perspectiva, ya que esta debe ser múltiple y longitudinal. La prevención de la violencia debe realizarse con estrategias que tengan como objetivo no solo al individuo, sino también a la familia y a la comunidad.

A nivel individual se trataría de fomentar en los niños y jóvenes actitudes y conductas saludables que los protejan del maltrato y que eviten que a su vez ellos se conviertan en maltratadores o atacantes de otros niños, de sus padres u otros adultos. Otro ejemplo de las actividades de prevención sería la detección precoz de conductas violentas y de la existencia de problemas en la resolución de conflictos, todo esto tendría como finalidad instaurar programas de ayuda para el aprendizaje de resolución de problemas y conductas de afrontamiento saludable. Se puede, asimismo, instaurar diversos tipos de programas de educación en general o de educación para la salud, como programas de evitación de drogas tanto legales como ilegales; programas de adquisición de habilidades sociales con el fin de que los niños y adolescentes adquieran aptitudes para convivir en sociedad, para poder decir no y no dejarse arrastrar por el grupo; programas dirigidos al control de la ira, a la aceptación de las consecuencias de las acciones y al desarrollo de una perspectiva ética y moral en las relaciones con los demás; programas orientados al respeto y la igualdad real entre los sexos, entendiendo estos como variados y sin conductas controladoras o estereotipadas; programas terapéuticos para las víctimas de la violencia, y programas de tratamiento para las personas violentas.

A nivel familiar se pueden desarrollar programas que preparen a los progenitores para ser padres, que ayuden a las familias a mejorar sus relaciones de convivencia, dándoles recursos para fomentar y/o aumentar el autocontrol; programas de terapia familiar con la idea de facilitar la comunicación veraz y directa entre los miembros, y programas de visita domiciliaria para valorar o detectar situaciones de riesgo y actuar de forma prematura, asesorando y formando a los miembros de la familia o bien derivándolos a otros especialistas.

Asimismo, se deben instaurar iniciativas con base comunitaria que tengan como objetivos principales concienciar a la población en general y plantear un debate en torno a estas cuestiones, fomentado las actuaciones promovidas por la propia comunidad, priorizando la creación de redes sociales de ayuda. Para así, intentar hacer frente a las causas sociales y materiales de la violencia en el ámbito local y establecer medidas para asegurar la asistencia y el apoyo a las víctimas. Realizar campañas públicas y programas para ámbitos específicos puede ser otra estrategia de ámbito comunitario. Todas ellas deben coordinarse con el fin de involucrar a diferentes sectores sociales.

Es urgente desarrollar o adaptar, probar y evaluar muchos más programas de prevención para los malos tratos en todos los ambientes y contextos en los que se desarrolle. Según el *Informe mundial sobre la violencia y la salud,* son relativamente pocas las estrategias cuya eficacia se ha evaluado con rigor; por ello se recomienda que en todas las actividades se dé una mayor prioridad a estas evaluaciones. Además, no hay suficientes programas orientados a la prevención primaria, a diferencia de lo que ocurre con la prevención secundaria y terciaria.

Los programas deben basarse en investigaciones globales, ya que diversos tipos de maltrato tienen causas comunes o por lo menos factores de riesgo compartidos, los recursos deben concentrarse en los grupos más vulnerables: mujeres, niños y ancianos.

Se debe aumentar la capacidad de los sanitarios para recoger datos sobre riesgos e indicios de malos tratos, estos registros de datos deben ser sencillos y fáciles de recopilar y analizar, y con ellos emprender investigaciones que ayuden a comprender las causas de estos malos tratos y sirvan para prevenirlos.

Es necesario conocer que las situaciones de maltrato no son excluyentes a las situaciones de cariño y que siempre hay que intervenir, aun cuando las situaciones no revistan gravedad, ya que a la larga sí pueden convertirse en conductas de maltrato grave. La notificación nos permite conocer la situación y ayudar a la familia, por el contrario el no notificar nos hace cómplices de la situación. Hay que tener en cuenta que, a diferencia de otros problemas sociales, los maltratados

habitualmente no solicitan ayuda y tampoco sus maltratadores, por lo que es necesaria una postura activa.

Las falsas creencias existentes en este tema, como por ejemplo, que cada familia tiene unas costumbres y valores propios sobre la forma de relacionarse entre sí y que esto incumbe solo a la vida privada, puede dificultar la detección temprana del maltrato. La fase previa a la intervención consiste en poder identificar las señales que nos hagan sospechar una situación de este tipo y comunicarla a los servicios sociales de atención primaria o especializada.

Es importante también señalar que hay que evitar juicios precipitados y determinar si la situación es o no urgente, pero también es importante tener en cuenta que cuanto más tarde se detecta un caso, más graves son las consecuencias físicas. En caso de duda es mejor intervenir que no hacer nada. Cuando por parte de un profesional se sospeche maltrato hay que realizar una reunión del equipo, y se efectúa una primera valoración; hay que tener en cuenta que no es un profesional sino el centro el que realiza la notificación. Deben realizarse protocolos de actuación que permitan a los profesionales saber cómo debe ser su conducta y facilitarles su cumplimiento.

LECTURAS RECOMENDADAS

Comijs HC, et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. Journal of the American Geriatrics Society. 1998;46:885-8.

Fassler C. . Violencia doméstica: algunas reflexiones. En: Araujo G, Desatnik O, Fernández L (eds.). Frente al silencio. Testimonios de la violencia en Latinoamérica. México: UAM-X ILEF; 1999. p. 253-64.

González Candelas R. Malos tratos en la mujer. Protocolos Sanitarios. Revista Valenciana de Medicina de Familia. 2002;11:13-9.

Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington DC; 2002.

Organización Mundial de la Salud. 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).

Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. Journal of Elder. Abuse and Neglect. 1990;2:5-30.

Salber R, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario: cómo hacer las preguntas correctas y reconocer el mal trato: otra forma de salvar vidas. Barcelona: Cedecs; 2000.

Salmerón Jiménez JA, Pérez Jiménez F, Castellanos Sanz B, Gea Serrano A. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Murcia: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2006.

Tajden P, Thoennes N. Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner violence. National Institute of Justice & Centres for Disease Control & Prevention; 2000. Disponible en: http://www.ojp.gov/nij/pubs.

WHO. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 6 9

Menopausia

María Dolores Saavedra Llobregat

INTRODUCCIÓN

La menopausia forma parte de todo un mecanismo de entrada en una edad madura, pero que no tiene por qué limitar las capacidades físicas o psicológicas de la mujer, y que en muchas ocasiones no necesita intervención médica.

Esta idea ha sido apoyada por los estudios transculturales que dan como resultado más significativo el que existen diferencias en la percepción de la menopausia, dependiendo de factores tales como la posición social de la mujer en un determinado contexto cultural o la visión positiva o negativa que se tenga de las personas mayores frente a las más jóvenes en la sociedad de su entorno.

Es indudable que se trata de una etapa en la que el organismo femenino experimenta una serie de modificaciones (biológicas, psíquicas y sociales) a las que la mujer debe saber adaptarse.

Se generan además, con estos cambios, unos problemas y riesgos para la salud que no se planteaban antes de este período. Todo ello hace necesario establecer una estrategia específica de asistencia a la mujer en el período de climaterio, pero que debe ser concebida con planteamientos fundamentalmente preventivos.

Cuando pretendemos intervenir en programas de salud diseñados para la mujer climatérica, serán necesarios, además de nuestros conocimientos científicos sobre fisiopatología, diagnósticos, síntomas, terapias y cuidados, un conocimiento profundo de cuáles son las creencias, prácticas populares y recursos que las mujeres utilizan para solucionar sus trastornos de salud en esta etapa.

Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada.

El éxito de cualquier programa de prevención en el climaterio depende de la capacidad para implicar o convencer a las mujeres para que refuercen sus comportamientos de salud, cambien sus hábitos o estilos de vida poco saludables y modifiquen su entorno, para eliminar los factores de riesgo de alteraciones.

Desde el punto de vista de educación para la salud es, por lo tanto, necesario plantear la prevención informativa, que la mujer tenga conocimiento de los cambios que puede experimentar en esta etapa, así como de los recursos disponibles para afrontarlos, tanto propios, como sanitarios o sociales.

Es importante también el establecer sistemas de apoyo, con intervenciones individuales en consultas de enfermería, matrona, médicas, etc., y proponer intervenciones grupales o talleres para mujeres, que funcionarán como grupos de ayuda mutua, facilitando el cambio de actitudes, la desdramatización de algunos síntomas y la adquisición de aptitudes y habilidades que ayudarán al afrontamiento de los problemas que aparezcan en esta etapa. Se trata, pues, de un aprendizaje significativo.

DEFINICIÓN Y SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

¿Qué es la menopausia?

La menopausia es la época de la vida de una mujer en que la menstruación cesa permanentemente. Normalmente es un proceso gradual: los ovarios comienzan a producir menos hormonas y estas cantidades reducidas de hormonas hacen que los períodos menstruales se vuelvan irregulares y cesen completamente. Puede ocurrir de forma natural o, por el contrario, derivada de algún tratamiento.

Los cambios hormonales derivados de este proceso pueden causar síntomas físicos y psicológicos que pueden durar unas pocas semanas, unos pocos meses o, a veces, varios años. Pueden aparecer y desaparecer o pueden ocurrir regularmente.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Síntomas físicos:
  - Períodos menstruales irregulares.
  - Sofocos.
  - Sudores nocturnos.
  - Cambios en los patrones de sueño.
  - Mareos.
  - Dolores de cabeza.
  - Dolores musculares y articulares.
  - Piel seca.
  - Palpitaciones (sentir latidos acelerados o irregulares).
  - Cansancio.
  - Sequedad y adelgazamiento del tejido vaginal que a veces causan molestias o dolor durante el acto sexual.
  - Mayor probabilidad de infecciones del aparato genitourinario.
- Los síntomas psicológicos pueden incluir:
  - Ansiedad.
  - Depresión.
  - Ganas de llorar, irritabilidad.
  - Insomnio.
  - Menor deseo por las relaciones sexuales.
  - Falta de concentración.
  - Problemas de memoria.

Modelos teóricos

Modelo médico

Se concibe la menopausia como una condición de deficiencia que requiere tratamiento hormonal.

Este modelo promueve también un concepto muy extendido (que resulta erróneo): la etapa media de la vida de las mujeres comporta un mayor riesgo para su salud que para sus colegas masculinos.

Esta concepción del climaterio lleva a la medicalización del proceso: cambiar una condición considerada normal en otra que requiere intervención médica. El cambio comienza con los profesionales médicos y acaba siendo aceptado por la mayoría de la comunidad.

Modelo de salud

Se concibe la menopausia como un proceso fisiológico natural que, de hecho, está reforzando la salud: al llegar a los 50 años el cuerpo femenino no está fisiológicamente tan preparado para que los embarazos lleguen a buen término, y no parece tener mucho sentido seguir eliminando nutrientes con la menstruación.

Se considera la menopausia como una nueva fase de la vida, y no como una condición de deficiencia.

PROPUESTA DE TRABAJO GRUPAL CON MUJERES EN EDAD DE CLIMATERIO: APOYO SOCIAL EN LA MENOPAUSIA

Población diana: mujeres con edades comprendidas entre los 45-60 años.

Objetivo general

Promover conocimientos y hábitos saludables y de autoayuda con el fin de mejorar la calidad de vida biopsicosocial de la mujer en el período climatérico. Para ello, se precisa un cambio de actitudes y aptitudes frente a la menopausia, para afrontar esta como una etapa más de la vida.

Objetivos específicos

1. Dotar de conocimientos sobre los aspectos globales referentes a la menopausia como proceso normal de envejecimiento.
2. Reestructurar ideas irracionales y erróneas sobre la visión de la menopausia a nivel físico, emocional y sexual.
3. Explicar los síntomas derivados del climaterio, tanto físicos como psicológicos.
4. Promover hábitos saludables para minimizar los problemas derivados del climaterio.
5. Proporcionar técnicas de autoayuda que faciliten el afrontamiento de diversas situaciones (ansiedad, depresión, etc.).
6. Facilitar información sobre las posibilidades de ocio y formación, fomentando las interacciones sociales y la ocupación del tiempo libre.
7. Prevenir posibles problemas de pareja.

Metodología

La metodología consistirá de manera general en una presentación teórica de los contenidos, en la que participarán las componentes del grupo a través de la exposición de vivencias personales, así como de la reflexión en los diversos coloquios y actividades a realizar en la sesión.

Para conseguir las metas propuestas, se seguirá una metodología que pretende, a la vez que proporcionar formación, ser un punto de reflexión para las mujeres participantes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por ello, se seguirá una dinámica en la que se fomentará la participación del grupo, ya sea a través de coloquios y discusiones sobre algunos de los temas tratados, así como la exposición de sus propias vivencias y opiniones acerca de los distintos puntos expuestos en las sesiones. El propósito es que de esta manera generen alternativas y soluciones, de las que el resto del grupo se enriquezca.

Intervención grupal

La técnica a utilizar: grupo operativo, técnica psicoeducativa en la que aprendizaje y comunicación son los elementos principales.

Enseñar y aprender forman una unidad operativa facilitando el pensamiento crítico y la ruptura de conductas estereotipadas.

El grupo facilita el aprendizaje mediante la verbalización de experiencias y vivencias que expresan los participantes, el aprendizaje que se produce es significativo, ya que implica a toda la persona: intelecto y afecto.

El profesional facilita el diálogo y la comunicación; ayuda al grupo mostrándole sus dificultades, coordinando que el proceso grupal funcione.

Encuadre grupal

Duración: 2 meses, con un total de ocho sesiones.

Frecuencia: semanal, con una duración de 90 min por sesión.

Grupo cerrado con un máximo de 12 integrantes.

Equipo de trabajo compuesto por dos profesionales: coordinador y observador del grupo.

Temas

- Expectativas de las mujeres.
- Menopausia: contexto sociocultural y mitos.
- Cambios hormonales, aspectos físicos y psicológicos.
- Sexualidad y menopausia.
- Nutrición y menopausia. Ejercicio físico. Relajación.
- Tratamientos hormonales, farmacológicos y alternativos.
- Imagen corporal y relaciones sociales.
- Grupos de autoayuda y guía de recursos para la mujer en su localidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

Bernstein DA, Borkoveck TD. Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: Desclèe de Brouwer; 1983.

Borrás C, Pérez Pareja FJ, Palmer L. Ciclo menstrual y respuestas emocionales. Psicología Conductual. 1994;2(1):91-107.

Briones del Dedo N, Colectivo IOE. Las mujeres y sus síntomas. Trastornos psicológicos detectados en los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Comisión de Salud. Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid; 1999.

Burin M, Moncarz E, Velásquez S. El malestar de las mujeres. Tranquilidad recetada. Barcelona: Paidós; 1990.

Burns DD. Sentirse bien. Barcelona: Paidós; 1990.

Cirián C. La menopausia. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1994.

Ellis A. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclèe de Brouwer; 1980.

Ellis A, Grieger R. Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: Desclèe de Brouwer; 1981.

Federación de mujeres progresistas, Morales M. La salud de las mujeres. Cómo prevenir enfermedades y promover hábitos saludables. Madrid: Rumagraf; 1994.

Fernández-Cid A, Instituto Dexeus. Guía Dexeus de la salud de la mujer. Barcelona: Planeta; 1997.

Ferrer V, Gili M, Bosch E. Mitos y realidades en torno al ciclo menstrual: análisis de la sintomatología asociada. Estudios de psicología. 1999;63-4. 21-32.

Hunter M. La menopausia: cómo prevenir sus consecuencias físicas y emocionales. Barcelona: Apóstrofe; 1995.

Jiménez de Luque MP. Menopausia. Educación para la salud. Pamplona: Universidad Navarra; 1995.

Kelly JA. Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: Desclèe de Brouwer; 2000.

Marquínez R, Alcorta E. Salud. Guía de anticonceptivos y sexualidad. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1995.

Monge S. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual. 2005;3:28-56.

Muntané MD. La menopausia. Cómo afecta a las mujeres y cómo resolverla. Barcelona: ICARIA; 1994.

Nezu AM, Nezu CM. Entrenamiento en solución de problemas. En: Caballo V (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI; 1991.

Pérez Jarauta MJ, Echauri M. En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra; 1996.

Pérez López FR. La menopausia. Cómo vivirla y superarla sin miedo. Madrid: Temas de hoy; 1992.

Rivière M. Dexeus S.Vivir la madurez con optimismo. Barcelona: Plaza y Janés; 1995.

Sau V. Perspectiva psicológica de los programas científicos del ciclo menstrual de la mujer. Madrid: UCM; 1984.

Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza; 2003.

Valls Llobet C, Méndez E. Mujer y calidad de vida. Barcelona: Elite Grafic S; 1991.

VV. AA. Familia y reparto de responsabilidades. Barcelona: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1994.

C A P Í T U L O 7 0

Métodos anticonceptivos

Antonio Frías Osuna, Casilda Velasco-Juez y Adoración Pulido-Soto

INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 definió por primera vez el concepto de salud y derechos sexuales y reproductivos. También puso de manifiesto que la igualdad, la equidad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer eran componentes esenciales de los derechos reproductivos. Dentro de estos derechos está el derecho del hombre y de la mujer a adquirir información y tener acceso a los métodos aceptables de planificación familiar que ellos prefieran, que sean seguros, eficaces y a precios razonables. También se incluye el reconocimiento de que todas las parejas tienen el derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desean, el espaciamiento entre ellos y el momento en que llegan, y a tener la información y los medios para poder hacerlo, y el derecho de obtener un nivel alto de salud reproductiva y sexual.

La elección por parte de la persona o pareja de un determinado método anticonceptivo debe ser una decisión voluntaria, teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes de cada método frente a los demás. Por consiguiente, resulta necesario que la persona o pareja disponga de la información adecuada sobre cada uno de los métodos anticonceptivos, para que dicha elección se produzca de una forma informada y objetiva, teniendo en cuenta sus propias características. En todo caso, serán los propios usuarios los que elegirán el método anticonceptivo más adecuado entre las distintas alternativas.

La información proporcionada debe hacer referencia al menos a: eficacia y efectividad contraceptiva del método, uso correcto y funcionamiento, posibles efectos secundarios, riesgos y beneficios para la salud, signos y síntomas de alarma, retorno a la fertilidad después de la interrupción del método y posible protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

De acuerdo con la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, en la elección del método anticonceptivo se deben tener en cuenta aspectos relacionados con el propio método, las características y el perfil del usuario y los criterios médicos. Entre los aspectos relacionados con el método anticonceptivo, se tendrá en cuenta la eficacia y efectividad del método, la seguridad, la reversibilidad, la complejidad en su manejo, la aceptabilidad del método por parte de la persona y pareja en su caso y el precio. Entre las características de los usuarios se han de considerar la frecuencia coital, si el deseo es de espaciar los embarazos o la contracepción definitiva, la edad de la usuaria y su situación de salud, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y el nivel de implicación de la pareja. Los criterios médicos están relacionados con las contraindicaciones absolutas y relativas de cada método, determinando si el método puede ser usado sin ningún tipo de riesgo, si las ventajas superan los riesgos o si el método concreto está totalmente contraindicado y por lo tanto no debe ser usado.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos de barrera

Son métodos que actúan evitando la unión del óvulo y el espermatozoide impidiendo que estos alcancen el canal cervical y/o bloqueando su progresión por el mismo. Evitan la unión del espermatozoide y el óvulo mediante una barrera mecánica (preservativo masculino o femenino), química (espermicida) o mixta (diafragma + espermicida, capuchón cervical + espermicida y esponja vaginal).

Preservativo masculino

Recibe también el nombre de condón, «forro» y profiláctico. El preservativo masculino es una funda que se adapta al pene erecto. La mayoría

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

están hechos de una fina goma de látex, existen diferentes modelos en cuanto a longitud, diámetro, grosor, presencia o no de reservorio y material lubricante. En caso de sensibilidad al látex, existen preservativos de poliuretano. Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Su eficacia depende de la forma de uso, como contraceptivo puede alcanzar una eficacia del 98% en los casos de uso correcto. En la protección contra el VIH y otras ITS evitan entre el 80 y el 95% de los contagios. Para el uso correcto del preservativo se deben seguir los siguientes pasos:

1. Utilizar un preservativo nuevo para cada acto sexual.
2. Antes de cualquier contacto físico colocar el preservativo en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia fuera.
3. Desenrollar el preservativo bien hasta la raíz del pene en erección.
4. Inmediatamente después de la eyaculación, sostener el borde del preservativo en su lugar y retirar el pene mientras que aún está erecto.
5. Eliminar el preservativo utilizado arrojándolo a la basura.

Preservativo femenino

Es un revestimiento que se adapta a la vagina de la mujer, están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente (poliuretano). Tiene aros flexibles en ambos extremos. El aro en el extremo cerrado ayuda a la inserción del condón. El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina. Funcionan actuando como barrera que mantienen a los espermatozoides fuera de la vagina, evitando así el embarazo y protegiendo del VIH y otras ITS. Su eficacia depende de la forma de uso, como contraceptivo puede alcanzar una eficacia del 95%, en los casos de uso correcto, y protege contra el VIH y otras ITS. Para el uso correcto del preservativo femenino se deben seguir los siguientes pasos:

1. Usar un nuevo preservativo femenino para cada acto sexual.
2. Antes de ningún contacto físico introducir el preservativo en la vagina.
3. Asegurarse de que el pene entra en el preservativo y se mantiene en su interior.
4. Después de que el hombre retire su pene, sostener el aro externo del preservativo, girarlo para sellar dentro los fluidos y, suavemente, retirarlo de la vagina.
5. Eliminar el preservativo tirándolo a la basura.

Espermicidas

Son sustancias químicas con acción lesiva sobre los espermatozoides que provocan la rotura de su membrana o enlentecen sus movimientos. Algunos preparados los combinan con otros mecanismos como la constitución de una barrera mecánica de espuma en el fondo de la vagina, como resultado de la dilución del material compacto con el flujo vaginal. Se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, al menos 8-10 min antes del coito. Se recomienda introducir espermicida adicional antes de cada coito. Es un método poco eficaz, alcanzando en el mejor de los casos una tasa de eficacia del 80%, siendo esta del 70% de media. No se recomienda el uso de espermicidas de forma aislada, sino en combinación con otros métodos como el diafragma, el capuchón cervical, la esponja vaginal o el preservativo.

Diafragma

Es un capuchón o casquete esférico de látex blando o silicona, rodeado en sus bordes por un aro de metal flexible revestido del mismo material, cuyo objetivo es cubrir el cérvix. Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia. Precisa de la colaboración del profesional sanitario para calcular la medida adecuada del diafragma para cada mujer, ya que se dispone de diferentes medidas desde 55 a 95 mm de diámetro. El diámetro se calcula restando 2 cm a la distancia existente entre la porción externa del pubis y el fondo de saco vaginal posterior. Para el uso correcto del diafragma se deben seguir los siguientes pasos:

1. Aplicar espermicida por ambas caras del diafragma y alrededor del borde.
2. Presionar los bordes juntos e introducir el diafragma en la vagina hacia dentro y abajo, siguiendo la pared vaginal posterior. Una vez en el fondo, se deja que recupere su forma y con el dedo índice se eleva el borde anterior y se coloca sobre la fosa retropúbica.
3. Comprobar que el cuello del útero queda bien cubierto por el diafragma (el diafragma queda situado entre el fondo de saco vaginal posterior y la fosa retropúbica cubriendo el cérvix y la parte superior de la vagina).

4. Mantener el diafragma colocado durante al menos 6 h después del coito, pero no más de 24 h.
5. Para retirarlo, deslizar un dedo debajo del borde del diafragma para empujarlo hacia abajo y fuera.
6. Lavar el diafragma con jabón neutro y agua limpia y secar después de cada uso.

Capuchón cervical

Es un capuchón de látex o goma plástica, que recubre el cuello cervical. Un cierto efecto de succión lo mantiene adherido al cuello cervical. Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix. Se utiliza de forma similar al diafragma, debe utilizarse con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia. Se presenta en distintas medidas. Requiere la participación de los profesionales en el aprendizaje. Para el uso correcto del capuchón cervical, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Aplicar espermicida en un tercio del capuchón.
2. Presionar el borde del capuchón alrededor del cérvix hasta que esté completamente cubierto, presionando suavemente la cúpula para aplicar succión y sellar el capuchón.
3. Introducir el capuchón cervical en cualquier momento dentro de las 48 h antes de las relaciones sexuales.
4. Mantener el capuchón cervical colocado durante al menos 6 h después del coito, pero no más de 48 h.
5. Para retirarlo, inclinar los costados del borde del capuchón para romper el sellado contra el cérvix, luego empujar el capuchón hacia abajo y fuera de la vagina.
6. Lavar el capuchón cervical con jabón neutro y agua limpia y secar después de cada uso.

Esponja vaginal

Se trata de un círculo de poliuretano de 7 cm de diámetro y 2,5 cm de grosor, del que cuelga una cinta de una de sus caras para permitir su extracción. Contiene nonoxinol-9 como espermicida. Su mecanismo de acción es doble, retiene el semen en su entramado de celdillas, impidiendo que este atraviese el canal cervical, y lo pone en contacto con el espermicida. Para su uso correcto se deben seguir los siguientes pasos:

1. No debe colocarse con la menstruación, o con cualquier otro tipo de sangrado vaginal.
2. Antes de la colocación dentro de la vagina debe humedecerse en agua para activar el espermicida.
3. Después introducir en el fondo de la vagina como un tampón, cuidando de que la cinta quede situada hacia el exterior.
4. La mujer debe comprobar su posición, asegurándose de que el cérvix queda bien cubierto.
5. No debe retirarse la esponja hasta pasadas 6 h del último coito.
6. La vida media de cada esponja es de 24 h, lo que permite varios coitos, aunque no se debe sobrepasar ese tiempo para evitar infecciones.

Métodos hormonales

Son métodos anticonceptivos en los que se utiliza la acción de las hormonas del sistema reproductivo (estrógenos y gestágenos) para impedir el embarazo. La acción fundamental de estos es la supresión de la ovulación al inhibir la síntesis de gonadotrofinas a nivel hipofisario e hipotalámico. Además, modifican las características del moco cervical (se espesa y se vuelve más viscoso, lo que dificulta la progresión de los espermatozoides), producen una alteración funcional y estructural en el endometrio (lo que dificulta la anidación de los gametos) y disminuyen la motilidad de las trompas comprometiéndose así el transporte de los mismos. Son los métodos anticonceptivos más utilizados en nuestro medio después del preservativo; además de los más eficaces entre los reversibles, alcanzando una eficacia del 99,7% en el caso de uso en condiciones óptimas y del 92% en el caso de uso en condiciones reales o habituales. Entre ellos podemos encontrar:

Contraceptivos orales combinados

Contienen dosis bajas de dos hormonas, progestina y estrógeno, iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como «la píldora», píldoras combinadas de baja dosis. Habitualmente se utilizan comprimidos que se toman a diario durante 21 días, seguidos de un período de descanso de 1 semana en el que aparece una hemorragia por deprivación hormonal. Los preparados que utilizan menor dosis de etinilestradiol (15 mcg) prolongan la toma hormonal durante 24 días. Algunas presentaciones se han comercializado con 28 comprimidos con la idea

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de evitar los olvidos tras la semana de descanso. En este caso, los últimos comprimidos (cuatro para las presentaciones de 15 mcg de EE y siete para las de 20,3 y 35 mcg) son placebo y están identificados en el envase con distinto color. Entre los anticonceptivos orales combinados podemos encontrar los monofásicos (los más utilizados), que mantienen la misma dosis de estrógenos y gestágenos en los 21 días de tratamiento; los bifásicos, en los que la cantidad de estrógenos y/o gestágenos aumenta en la segunda mitad del ciclo, y los trifásicos, en los que aumenta la cantidad de estrógeno a mitad del ciclo, mientras que la concentración de gestágeno es inicialmente baja y aumenta posteriormente. Actualmente, se consideran de elección aquellos anticonceptivos orales combinados monofásicos que contienen bajas dosis de estrógeno (etinilestradiol), puesto que han demostrado menor incidencia de náuseas, mastalgia y retención hidrosalina. Los preparados con mayor cantidad de estrógeno, los bifásicos y los trifásicos, se utilizarán en circunstancias especiales. Como puntos claves en su uso podemos destacar:

1. Tomar una píldora todos los días, a ser posible a la misma hora del día.
2. Tomar la primera píldora el primer día de la menstruación. Si se inicia después (hasta el quinto día de menstruación) es recomendable añadir un método de barrera durante 1 semana.
3. En caso de olvido en la toma de una píldora, tomarla lo antes posible.
4. Los cambios en el sangrado son comunes, pero no perjudiciales.
5. Descartar la presencia de contraindicaciones, aunque estas son escasas; casi todas las mujeres en edad fértil pueden tomarlos de manera efectiva y segura.

Contraceptivos orales con progestágenos

Son las píldoras que solo contienen progestina, destinadas especialmente a las mujeres que amamantan, aunque pueden ser usados por cualquier mujer. Se debe tomar una píldora diaria, sin período de descanso, si el retraso de la toma es superior a 12 h, se recomienda tomar la píldora olvidada y utilizar preservativo durante 2 días. El momento apropiado para el inicio de la toma es:

1. Mujer con ciclos regulares: primeros 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. En caso de que hayan pasado más de 5 días, la mujer utilizará protección adicional durante 2 días, tiempo necesario para que el anticonceptivo actúe.
2. Mujer con lactancia materna: a partir de las 6 semanas del parto.
3. Posparto en mujeres sin lactancia materna: puede iniciarse en cualquier momento.
4. Tras un aborto se puede iniciar su uso inmediatamente después.

Contracepción de emergencia

Son píldoras que contienen solo progestina, o una progestina y un estrógeno juntos. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras «del día después» o anticonceptivos poscoitales. Funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No son efectivos si la mujer ya se encuentra embarazada. Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 5 días después del sexo sin protección, aunque deben administrarse lo antes posible. La pauta recomendada es la administración de 1.500 mcg de levonorgestrel, preferentemente en una dosis única. La eficacia en las primeras 24 h alcanza el 95%, descendiendo al 58% a los 3 días. No distorsionan un embarazo en curso. Son seguras para toda mujer. Están indicadas en caso de coito sin protección, accidente durante el uso de un método anticonceptivo, abusos sexuales o violación y toma de sustancias teratógenas en una situación de coito de riesgo.

Contraceptivos inyectables

Existen de dos tipos: 1) con progestina sola, contiene una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer y, al no contener estrógenos, pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno; se administran cada 3 meses; y 2) con estrógeno y progestina. El momento de la aplicación será durante los primeros 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. En caso de que hayan pasado más de 5 días, la mujer utilizará protección adicional durante 7 días. Para su administración debe agitarse vigorosamente el envase, se aplicará mediante inyección intramuscular profunda, preferentemente en el glúteo mayor, aunque también se puede llevar a cabo en otro tejido muscular como el deltoides.

Parches

Son pequeños parches adhesivos, cuadrados y flexibles, que contienen un gestágeno denominado norelgestromina, con el estrógeno etinilestradiol; estas dos hormonas se liberan directamente a través de la piel. Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, la cuarta semana en la que no se usa parche, la mujer tendrá la menstruación. Se debe iniciar su uso el primer día de menstruación, si el inicio es posterior, se deberá asociar un método de barrera durante 1 semana. Si se produce un despegamiento total o parcial del parche se debe colocar uno nuevo inmediatamente. Las precauciones varían si el despegamiento es superior a 24 h: si la mujer advierte el despegamiento con menos de 24 h, continuaría la pauta habitual; si desconoce el tiempo o este es superior a 24 h, debe utilizar un método de barrera durante 1 semana y comenzar un nuevo ciclo de 4 semanas desde la colocación del nuevo parche. En el caso de olvidarse cambiar el parche, debe colocar inmediatamente el nuevo parche; si el tiempo es inferior a 48 h se mantendría la pauta habitual; si el olvido es superior a 48 h se aconseja utilizar un método de barrera durante 1 semana y comenzar el nuevo ciclo de 4 semanas desde la aplicación del nuevo parche. Las zonas de aplicación son la parte baja del abdomen, glúteos, zona superior de la espalda y región superior externa de los brazos; no deben aplicarse en las mamas.

Anillo vaginal

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina. Libera dos hormonas de forma continua que se absorben a través de la pared vaginal. La mujer al sacarlo del envoltorio lo comprime entre los dedos y se lo introduce suavemente hacia el fondo de la vagina hasta sentirse cómoda. La retirada se realiza con el dedo índice en gancho cogiendo el borde del anillo. Se mantiene colocado durante 3 semanas, seguido de 1 semana sin anillo en la que la mujer tendrá su menstruación. La primera vez que se coloca el anillo, debe hacerse el primer día del ciclo; si la mujer se lo coloca posteriormente, debe utilizar un método de barrera durante la primera semana tras su colocación. En caso de extracción o salida accidental del anillo, su eficacia se mantiene si se introduce de nuevo antes de que transcurran 3 h.

Implantes

Son pequeños cilindros del tamaño de una cerilla, que liberan de forma continua una progestina parecida a la progesterona natural. No contiene estrógenos, por lo que puede ser usado durante la lactancia y por aquellas mujeres que no puedan usar estrógenos. Los implantes se colocan bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de la mujer mediante un procedimiento de cirugía mínima. Es eficaz de 3 a 7 años, en función del tipo. A las 24 h de la inserción, los niveles plasmáticos del gestágeno son suficientes para ejercer su efecto contraceptivo. El momento apropiado para la inserción es en los primeros 5 días tras el inicio de la menstruación; en caso de que haya pasado más tiempo, la mujer utilizará protección adicional durante 1 semana; en una mujer con lactancia materna, a partir de las 6 semanas del parto; en el posparto sin lactancia materna, se puede insertar en cualquier momento, en caso de que se inserte después de 3 semanas tras el parto, la mujer deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante 7 días; tras un aborto se puede insertar inmediatamente después; en caso de cambio desde otro método hormonal, se puede insertar en cualquier momento si el uso del método previo ha sido correcto o si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.

Dispositivo intrauterino (DIU)

En la actualidad existen básicamente dos tipos: 1) DIU de cobre, es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre, y 2) DIU con levonorgestrel, es también un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día. La eficacia de ambos tipos supera el 99%, tanto en condiciones ideales como reales. El DIU debe ser insertado en el útero de la mujer por vía vaginal atravesando el cuello uterino por un profesional. Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina, con el objetivo de facilitar su retirada tirando de dichos hilos.

DIU de cobre

Son los más utilizados, existen de diferentes formas y tamaños, en forma de áncora, en forma de T y otras. Su mecanismo de acción

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

es diverso, principalmente actúan impidiendo la fecundación, el cobre liberado actúa en el moco cervical impidiendo la capacitación espermática, provoca cambios en el endometrio que hacen que este dificulte la migración de los espermatozoides y aumentan la contractilidad de las trompas.

DIU con levonorgestrel (DIU-LNG)

Lleva en su vástago vertical una carga de 52 mg de levonorgestrel y libera 20 mcg al día. Su principal ventaja es que suprime de forma importante la cantidad de menstruación, por lo que estaría indicado en mujeres con menorragia. Su mecanismo de acción principal lo ejerce a nivel local, produciendo un adelgazamiento y atrofia del endometrio, impidiendo la implantación y espesando el moco cervical que impide el paso de espermatozoides hacia la cavidad uterina; además, disminuye la movilidad tubárica e inhibe la ovulación por supresión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

Esterilización

Es un método definitivo y en principio irreversible para hombres y mujeres que no deseen tener más hijos. Su eficacia supera el 99%.

Esterilización femenina

También llamada esterilización tubárica o ligadura de trompas, funciona porque se cortan, queman u obstruyen las trompas de Falopio lo que impide el encuentro del espermatozoide y del óvulo y, por lo tanto, la fecundación. Actualmente, en la mayoría de los casos, se realiza a través de laparoscopia, puesto que presenta menor riesgo y escaso tiempo de recuperación; como técnica quirúrgica se utiliza la electrocoagulación bipolar, aunque también se usan procedimientos mecánicos como la inserción de clips o bandas de silastic. En los últimos tiempos se viene usando cada vez con más frecuencia el dispositivo intratubárico Essure, que consiste en realizar una oclusión tubárica colocando una prótesis helicoidal en cada trompa por vía transcervical mediante histeroscopia.

Esterilización masculina

Recibe el nombre de vasectomía. Consiste en seccionar o ligar los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto, lo que evita la presencia de espermatozoides en el semen.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

También llamados **métodos naturales**, se basan en el conocimiento de los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y la adaptación de las relaciones sexuales completas con eyaculación intravaginal a las fases infértiles del ciclo menstrual o utilizando métodos de barrera en la fase fértil. Su eficacia varía de unos métodos a otros, no superando el 75% en el caso de uso habitual y pudiendo alanzar el 90% en el caso del uso ideal de los mismos. Los métodos naturales pueden utilizarse además como método de fertilidad en aquellas parejas que tengan dificultades para conseguir un embarazo. Para la utilización de los métodos naturales es necesario un mínimo conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual y de la vida media de las células reproductoras:

- La ovulación tiene lugar, en el 98% de los casos, 14 + 2 días antes de la siguiente menstruación, al menos en los ciclos regulares.
- El espermatozoide puede sobrevivir en el moco cervical durante 3-6 días.
- El ovocito tiene una vida media de 12-24 h.
- La progesterona se eleva en plasma desde 8 h antes de la ovulación y produce un aumento de la temperatura corporal.
- Las características del moco cervical varían a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y gestágenos.

La fase fértil del ciclo menstrual de la mujer es el comprendido entre 6 días antes de la ovulación y 1 día después de la misma. Dada la dificultad que existe para conocer exactamente el día que se ha producido la ovulación, a este período fértil se añaden unos márgenes de tiempo, más o menos amplios en función del método. Para saber qué días determinan el período fértil, se usan diferentes métodos:

Método de la temperatura basal

La temperatura basal del organismo es aquella que existe en situación de mínimo gasto energético, es decir, durante las fases finales del sueño de entre 6 y 8 h continuadas. Se modifica a lo largo del ciclo en función de la progesterona. Esta hormona eleva entre cuatro y seis décimas de grado la temperatura y la mantiene elevada durante los 12-14 días que dura la fase lútea. El método consiste en medir y registrar en un

gráfico la temperatura bucal o rectal durante un período no inferior a 3 meses. El aumento de la temperatura se produce en las 24-48 h posteriores a la ovulación. El período fértil abarca desde 7 días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura y los 3 días posteriores al que se produce dicho aumento.

Método del moco cervical

El moco cervical, segregado por las glándulas del epitelio endocervical, experimenta una serie de cambios a lo largo del ciclo. Según las características de la secreción vaginal, el ciclo se divide en varias fases:

- Fase 1: días secos; no hay secreción o, si la hay, se produce en escasa cantidad, en grumos, compacto. Esta fase comienza inmediatamente tras la menstruación.
- Fase 2: aumento progresivo de la secreción. El moco es cada vez más transparente y viscoso.
- Fase 3: la secreción es abundante y clara (como «clara de huevo»). Es la señal de que se va a producir la ovulación y el último día en que la secreción es de estas características se llama «día pico». La ovulación ocurre 24-48 h antes o después del día pico.
- Fase 4: la progesterona producida tras la ovulación en la fase lútea hace que la secreción se vuelva espesa, opaca, turbia y pegajosa, hasta provocar la sequedad.

El período «peligroso» para la concepción comienza con el primer día de la secreción posmenstrual (fase 2) hasta el tercer día tras la aparición del moco del «día pico». A partir de aquí (cuarto día) comienza la fase segura, previa a la menstruación.

Método del ritmo o del calendario

También llamado método Ogino, se basa en calcular de forma teórica los días del ciclo de máxima fertilidad, identificando el comienzo y final del período fértil, para ello:

1. Registrar la duración (número de días) de cada ciclo menstrual durante un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como el día 1.
2. Restar 18 días de la duración del ciclo más corto registrado, esto indica el primer día estimado del período fértil.
3. Restar 11 días a la duración del ciclo más prolongado registrado, esto indica el último día estimado del período fértil.
4. Evitar sexo vaginal o utilizar otros métodos durante el período fértil. Se podrán mantener relaciones sexuales con penetración antes del primer día fértil y después del último.
5. Actualizar estos cálculos cada mes, utilizando siempre los seis ciclos más recientes.

Método sintotérmico

En este método se combina la utilización de varios métodos naturales para la identificación de los días fértiles, además de los llamados «síntomas o signos de la ovulación», los cuales se presentan solo en algunas mujeres y son utilizados como indicadores de apoyo. Estos síntomas son: dolor o peso en el hipogastrio, hinchazón abdominal y mamaria, dolor mamario e hipersensibilidad en los pezones, *spotting* (pérdida intermenstrual) a mitad de ciclo, cambios del carácter (aumento de la irritabilidad), cambios en cérvix (se ablanda y se dilata en el momento preovulatorio). La determinación del período fértil se realiza de la siguiente forma:

1. Para la determinación del primer día fértil del ciclo se utiliza el método del ritmo (ciclo más corto en los últimos seis ciclos menos 18 días) y por el inicio de la fase 2 del método del moco cervical (si estos 2 días no coinciden se elige el día más bajo).
2. Para la determinación del último día fértil del ciclo se utiliza el método de la temperatura basal (tercer día después del aumento de la temperatura) y el método del moco cervical (tercer día después del «día pico»). Si estos 2 días no coinciden se elige el día más alto.
3. Los síntomas y signos de la ovulación sirven de apoyo en la determinación del período fértil.

Método de amenorrea en la lactancia

Este método se basa en la probable infertilidad durante el puerperio y la lactancia que presentan algunas mujeres, se debe a la acción de la hormona hipofisaria «prolactina», segregada durante la lactancia. La eficacia depende de cada usuario, el mayor riesgo de embarazo se produce cuando la mujer no da el pecho de forma exclusiva o casi exclusiva, alcanzado unos niveles de eficacia del 98% en el caso de uso correcto. El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere del cumplimiento de las siguientes condiciones:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1. Que la madre continúe en amenorrea.
2. Que la alimentación del niño se realice con lactancia materna de forma exclusiva o casi exclusiva, de forma frecuente durante el día y la noche, en todo caso debe recibir un mínimo de seis tomas diarias de lactancia materna, incluyendo al menos una toma nocturna.
3. Solo durante los primeros 6 meses de vida del niño.

LECTURAS RECOMENDADAS

Bonacho Paniagua I. Guía clínica anticoncepción. Fisterra; 2006. [Consultado el 4 de julio de 2011]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/anticoncepcion.pdf.

Calaf Alsina J. Manual básico de anticoncepción. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

Donat Colomer F. Anticoncepción. En: Donat Colomer F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2001.

Matorras Weining R, Hernández Hernández J, Molero Bayarri D. Tratado de reproducción humana para enfermería. Madrid: Panamericana; 2008.

OMS. Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar. Organización Mundial de la Salud y el Proyecto INFO de la Facultad de Salud Pública Bloombergde Johns Hopkins/Centro de Programas de Comunicación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; y Baltimore: Facultad de Salud Pública Bloombergde Johns Hopkins; 2005. Disponible en: http://www.infoforhealth.org/pubs/dmt.

OMS. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Project INFO. Baltimore y Ginebra; 2007. [Consultado el 4 de julio de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275328866_spa.pdf.

Pérez Milán F, Bruna Caralán I. Fundamentos de reproducción. Madrid: Panamericana; 2009.

Sánchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía práctica de anticoncepción oral. Basada en la evidencia. Madrid: Emisa; 2003.

SEGO. Protocolo de anticoncepción. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2006.

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar, Comunitaria (SAMFYC). Guía práctica de planificación familiar en atención primaria. 2.ª ed. Granada; 2009. [Consultado el 4 de julio de 2011]. Disponible en: http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/200901.pdf.

Sociedad Española de Contracepción Manual de contracepción hormonal oral. Sociedad Española de Contracepción; 1997. Disponible en: www.sec.es.

Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J (eds.). Guía de buena práctica clínica en anticoncepción. Madrid: IM&C; 2005. [Consultado el 5 de julio 2011]. Disponible en: http://www.cgcom.org/sites/default/files/guia_anticoncepcion.pdf.

C A P Í T U L O 7 1

Metodología de cuidados en atención primaria: análisis de la situación y propuestas de mejora

Benito del Pino Casado, Amparo Casado Lollano y Rafael del Pino Casado

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO

La acción de cuidar es milenaria y ha estado identificada con una serie de roles habitualmente femeninos. Los cuidados de enfermería son la modernización de estos cuidados informales y no pueden estar exentos de influencias culturales milenarias, según Collière.

La aplicación del mejor método de solución de problemas, el método científico, ha permitido no solo profesionalizar el cuidado enfermero para el desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos, sino también diferenciar nuestra atención sanitaria del resto de profesiones sanitarias y del cuidado informal, haciendo de cuidar un arte y «una ciencia».

Ya en 1955, Hall describe en la bibliografía las primeras nociones sobre proceso enfermero; en 1967, Yura y Walsh establecen cuatro etapas para el proceso enfermero, y en 1973, la American Nurses Association publicará las normas de la práctica enfermera que describen un proceso de enfermería de cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

Una de las definiciones más comprensibles y pragmáticas del proceso de enfermería es la que realiza Germán Bés: «Es el método para elevar a la categoría de ciencia lo que hasta ahora pertenecía al mundo de lo doméstico».

Por su parte, Alfaro lo define como la aplicación del método científico a los cuidados de enfermería y con él guarda similitudes en sus diferentes fases, concretamente lo califica como un método sistemático, humanista y racional de organizar y prestar los cuidados de enfermería.

Ya en el quinto informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1966, el Comité de Expertos de Cuidados de Enfermería decía: «La ciencia enfermera debe experimentar, descubrir, inventar… en definitiva, investigar para llegar a saber cómo hacer lo que queremos hacer. Esto, sin una metodología científica, no nos aportaría un cuerpo de conocimientos verdaderos, organizados y sistematizados, así como una guía para orientar el pensar y quehacer enfermero».

Han sido muy comentadas las ventajas de la aplicación del proceso enfermero a la práctica diaria, destacando su importancia para el desarrollo profesional (investigación, docencia y práctica profesional) y, por supuesto, para el paciente.

Según Del Pino Casado et al., para la aplicación del proceso de enfermería en atención primaria, es necesario tener en cuenta algunas de las particularidades de la atención en este nivel:

- La organización de la atención por visitas. El seguimiento de un plan de cuidados puede ser motivo de consulta durante varias visitas distanciadas en el tiempo. La visita se convierte en la unidad básica de medida del plan de cuidados, sobre todo para establecer los plazos para la consecución de objetivos.
- El carácter longitudinal de la atención primaria. Se atiende a un grupo humano a lo largo de toda su vida, en sus diferentes etapas vitales, por lo que es necesario mantener un equilibrio entre los objetivos a corto plazo (referidos fundamentalmente a la adquisición de conocimientos y habilidades en autocuidados) y a largo plazo (referidos al control o solución de problemas que se cronifican con bastante frecuencia debido a las características sociodemográficas de la población atendida).
- La orientación hacia la promoción de la salud y el autocuidado. El pilar básico de la atención primaria y, por tanto, de la aplicación del proceso enfermero en la atención a la familia y la comunidad es la promoción de la salud y del

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

autocuidado, como herramienta imprescindible para aumentar la autorresponsabilidad y la autoeficacia de los pacientes en el manejo de su salud. Esto hace que, según Corral Lira et al., el modelo de Orem sea el más utilizado, al igual que la organización de la valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- La importancia de la familia en el desarrollo del plan de cuidados del paciente y esta misma como unidad de atención enfermera. En etapas vitales como la infancia y la vejez, es el cuidador el encargado en gran parte de ejecutar el plan de cuidados, con el asesoramiento y la orientación de la enfermera comunitaria.
- La influencia de la comunidad a través de sus órganos de representación (consejo de salud, asociaciones vecinales, grupos de ayuda mutua).
- El carácter multiprofesional de la historia clínica y su orientación sobre la base de problemas de salud. El lenguaje enfermero debe ser entendido por otros profesionales sanitarios, ya que constituye un factor positivo para la consecución de objetivos comunes de salud y, por tanto, una mejor atención sanitaria; el centro de la atención es el paciente.

Pero cuando hablamos de proceso enfermero, se siguen planteando una serie de cuestiones, para poder comprender su situación actual y las perspectivas de futuro:
- ¿La introducción y aplicación del proceso enfermero en las diferentes facetas profesionales (docente, asistencial, investigadora) ha permitido que podamos hablar de enfermería como una «ciencia»?
- ¿Cuál es la situación actual del proceso de enfermería y su aplicación en la práctica clínica?
- ¿Cuáles son las condiciones idóneas para que el proceso de enfermería se incorpore a la práctica habitual de las enfermas comunitarias? O dicho de otra manera, ¿qué factores favorecen su aplicación práctica?
- ¿La aplicación práctica del proceso enfermero mejora los resultados de salud del paciente?

PROCESO DE ENFERMERÍA Y CIENCIA ENFERMERA

La idea de ciencia enfermera, de una manera comprensible y sin argumentar esta posición con debates filosóficos y términos difíciles de comprender, parte de la existencia de un cuerpo propio de conocimientos y teorías conceptuales que sean compartidas por todas o la mayor parte de las enfermeras y que nos permitan dar respuesta, mediante un método científico (proceso enfermero), a nuestra realidad y quehacer clínico diarios, pero que, a la vez, esta experiencia clínica sirva de retroalimentación para la teórica y permita su adaptación a las situaciones cambiantes que se presentan en la práctica profesional.

Para poder afirmar que la enfermería es una ciencia, deben cumplirse los siguientes requisitos básicos:
- Consenso y posiciones comunes en cuanto a la concepción teórica, filosófica y conceptual de la enfermería. Lo que se denomina «paradigma», y sobre el que las enfermeras se forman en la universidad.
- La aplicación sistemática en la práctica clínica de un método científico de trabajo, para que exista un bagaje de experiencias que se puedan estudiar y comparar.
- La interconexión o *feedback* entre la teoría y la práctica. Mediante el trabajo conjunto de universidades, gestores asistenciales y enfermeras profesionales a través de su representación en sociedades científicas, representantes colegiales, etc.
- La comunicación con la comunidad científica. Para lo que se requieren investigaciones y publicaciones que demuestren que el método científico aplicado por las enfermeras sirve para solucionar problemas de los usuarios de una manera eficiente.
- El acceso a la suficiencia investigadora o grado de Doctor, máxima formación académica en investigación.

Algunos autores, como Hernández Conesa y Esteban Albert, afirman que se está en una etapa de preciencia, debido a la disparidad de modelos y teorías. Otros autores, como Camaño Puig, afirman que la evolución que se ha producido es tan exponencial que se podría afirmar que sí existe la ciencia enfermera, ya que el aumento de las publicaciones e investigaciones y la aparición de los sistemas de lenguaje común o estandarizado ha supuesto una conquista importante en el terreno de la investigación y de la utilización de un método común. Además, el acceso al grado y al doctorado puede acabar de dar forma a la idea de ciencia enfermera.

GRADO DE APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Si lo que pretendemos responder es por qué no se aplica el proceso enfermero en la práctica profesional habitual, deberíamos empezar por saber qué opinan las enfermeras sobre nuestro método de trabajo, sus ventajas y cuáles son las causas que, desde su punto de vista, impiden una mayor implantación y desarrollo en la práctica.

Un estudio cualitativo desarrollado por Zaragoza Salcedo mediante la utilización del grupo focal establece cuatro categorías en cuanto al proceso: conocimientos, utilidad, grado de implantación y dificultades de su utilización; destacando que las enfermeras no ven ninguna utilidad a la aplicación del proceso en su trabajo diario, excepto en la mejora de los registros y, además, lo consideran una pérdida de tiempo. Igualmente, otros autores como Mañá González et al. y Raña Lama et al., en respectivas encuestas inmersas en procesos de implantación, encuentran que las enfermeras determinan como no útil el proceso enfermero en un 7,7 y un 15,8% respectivamente.

El estudio canadiense de Smith Higuchi et al. establece que la actitud de las enfermeras frente al proceso de enfermería es más favorable en aquellas que no lo utilizan habitualmente, que en las que lo hacen diariamente.

Un estudio japonés, desarrollado por Hasegawa et al., en el que se evalúa a 346 enfermeras mediante la realización de dos casos de estudio, para ver sus competencias en la aplicación del proceso enfermero, encuentra que la mayor parte de las enfermeras no tienen la capacitación adecuada para realizar dichos casos clínicos mediante el proceso enfermero.

Si analizamos las causas que las enfermeras esgrimen para la no aplicación, encontramos dos causas estrella: la primera es la falta de conocimientos, y la segunda, la falta de tiempo, sobre todo para el registro. En estas conclusiones coinciden los estudios de Mañá González et al., Pérez Rivas et al. y Raña Lama et al. Otras de menor frecuencia son: la baja motivación, el modelo biomédico que genera, la realización de tareas técnicas y burocráticas en detrimento del proceso de enfermería, la falta de unanimidad de criterios de los diferentes profesionales, la falta de apoyo institucional y el escaso desarrollo de los gestores de cuidados informáticos.

En cambio, 4 años más tarde en una encuesta a alumnos y a gestores enfermeros de toda España, la falta de conocimientos no es esgrimida como principal causa de no aplicación del proceso enfermero y la opinión mayoritaria es que los diagnósticos no son de uso habitual.

En cuanto a los expertos en metodología, son varios los autores que, como Pokorski et al., ven la hegemonía del modelo biomédico como una de las barreras más importantes que impide la aplicación del paradigma de cuidados por parte de las enfermeras y, por tanto, del proceso enfermero. Guirao Goris cita tres aspectos muy concretos:

- Las enfermeras formadas en modelos de cuidados no operativizan estos conceptos y sus contenidos en la práctica profesional, ya que esta sigue obedeciendo a la función médica.
- Aquellas enfermeras que aplican el proceso de cuidado sienten miedo ante la responsabilidad de tomar decisiones respecto al cliente.
- La necesidad de diferenciarnos de ese modelo biomédico para evitar el recelo de los médicos por ocupar su terreno nos ha llevado a buscar justificaciones de nuestra actividad en la filosofía, pedagogía, psicología, sociología, etc., en vez de construir un discurso o filosofía propia.

Estos expertos también establecen como factores asociados a la escasa utilización del proceso enfermero: la falta de conocimientos, la falta de apoyo institucional y las dificultades de registro.

En un estudio realizado en cuatro hospitales canadienses, consistente en la revisión de historias clínicas complementada con una encuesta sobre actitudes de las enfermeras sobre el proceso enfermero, se encontró asociación estadísticamente significativa entre un mayor registro de diagnósticos enfermeros y la existencia de programas informáticos para la gestión de los cuidados y también con la existencia de programas de educación globales en la implantación, y no encontró asociación con la edad, la experiencia de la enfermeras, la educación académica de base (grado o diplomatura), el tipo de modelo enfermero y las instrucciones previas.

La bibliografía existente sobre la aplicación del proceso de enfermería en atención primaria es fundamentalmente nacional, y la mayor parte de los estudios de frecuentación o utilización se refieren a una zona muy concreta, a un área de salud o a un grupo de áreas (v. García Sánchez et al., Raña Lama et al., Trigueros y Vargas Esquivel), y muy pocos estudios amplían su marco de

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

referencia al territorio nacional o a nivel internacional, por lo que es difícil tener una perspectiva global de la aplicación en la práctica clínica, tal y como comentan Izquierdo et al.

En una minuciosa síntesis realizada en el año 2000 sobre cuál es la situación del diagnóstico enfermero, el porcentaje de profesionales que lo utiliza se sitúa en el 20%, aunque otros estudios, como el de Guirao Goris, lo cifran en un 40% en atención primaria.

Actualmente, los pocos estudios existentes sobre el tema recogen una evolución importante y asumen que todas las enfermeras asistenciales realizan o aplican el proceso de enfermería. En la encuesta de Corral Lira et al. a gestoras de enfermería, estos afirman que el 70% de las enfermeras trabajan sistemáticamente con planes de cuidados individualizados. Sin embargo, no podemos saber en qué porcentaje sobre su actividad asistencial total, que sería lo que daría una idea del impacto del proceso en la práctica diaria.

Fleischmann pone de manifiesto que no existen muchos estudios a nivel internacional. En concreto, uno de ellos (citado por Martín) cifra la realización de diagnósticos de enfermería en un 50% en la *nurse practitioner*.

Por tanto, sigue siendo difícil realizar una fotografía actual de la situación, pero es evidente que la evolución ha sido importante, sobre todo gracias a las innumerables estrategias de implantación desarrolladas en atención primara y el despegue de las herramientas informáticas, a través de los gestores de cuidados como, por ejemplo, el OMI-planes.

FACTORES QUE FAVORECEN LA APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Al analizar las causas más frecuentes por las que las enfermeras no utilizan el plan de cuidados y las aportadas por los expertos, observamos que existen una serie factores clave para su implantación y uso cotidiano:

- Motivación y estrategias de *marketing* del cuidado.
- Formación pregrado y posgrado.
- Estrategias de gestión.
- Informatización del proceso enfermero y estandarización de planes de cuidados, con la introducción de las taxonomías de lenguaje común: NANDA, NOC, NIC.

Motivación y estrategias de *marketing* del cuidado

En cuanto a la motivación, es importante hacer «cómplices» a las enfermeras asistenciales de los procesos de implantación, mediante sistemas de participación como la creación de grupos para el estudio, la estandarización y el consenso de los diagnósticos enfermeros, así como la creación de comisiones en cada centro de salud para que existan enfermeros implicados que puedan ayudar en el día a día al resto del equipo de enfermería.

Otro punto importante es la utilización de sistemas de incentivación por la utilización del proceso enfermero. Según una encuesta realizada por del Pino Casado et al. a los 11 gestores de enfermería de las extintas áreas sanitarias de Madrid, el 80% utilizaban un sistema de refuerzo positivo, el más frecuente era el económico (60%), incluyendo en los criterios de incentivación profesional la aplicación de la metodología de enfermería. Otros incentivos eran: la financiación de congresos, la participación en artículos científicos resultantes de trabajos de implantación y la obtención de permisos, a cambio del trabajo en el proceso de implantación.

En cuanto a las estrategias de *marketing* y accesibilidad, son de gran importancia, ya que permiten dar a conocer la labor de la enfermera de atención primaria a la población, elemento imprescindible para poder ver el efecto de nuestro trabajo. Estudios como el de García Casado permiten ver el gran desconocimiento que la población tiene sobre los servicios que la enfermera comunitaria puede ofrecer. En este sentido, la elaboración de tarjetas de visita en la que figura el nombre de la enfermera, el teléfono de contacto y el número de historia del paciente; creación de la consulta de enfermería a demanda para facilitar en todo momento el acceso fácil de los pacientes a la enfermera, y la elaboración de un tríptico con lemas que llamen a la población para el uso de los servicios de enfermería son algunas de las iniciativas más utilizadas.

Formación

La formación posgrado ha sido uno de los pilares básicos en todos los procesos de implantación de la metodología de enfermería ya que, en muchas ocasiones, aparece como principal causa de la no aplicación del proceso enfermero.

Un estudio cuasi experimental desarrollado por Domingo Pozo et al., que medía mediante una intervención educativa los conocimientos pre- y postintervención, detecta un aumento en la capacidad de los profesionales para utilizar el proceso enfermero en la práctica.

Por su parte, Mañá et al. encuentran una asociación estadísticamente significativa entre los profesionales que utilizan habitualmente el método científico y los que recibieron formación a través de un curso posgrado, y orientan hacia la necesidad de la formación como estrategia previa a cualquier proceso de implantación.

En todas las implantaciones llevadas a cabo en la Comunidad de Madrid, el 100% han utilizado formación específica en metodología, estableciendo como elemento catalizador del éxito la formación de formadores, tal y como ha sido establecido por diversos autores como, por ejemplo, Rafael del Pino Casado. Se han realizado cursos sobre todo de utilización del sistema informático con el que se aplican los cuidados (OMI-planes). La autoformación de los equipos de atención primaria es también un elemento importante. Según los gestores enfermeros, el 100% de los equipos han realizado sesiones de formación continuada en metodología enfermera, donde destacan sobre las sesiones bibliográficas y monográficas, las sesiones clínicas con un 60% y la metodología de enfermería como línea estratégica del documento *Marco de formación continuada del área básica de salud*.

Finalmente, señalar que no toda la formación produce efectos beneficiosos, sino que tiene que cumplir unas condiciones determinadas. Según la revisión Cochrane de O'Brien et al., solo se pueden originar realmente cambios en la práctica profesional en aquellos talleres formativos donde hay interactividad entre los docentes y discentes y donde la docencia se orienta hacia la práctica.

Por tanto, la formación sigue siendo un elemento clave para poder instaurar el proceso enfermero de una manera cotidiana y puede completarse con las sesiones de autoformación mediante el desarrollo de casos clínicos impartidos por las enfermeras del centro de salud.

Estrategias de gestión

Es de gran relevancia la figura del gestor/director de enfermería, como elemento impulsor de la metodología enfermera mediante los procesos de implantación. Dicha conclusión ha sido avalada por varios estudios, como los de García Sánchez et al. y Mañá González et al.

Las estrategias de gestión no son fáciles de separar del resto de los factores porque impregna a todos ellos, desde la formación hasta las estrategias de *marketing* o motivación profesionales, pasando por el desarrollo de sistemas de información adecuados para el registro de la metodología enfermera.

Es importante la introducción de la metodología enfermera en la cartera de servicios de atención primaria, incluida la creación de una norma ISO 18104:2003 para el control de calidad. Igualmente, el modelo EFQM para el control de la calidad asistencial en atención primaria incorpora indicadores sobre planes de cuidados.

Hay que vincular el pacto de objetivos con la metodología enfermera, en el contrato programa, incluyendo no solo el número de diagnósticos de cada equipo y enfermera, sino también el tipo de diagnóstico, para potenciar así áreas o patrones funcionales en los que se detectan menor frecuencia de etiquetas diagnósticas, como el de sexualidad, autoestima, adaptación —tolerancia al estrés y valores— y creencia. De esta forma se produce una conexión entre los objetivos institucionales y del propio profesional al vincular la calidad de su atención y la incentivación a la aplicación de la metodología.

Otro aspecto del apoyo institucional es la creación de perfiles profesionales, como es la figura de los técnicos de cuidados que, por ejemplo, solo están presentes en un 20% de las áreas de salud de la Comunidad de Madrid. La creación de una comisión de cuidados y su extensión desde las estructura de gestión del área hasta el interior de cada uno de los equipos de Atención Primaria de Salud es el elemento más frecuentemente utilizado en los procesos de implantación, como adalid de la metodología mediante el desarrollo de grupos de trabajo, estandarización de planes de cuidados, adaptación de protocolos y guías clínicas a la metodología enfermera y, sobre todo, como elemento catalizador de la participación de las enfermeras asistenciales. Estos elementos, unidos al desarrollo del liderazgo por parte de los gestores enfermeros, son unos cimientos importantes sobre los que asentar el edificio de la aplicación práctica de la metodología de cuidados.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Informatización

Si existe unanimidad en un tema entre todos los expertos consultados (v. del Pino Casado, Müller-Staub et al., Smith Higuchi et al.), es que la mejora en la aplicación práctica del proceso enfermero pasa irremediablemente por la creación de gestores informatizados de cuidados que permitan la aplicación y estandarización de todas las fases del proceso enfermero, la utilización de las taxonomías de lenguaje común (diagnósticos NANDA, criterios de resultados NOC, sus indicadores y las intervenciones NIC con sus actividades) y, por último, pero no menos importante, la creación de un sistema de explotación de datos y retroalimentación, para poder ver resultados del proceso de implantación y de sus resultados en la salud de la población.

Una de las ventajas más importantes que proporciona la disponibilidad de programas informáticos es el ahorro de tiempo a la hora de aplicar el proceso enfermero, por un lado facilitando la aplicación de planes de cuidados estandarizados y por otro mediante la agilización de los registros. Los gestores de cuidados evitan tener que registrar todas las fases del proceso y eso es un elemento muy motivador para las enfermeras asistenciales.

Entre los gestores de cuidados de atención primaria más utilizados está el OMI-planes, incluido en el OMI-AP, presente en el 63,16% de las comunidades autónomas, mientras que un 10,53% utilizan el E-SIAP y SIAP-WIN y el resto tienen sistemas de información propios, como el DIRAYA en Andalucía. El 100% utilizan taxonomías NNN (NANDA, NOC y NIC) y los sistemas de agrupación de datos más utilizados son: los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

En cuanto a las características de estos gestores de cuidados, según Duarte Climent, deben reunir unos requisitos específicos, como el estar integrados en la historia general compartida por el resto de profesionales, ya que si no es muy difícil determinar la contribución enfermera a los resultados del paciente. Debe también dar respuesta a la heterogeneidad o doble función enfermera: la relacionada con la esfera interdisciplinaria (inyectables, inmovilizaciones, pruebas clínicas, etc.) y la independiente (manejo de regímenes terapéuticos y afrontamientos en enfermedades crónicas, vacunaciones, promoción de la salud, etc.), y además evitar el solapamiento y la duplicidad en la recogida de datos del paciente.

De esta forma, en el programa informático OMI-AP, el llamado OMI-planes desarrolla todas las fases del proceso enfermero como un protocolo específico que va unido a un CIAP o motivo de consulta, pero que permite explotar sus datos al igual que el resto de protocolos de cartera de servicios.

PROCESO ENFERMERO Y RESULTADOS DE SALUD

La normalización en el futuro del proceso de enfermería pasa por la obtención de resultados en nuestros pacientes. Como Morales Asencio comenta: «El tránsito desde el hacer por hacer, al hacer para obtener, es la migración de una práctica cuidadora que no establece objetivos individualizados con los pacientes y sus familias, sin vínculo entre la detección de problemas y el establecimiento de criterios de resultados, hacia un ejercicio clínico centrado en la persona y su familia, con la búsqueda permanente de resultados derivados de la planificación conjunta de los cuidados».

En esta misma línea el Dr. Pesut introduce innovaciones en la forma de aplicar el proceso enfermero, con su modelo de análisis del resultado actual (AREA), que impregna desde su génesis el proceso de los resultados a conseguir con el paciente, en sus propias palabras: «Procura un razonamiento clínico que incluye los problemas y también los resultados esperados en la práctica enfermera».

La aplicación de la metodología debe estar interiorizada por las enfermeras en su buen hacer y no convertirse en un mero objetivo institucional (aunque sí académico). Nadie mide cuantas auscultaciones y cómo se hacen o cuantos juicios diagnósticos bien formulados hacen los facultativos. No debemos quedarnos enganchados a la metodología como única seña de identidad enfermera. La enfermería necesita un reconocimiento social que no obtendrá hasta que no haga visible su capacidad de resolver los problemas de los usuarios de forma responsable y eficaz.

Uno de los trabajos más completos en este sentido es el de Pérez Rivas et al., que abarca un período de evaluación de 5 años en el área sanitaria XI, con 42 equipos de atención primaria, 429 enfermeras y una población total de 830.000 habitantes. Dicho estudio encuentra una mayor

calidad y cumplimiento de los servicios de cartera de Atención Primaria de Salud ofertados en aquellas enfermeras que utilizan más y mejor la metodología. Estas enfermeras consiguen mejores evaluaciones de dicha cartera, en los centros «top» que han conseguido un mejor nivel de aplicación de la metodología. Los resultados obtenidos en cuanto a la efectividad de la enfermera en la resolución de problemas son altos, un 75% de evaluación positiva.

Un estudio mexicano desarrollado por Pokorski et al. establece que en los centros asistenciales (hospitales, centros geriátricos y atención comunitaria) que no utilizan el proceso enfermero, los problemas como la mala calidad asistencial, la ausencia de actividad asistencial sistemática y el pobre reconocimiento profesional suelen estar presentes.

En un estudio sobre atención domiciliaria desarrollado por Nieto García et al., con 1 año de trabajo de campo y una muestra de 649 pacientes, se encuentra que la utilización de la metodología enfermera (valoración por patrones funcionales de salud, NANDA y NIC), permite detectar mejor problemas de salud relacionados con el patrón cognitivo perceptivo (demencias, Alzheimer) que no estaban diagnosticados en la historia clínica según el modelo médico CIAP. La enfermera describe como reales el 20,5% de problemas cognitivos, mientras que los diagnosticados por el médico son del 16,4% (Nieto García et al., 2006).

Meyer y Lavin comentan en su revisión que los diagnósticos de enfermería reflejan la evolución clínica del paciente, permiten reconocer los riesgos mediante acciones de vigilancia constante y favorecen la monitorización de resultados en salud.

En la revisión sistemática de Müller-Staub et al. se realiza una búsqueda en las bases de datos de Medline, Cinahl y Cochrane, durante 24 años (1982-2004) analizando, una vez cumplidos los criterios de inclusión, 32 estudios. Se analiza el efecto de los diagnósticos de enfermería en la documentación, la calidad de la evaluación al paciente, la frecuencia, exactitud, presencia de todas las partes del proceso enfermero y la coherencia entre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros. Las conclusiones, a pesar de la variabilidad de los resultados, indican una clara tendencia a la mejora de la calidad y documentación cuando se utiliza el proceso enfermero y también una mejoría en los resultados obtenidos. No obstante, los autores proponen intervenciones de educación para mejorar la exactitud de los diagnósticos de enfermería y mejorar la coherencia entre las intervenciones, los criterios de resultado y los diagnósticos enfermeros.

El proyecto NIPE (v. Rivero Cuadrado et al.) en atención especializada pretende determinar la aportación enfermera a los costes hospitalarios mediante la introducción del proceso enfermero en los grupos relacionados con el diagnóstico, que se utilizan como unidades de gasto sanitario para la financiación de los hospitales. En dicho proyecto se ha comprobado que la aplicación de la metodología de cuidados a los GDR para obtener las intervenciones enfermeras predice mejor el gasto real de recursos sanitarios.

En general, los estudios existentes dan muestras de las ventajas de la utilización de la metodología en la práctica, tantas veces comentadas en los manuales.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aguilar Hernández RM. El proceso de atención de enfermería, esencia de la formación profesional. Desarrollo Cientif Enferm. 2004;12(6):175-8.

Alfaro-LeFerve R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

Camaño Puig R. Desarrollo histórico del conocimiento. El conocimiento y el método científico. En: Fundamentos de enfermería. 2.ª ed. Madrid: Paradigma DG; 2003.

Collière M. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1993.

Corral Lira I, Herrera de Elera D, Del Pino Casado B, García Hedrera F. Uso de la metodología enfermera en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Perspectiva comparada entre gestores y enfermeras. Madrid: AENTDE; 2010.

Del Pino Casado B, Herrera de Elera D, Corral Liria I, García Hedrera F. Análisis de la metodología de cuidados a través de los gestores del SERMAS. Madrid: Sociedad de Enfermería Madrileña de APS; 2009.

Del Pino Casado R, del Pino Casado B, Casado Lollano A. El proceso de atención de enfermería. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 121-45.

Del Pino Casado R. Nuevos retos para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros. Rev ROL Enf. 2009;32(7-8):512-4.

Del Pino Casado R, Martínez Riera JR (eds.). Enfermería en Atención Primaria. Madrid: DAE; 2006.

Dirección de Enfermería. Guía para la realización de planes de cuidados de enfermería en OMI-AP. Madrid: Gerencia de Atención Primaria de Madrid Área 5. Madrid; 2006. Disponible en: http://www.semap.org/docs/areas_sanitarias/area5/libros_y_documentos/guiaPlanesOMI2006.pdf.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Domingo Pozo M, Blanes Compañ F, Fernández Molina M, Gómez Robles F. Evaluación de la formación en metodología enfermera en el Hospital General Universitario de Alicante: actitudes, creencias y conocimientos de las enfermeras. Evidentia. 2007;4(18).

Ferrer Ferrandis E, Benavent Garces M, Francisco de Rey C. Juicio diagnóstico: valoración y diagnóstico. En: Fundamentos de enfermería. Madrid; 2003. p. 276-303.

Fleischmann N. An empirical study of preparation for the introduction of nursing diagnoses: from nursing relevant problem to nursing diagnosis. Pflege Z. 2008;61(6): 322-6.

García Casado I, Ors López R, Rodríguez Perales R. ¿Conoce la población los servicios que ofrece la enfermería comunitaria? Enfermería Comunitaria. 2006;1:17-23.

García Sánchez F, Roncero Roncero A, Pulido de la Torre M, García-Pliego González-Mohino A. Experiencia de implantación del proceso enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real. Enfermería Comunitaria. 2005; 1(2):32-6.

Germán Bés C. La aplicación práctica, a través del autocuidado. Index de Enfermería. 1995;IV(12–13):17-8.

Guirao Goris A. Situación de los diagnósticos de enfermería en la atención primaria española. II Jornadas Nacionales de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria y I Jornadas de Enfermería Comunitaria en Castilla y León. Ponferrada (León): Asociación de Enfermería Comunitaria; 2000.

Hasegawa T, Ogasawara C, Katz EC. Measuring diagnostic competency and the analysis of factors influencing competency using written case studies. Int J Nurs Terminol Classif. 2007;18(3):93-102.

Hernández Conesa J, Esteban Albert M. La idea de ciencia enfermera. En: Hernández Conesa J (ed.). Fundamentos de la enfermería. Teoría y método. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana; 1999.

Izquierdo J, Pérez M, Ramírez F, Serrano I, Torres M, Conde G. Implantación del proceso enfermero. Rev Rol Enferm. 2002;25:488-93.

Lee T. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. Journal of Clinical Nursing. 2005;14(5):640-7.

Mañá González M, Mesas Sáez A, González López E, Mesas A. Análisis de la formación en metodología enfermera por las direcciones de enfermería de atención primaria. Enferm Clín. 2004;14(4):203-9.

Mañá González M, Mesas Sáez A, González López E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. Enferm Clín. 2000;10:135-41.

Martin K. Nurse practitioners' use of nursing diagnosis. Nurs Diagn. 1995;6(1):9-15.

Meyer G, Lavin MA. Vigilance: the essence of nursing. Online J Issues Nurs. 2005;10(3):8.

Morales Asencio J. Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm. 2004;XIII(44-45):37-41.

Müller- Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnosis, interventions and outcomes. Application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2006;56(5):514-31.

Nieto García E, Casado Lollano A, Domingo Martín R, Del Pino Casado B, Monleón Just M, Diz J. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria (FIS 99/0414). Metas de Enfermería. 2006;9(9):50-6.

O'Brien MA, Freemantle N, Oxman A, Wolf F, Davis D, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane database of systematic reviews (on-line) [revista en internet]. 2001;2. Disponible en: http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/11406063/Continuing_education_meetings_and_workshops_effects_on_professional_practice_and_health_care_outcomes. [8/05/2011]

Pérez Rivas J, Santamaría García J, García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M, Gil de Pareja Palmero M. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2006;21(5):247-54.

Pesut DJ. Aim versus blame. Using an outcome specification model. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1989;27(5): 26-30.

Pokorski S, Moraes M, Chiarelli R, Costanzi A, Rabelo E. Procesos de enfermería: de la literatura a la práctica: ¿qué estamos haciendo, de hecho? Rev Latinoam Enfermagem [revista en internet]. 2009;17(3). Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_04.pdf.

Raña Lama C, Pita Vizoso R, Barreiro Pombo G. Diagnósticos de enfermería en Atención Primaria de Salud en el Área Sanitaria de A Coruña. En: II Jornadas Nacionales de Invierno de la AEC. I Jornadas de Enfermería Comunitaria en Castilla y León. Ponferrada: Universidad de León. Asociación de Enfermería Comunitaria; 2000. p. 147-53.

Raña Lama C, Pita Vizoso R, Conceiro Rúa A, Fernández Fraga I, García Martínez C. Opinión de las enfermeras en el Área Sanitaria de A Coruña sobre la utilización de diagnósticos de enfermería. Enferm Clínica. 2004;14:77-82.

Reppetto M, Souza M. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. Rev Bras Enfermagem. 2005;58(3):325.

Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, Rodríguez Gómez J, Cozar Ruiz R, Cobos Serrano S, Proyecto NIPE. normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería; 2002.

Smith Higuchi K, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. Nursing Diagnosis. 1999;10(4):137-47.

Trigueros P, Ballesteros AM, López P. Situación actual de los diagnósticos de enfermería en el Área Sanitaria de Palencia. Metas Enferm. 2003;3:6.

Vargas Esquivel L. Propuesta para la aplicación del proceso de atención de enfermería en comunidad. Enfermería Comunitaria [revista en internet]. 2008;4(1). Disponible en: www.index-f.com/comunitaria/v4n1/ec6703.php.

Zaragoza Salcedo A. El uso de la triangulación metodológica para identificar el grado de introducción del proceso de atención de enfermería en una unidad hospitalaria. Descripción de la técnica de grupos focalizados. Index de Enfermería. 2001;(32-33):9-12.

C A P Í T U L O 7 2

Multiculturalidad

María Luisa Grande Gascón

INTRODUCCIÓN

En el contexto global del mundo contemporáneo, la multiculturalidad se ha convertido en la seña de identidad de la mayor parte de las sociedades occidentales como consecuencia de la llegada de inmigrantes. Este fenómeno está teniendo un impacto cada vez más importante en las sociedades de acogida. Como señala Zapata-Barrero (p. 16): «Todas las épocas han tenido sus factores de grandes transformaciones sociales, políticas y culturales. Hoy en día este motor tiene un nombre: multiculturalidad e inmigración».

La definición literal de este término hace referencia a la coexistencia de múltiples culturas en un determinado espacio geográfico, sin que necesariamente exista interrelación entre ellas. En este sentido, los sistemas de salud y los profesionales que trabajan en ellos tienen que enfrentarse a una sociedad cada vez más diversa, desde el punto de vista cultural, y desarrollar su trabajo en un entorno que ha dejado de ser homogéneo culturalmente. Esta situación conlleva un proceso de adaptación mutuo que no está exento de conflictos.

La cultura tiene una gran influencia sobre la concepción que cada grupo social, y por ende cada persona integrada en el mismo, tiene de la salud y la enfermedad, ya que ambas son construcciones sociales y, como tales, tienen diferentes significados e interpretaciones.

Leininger define la cultura como: «Los valores, creencias, normas y prácticas de determinados grupos, adquiridos y compartidos, y que como modelo, orientan el pensamiento, las decisiones y las acciones». Cada cultura tiene una serie de normas, valores, símbolos compartidos, usos y costumbres específicos que son socialmente transmitidos. La salud y la enfermedad son conceptos definidos de manera diferente por cada cultura; en los sistemas de salud-enfermedad se establece, en cada caso, lo que se considera o no patológico. En este sentido, las enfermedades se consideran como tales cuando han sido reconocidas por el grupo social donde se desarrollan. Y como consecuencia de todo esto, cualquier actuación en el ámbito sanitario debe tener en cuenta las creencias y las pautas culturales de las personas y grupos a los que está destinada.

MULTICULTURALIDAD Y SALUD

En las definiciones de salud más usualmente utilizadas aparecen referencias a los aspectos sociales y culturales y su influencia en el proceso salud-enfermedad. Pero como señala Menéndez, aunque nadie niega la importancia de los mismos, en la práctica sanitaria predomina el modelo biologicista, donde la atención se centra casi en exclusividad en los factores biológicos e ignora los demás factores. La medicina occidental ofrece un enfoque científico basado en los aspectos biológicos, y descarta por irrelevantes los factores psicológicos, sociales, culturales o espirituales que pueden afectar la salud de un individuo, grupo o comunidad. Desde los ámbitos científicos y tecnológicos predominantes en las ciencias de la salud, se considera que las demás formas de entender la salud, la enfermedad y la muerte no son válidas, aun cuando se reconoce a nivel teórico que cumplen funciones sociales importantes. De tal manera que la atención sanitaria puede ser bastante reduccionista, y esto es especialmente grave si se tiene en cuenta que en muchas culturas la salud y la enfermedad son consideradas desde un punto de vista más integral en donde no solo enferma el cuerpo físico, sino también el cuerpo social y espiritual.

La multiculturalidad, por lo tanto, es un reto importante para los sistemas de salud, ya que supone aceptar la pluralidad de culturas de la salud e implica la aceptación de pautas sociales

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

y culturales diferentes para permitir una integración de la población inmigrante en los sistemas de salud sin ningún tipo de discriminación. Los profesionales de la salud, tal y como señalan Spector y Muñoz (p. 61), han sido socializados en una cultura determinada y en este caso el principal problema se deriva del hecho de que estos se adhieren «rígidamente al sistema de cuidados occidental y no aprueba más que a los profesionales, los métodos y la medicación científicamente probados».

La multiculturalidad, como se ha comentado anteriormente, en los países con un alto nivel de desarrollo está ligada a las migraciones que se producen desde países empobrecidos y que tienen culturas diferentes a la de los países de acogida. Se trata de un fenómeno que se ha convertido en estructural y que está obligando a poner una serie de iniciativas para posibilitar la integración o acomodación de la población inmigrante. En el ámbito sanitario estas iniciativas tienen como objetivo fundamental asegurar el acceso a los servicios sanitarios en igualdad de condiciones y sin discriminación a la población inmigrante y dar respuesta a los problemas y a las necesidades específicas que estos tienen.

Aunque existe un estereotipo que relaciona población inmigrante con enfermedades tropicales especialmente infecciosas y que, por lo tanto, suponen un riesgo para la salud pública, la realidad es que la persona inmigrante suele tener buenas condiciones de salud e incluso tiene un nivel de salud superior al habitual en la zona de procedencia, si no fuera así no podrían soportar las duras condiciones del proceso migratorio.

La población inmigrante tiene los mismos problemas de salud que la población autóctona y la existencia de desigualdades en salud es consecuencia de factores socioeconómicos y culturales que, junto a las barreras que existen en el acceso y uso de los servicios sanitarios, producen inequidades en la atención sanitaria que reciben. Según Galindo et al., además de los determinantes biológicos se pueden identificar otros determinantes que influyen en la salud de la población inmigrante como son los determinantes socioeconómicos, culturales y del sistema sanitario.

Una cuestión importante, que tiene una influencia decisiva en la salud de la población inmigrante, es el proceso de adaptación que sufre al enfrentarse una cultura con unas normas y valores diferentes a la suya. La persona migrante desarrolla mecanismos de ajuste para adaptarse a la cultura mayoritaria que implican tres aspectos fundamentales: la adaptación psicológica, el aprendizaje cultural y la realización de conductas adecuadas. En este sentido, existen varias formas de adaptación a una nueva cultura: la integración, la asimilación y la separación. La integración se produce cuando la población inmigrante forma parte de la sociedad de acogida en igualdad de condiciones y con las mismas oportunidades que el resto de la sociedad, respetándose las diferencias culturales y favoreciendo que cada persona mantenga su identidad cultural. La asimilación es definida como un proceso en el que la población inmigrante abandona los elementos culturales propios y adopta los de la sociedad de acogida. La separación se caracteriza porque la población inmigrante sigue manteniendo la cultura de origen en su integridad, viviendo al margen de cualquier otra cultura.

Este proceso de adaptación será más o menos traumático dependiendo de una serie de factores como son: la semejanza de culturas, la actitud de la sociedad receptora, la edad del inmigrante, la personalidad del inmigrante y el número de inmigrantes de su mismo grupo étnico que residan en la zona. Cualquier adaptación supone un cierto nivel de estrés y en este caso puede ser importante, ya que se acrecienta por una serie de pérdidas, acompañadas por sus correspondientes duelos. Según Atxotegui, son siete las pérdidas que sufre: los seres queridos y amigos, el idioma, la cultura, la tierra, el grupo étnico, el estatus social y los riesgos físicos del proceso migratorio.

Para abordar esta situación es necesario un proceso de interculturalidad, entendiendo por tal el respeto a la diferencia y la construcción de un nuevo modelo de convivencia en el que existe un proceso de transferencia de unas culturas a otras sobre la base de una negociación realizada en términos de igualdad entre todas, lo que propicia un enriquecimiento mutuo. No siempre ocurre esto y lo más habitual en la mayoría de las ocasiones es que la cultura mayoritaria impone sus condiciones al resto de las minorías culturales que sufren un proceso de asimilación.

Tal y como señalan Vázquez et al. (p. 55): «Los servicios de salud ponen en contacto a la población inmigrada y autóctona, constituyendo un lugar privilegiado para los encuentros interculturales». En este sentido destaca que se trata de

una oportunidad para que se produzca un mayor conocimiento de otras costumbres y otras formas de entender la vida y se favorezca la aceptación mutua y un respeto a la diferencia. Sin embargo, la existencia de barreras y dificultades está presente en la atención sanitaria que se le presta a la población inmigrante. Estas dificultades se derivan del desconocimiento del idioma, tanto por parte de los profesionales como por parte de la persona inmigrante, las diferencias culturales, las actitudes de rechazo o hiperprotectoras, el déficit de formación en el personal sanitario para abordar la diversidad cultural, etc.

Moreno señala dos enfoques en el abordaje sanitario de los problemas de salud de la población inmigrante: el enfoque cultural y el enfoque social. El enfoque cultural centra su atención en los aspectos culturales y en la diversidad cultural y, por lo tanto, defiende la necesidad de realizar una adaptación de la atención sanitaria a los patrones culturales de los usuarios. El enfoque social hace hincapié en los problemas socioeconómicos que tiene la población inmigrante que los sitúa en condiciones de pobreza y marginalidad, y que tienen una incidencia importante en la salud de las personas inmigradas. No son incompatibles y las iniciativas que se han puesto en marcha para favorecer la integración de la población inmigrante en el área sociosanitaria recogen medidas en ambos sentidos.

Cuando se aborda el tema de la interculturalidad es imprescindible hablar de competencia cultural que, en el ámbito sanitario, hace referencia a la capacidad de los profesionales de la salud para abordar de manera adecuada las diferencias culturales que presentan los diferentes usuarios de los servicios de salud. La competencia cultural permite que tanto los profesionales como los usuarios de los servicios de salud tomen conciencia de su propia cultura y de la influencia que esta tiene en las creencias y comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad. En definitiva, el objetivo es que el profesional de la salud sea capaz de prestar una atención sanitaria culturalmente adecuada teniendo en cuenta el contexto cultural del individuo, la familia y la comunidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

Atxotegui J. Emigrar en el siglo xxi: el síndrome del inmigrante con estrés crónico, múltiple y extremo (síndrome de Ulises). Mugak. 2005;32:7-18.

Campinha-Bacote J. Cultural competent in psychiatric nursing: have you «asked» the right questions? J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2002;8(6):183-7.

Galindo JP, Elorza B, Cañas E. Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. En: Lobato P, et al. (eds.). Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Sevilla: Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003. p. 109-66.

García J, Sanz C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin (Barc). 2002;118(5):187-91.

Jansa JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Atención Primaria. 1995;5:320-7.

Leininger M. Transcultural care, diversity and universality: a theory of nursing. Nurs Health Care. 1985;6(4):209.

Menéndez EL. Los otros y nosotros: la parte negada de la cultura. En: Comelles JM, Bernal M (eds.). Salud mental, diversidad y cultura. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2008. p. 29-46.

Moreno M. El cuidado del «otro». Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado. Barcelona: Bellaterra; 2008.

Roca i Capara N. Inmigración y salud. Situación actual en España. Revista ROL de Enfermería. 2001;24(10):682-6.

San Juan C, Vergara A, Ocáriz E. La migración como estresor: pérdida de estatus, estrategias de afrontamiento e impacto psicosocial. Migraciones. 2005;17:91-110.

Spector RE, Muñoz MJ. Las culturas de la salud. Madrid: Prentice Hall; 2003.

Vázquez J, Baraza P, Sabed-Ahmad N. Orientación a los servicios sanitarios de la diversidad cultural. En: García R. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2007. p. 53-64.

Zapata-Barrero R. Multiculturalidad e inmigración. Madrid: Síntesis; 2004.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

N

73. Necesidades en salud 459
74. Nutrición y alimentación: evidencia en las recomendaciones y nuevas aportaciones metodológicas 464

C A P Í T U L O 7 3

Necesidades en salud

María Jesús Pérez Mora

INTRODUCCIÓN

Cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la conferencia de Alma-Ata, plantea la necesidad de abordar la salud desde la Atención Primaria de Salud (APS), el enfoque comunitario de la salud se va desarrollando de manera que se hace necesario cambiar algunas cuestiones, a la hora de planificar las intervenciones de los sistemas de salud. Para esta nueva etapa, es importante conocer la perspectiva de la salud comunitaria en la planificación de salud.

Recordemos que el concepto de salud que empleamos va más allá de descansar sobre la morbilidad «objetiva» y requiere de la identificación de la morbilidad «sentida», ello supone contar con la participación activa de la comunidad. Por otro lado, debemos saber que el enfoque desde la salud comunitaria requiere integrar tanto la prevención como el tratamiento de todos los problemas de salud, no importa cuál sea el origen de los mismos, dando paso a la intervención de servicios y recursos que estén fuera del sistema de salud. Ello requiere de la coordinación de los subsistemas sociales para obtener los objetivos que buscamos con la implicación de todos, pero sin duplicar esfuerzos.

La planificación desde el enfoque comunitario asume como punto de partida las necesidades de salud de la comunidad. En este sentido, el modelo promovido por Donabedian, que tiene el estado de salud de la población como punto de partida, parece el más acorde con la nueva forma de abordar un concepto de salud que reconoce como origen de la misma sus diferentes determinantes: la biología, el entorno, los estilos de vida y el sistema de cuidados.

Para algunos profesionales de la salud, trabajar en función de las necesidades de una población está relacionado con criterios economicistas, de eficacia y eficiencia. Para los profesionales de enfermería trabajar partiendo de las necesidades es la base de los cuidados, desde los diferentes modelos de enfermería se plantea como inicio del análisis de la situación de cuidados la identificación de necesidades no cubiertas de la persona o grupo de personas objeto de nuestro cuidado, quizá por ello, para el colectivo de enfermería, trabajar partiendo de las necesidades de salud sea más cercano y comprensible que para otros colectivos. De hecho, para las alumnas de enfermería, una de las primeras lecciones con las que se encuentran es «el estudio de la pirámide de necesidades de Maslow». Las enfermeras somos conscientes de que todo ser humano puede y debe escalarla y que nuestro papel está centrado en prestar los cuidados necesarios para conseguirlo. En el apartado «Definiciones» se retomará el concepto de necesidad de Maslow. Sobre el papel y la experiencia de las enfermeras en países en vías de desarrollo, se basó parte de la estrategia *Salud para todos*, quizá por la cercanía del profesional de enfermería a los nuevos planteamientos de la APS, no en vano, cuando se inicia el desarrollo de la APS, el que era en aquellos momentos director de la OMS, Dr. Mahler, definió a la enfermería como «motor de cambio» de la APS.

DEFINICIONES

No es fácil definir el concepto de «necesidad», de hecho una búsqueda del término en la documentación y publicaciones actuales nos permite concluir que definir el concepto de necesidad es, cuanto menos, arriesgado o quizá sería mejor decir controvertido. No obstante trataremos de recoger en este capítulo aquellos enfoques del concepto «necesidad y necesidad en salud» que nos ayuden a aproximarnos a una forma de trabajar sobre la base de las necesidades de salud de la población, que nos acerquen a la efectividad y la eficacia.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Entre las distintas entradas que tiene la voz «necesidad» en el *Diccionario de la lengua española* de la RAE hemos escogido la siguiente por acercarse más a nuestros objetivos.

Necesidad es: «Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida. Especial riesgo o peligro que se padece, y en el que se precisa pronto auxilio».

En el *Diccionario de uso* María Moliner es: «La situación de quien le falta lo necesario para vivir o la circunstancia de ser necesario cierta cosa, en general o para alguien».

Estas entradas nos ayudan a concretar algo el concepto; en función de nuestro interés, podríamos decir que la necesidad podemos relacionarla con lo que **impide la vida;** que puede afectar a una **persona** o a un **colectivo** y que **precisa** de pronta **intervención.**

En el ámbito de la salud, diversos autores han trabajado en definir el término, para Hogarth, la necesidad corresponde a una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos y que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación (Hogarth, 1978).

Para Brown et al. la necesidad de salud es un estado de enfermedad percibida por el individuo y definido por el médico y para Donabedian una perturbación de la salud y del bienestar.

Otros autores han concluido que: «Necesidad es el estado de salud que a juicio de un experto requiere de intervención» de forma que, para este grupo, es el experto el que decide qué es y qué no es necesidad, sin dar posibilidad de expresión a quien se supone padece la necesidad. Dado que es escasa la evidencia científica en que están basadas las intervenciones médicas, la determinación de las necesidades estará sujeta a la variabilidad de los expertos (Lázaro, Fitch, Luengo, Aguilar, 1999).

Sin embargo, en lo que sí podemos encontrar consenso es en la **clasificación** de las necesidades. Bradshaw las clasifica como: necesidad normativa, necesidad percibida, necesidad expresada y necesidad comparativa.

Este autor define como **necesidad normativa** aquella que define el experto en relación con una determinada norma deseable u óptima, de forma que aquellos que no responden a esta norma están en estado de necesidad. En este caso la necesidad estará condicionada por el estado de conocimiento actualizado del tema.

La **necesidad percibida** o sentida estará relacionada con lo que la persona o grupo de personas percibe sobre sus problemas.

La **necesidad expresada** es la que, siendo percibida, termina siendo objeto de la demanda de servicios, al margen de que luego valoren si esta demanda ha sido o no satisfecha. Podemos encontrarnos con que la necesidad percibida por una persona no sea expresada, ni demande servicios que mejoren su situación, o de aquellos que teniendo la necesidad no la perciben y, por tanto, no la expresan ni demandan servicios.

La **necesidad comparativa** es aquella que debería tener una persona o grupo de personas con las mismas características que otra persona o grupos de personas en las que se identificó la necesidad.

Ya en el campo de la salud, San Martín aporta una serie conceptos de necesidad de salud.

Así entiende por **necesidad real de salud** a la que deberíamos cubrir para hacer desaparecer la diferencia entre el estado ideal de salud y un estado real de salud posible en un contexto determinado.

Necesidad de salud sentida es la diferencia que aprecia el individuo o la comunidad, entre el estado de salud que percibe y el estado ideal que concibe.

Necesidades expresadas son las sentidas que se traducen en una demanda de atención.

Necesidades latentes son aquellas que no son percibidas ni por el individuo (o la comunidad) ni por el equipo de salud, y no devienen evidentes, sino con motivo de una investigación o de una análisis crítico de los problemas de salud locales. Es decir, son aquellas necesidades que «encontramos» en los hallazgos de un trabajo de investigación que quizá no estaba entre los objetivos del mismo.

Necesidad prioritaria. Entre necesidades concurrentes, es la noción de prioridad según criterios establecidos, lo que permite establecer las jerarquías de intervención.

Necesidades satisfechas y no satisfechas. Al establecer prioridades, la satisfacción de las necesidades prioritarias aparece como algo previo a la mejora del nivel de salud de la comunidad. Las necesidades no satisfechas pueden servir de indicador del estado de salud de la comunidad; podemos tomar de ejemplo la tasa de caries dentarias no tratadas de una población (San Martín, 1981).

Como vemos, podemos estudiar las necesidades de salud desde la perspectiva subjetiva de la persona que percibe la necesidad y desde la perspectiva objetiva de la interpretación del experto o, como señala Donabedian: «Para garantizar el éxito de la planificación de la intervención en salud debemos conjugar y hacer converger ambas perspectivas».

Desde el enfoque de análisis de las necesidades individuales, la teoría de Maslow sobre la motivación del hombre nos permite incluir en este apartado de definiciones de necesidad sus planteamientos.

Maslow es reconocido mundialmente desde que publicara «A Teory of Human Motivation» en la *Psychological Review* en junio de 1943. Desde entonces es reconocido por su trabajo sobre la jerarquización de las necesidades del ser humano. Para Maslow las necesidades del ser humano se estructuran de forma jerárquica, desde unas necesidades fisiológicas que configuran la base de su conocida pirámide; sobre las primeras se situarían las necesidades afectivas, y sobre las segundas las de autorrealización para culminar con las necesidades de autoestima. Su teoría se basa en que el camino del hombre hacia su realización y el estado de salud pasa por la motivación para la satisfacción de las necesidades de su pirámide, pues quien no tiene satisfechas las necesidades básicas no podrá ir satisfaciendo las situadas en los siguientes peldaños.

Si bien el primer peldaño lo ocupan las necesidades de índole individual, tanto estas como el resto de la pirámide precisan de integrar al individuo en la sociedad, contando con que los determinantes de la salud estén cubiertos, así como factores como la seguridad que ofrece la familia y el entorno inmediato, hasta el reconocimiento de la sociedad y la comunidad en la que vive.

Por todo ello, insistimos en que la planificación de intervenciones encaminadas hacia la salud de una comunidad debe basarse en la identificación de necesidades y su satisfacción con el fin de prevenir la aparición de problemas de salud.

Para ello, los profesionales de enfermería están preparados, solo dependen de la confianza en sí mismos y en la capacidad de la profesión para dar respuesta a estos planteamientos (Sevilla García, Reyes Ruiz, García García, Bravo Díaz, Soler Castillo).

¿NECESIDAD O PROBLEMA?

¿Realmente existe un concepto claramente diferenciado para cada uno de estos términos? Los profesionales de la salud que trabajamos en la APS lo hacemos con enfoques que van más allá del diagnóstico de una patología; de hecho, las historias de salud (clínicas en muchas comunidades autónomas) de APS están orientadas por problemas y no por diagnósticos médicos. ¿Qué sentido tiene hablar de necesidades de salud? ¿Cuál es la diferencia entre partir de problemas o partir de necesidades?

Si volvemos a la definición de necesidad de la RAE, que utiliza las palabras «falta de algo» que pone en «riesgo la vida» y que precisa «pronto auxilio» podríamos decir que la necesidad es preciso cubrirla para evitar que aparezca el problema, por ejemplo si hay una falta de conocimientos en los cuidadores de una persona encamada sobre cómo llevar a cabo cambios posturales, antes o después aparecerán, como problema, las úlceras por presión en el paciente; o si no cubrimos la falta de apoyo para el cuidado de los mayores, no nos quepa duda de que el cuidador terminará somatizando esta necesidad y aparecerán pronto algunos de los problemas que todos conocemos: hipertensión, sobrepeso, depresión, etc., en el cuidador, con los que tantas veces nos enfrentamos las enfermeras.

Así pues, puede ocurrir que haya necesidad sin que por ello exista, todavía, un problema. Trabajar desde la identificación de necesidades permite la prevención de los problemas potenciales, no obstante identificar los problemas para, a continuación, establecer las posibles causas y relacionarlas con las necesidades no cubiertas, nos permitirá identificar la necesidad de recursos para la intervención que proceda.

TRABAJAR EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD

Enfocar el trabajo cotidiano hacia las necesidades de salud implica asumir que previamente debemos conocer esas necesidades. De la misma forma que cuando abordamos las intervenciones con personas, de forma individual, debemos preguntar por cómo interpreta el paciente aquello que le pasa, abordar las intervenciones familiares supone trabajar con la familia partiendo de aquello que el grupo considera que debe compartir y

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que precisa recibir cuidados profesionales, de la misma forma cuando las intervenciones tienen por objeto la comunidad, debemos partir de lo que la comunidad considera que necesita.

Como hemos recogido en puntos anteriores, debemos hacer converger el análisis de problemas detectados mediante el criterio de los expertos, a través del enfoque epidemiológico, partiendo de un diagnóstico de salud de la población, con el análisis de los problemas que la comunidad siente y expresa como necesidades de salud no satisfechas.

Por ello, volvemos a insistir en que solo a través de la participación ciudadana podremos conocer lo que realmente preocupa a la comunidad respecto a su salud y su desarrollo.

Trabajar con la comunidad supone establecer y mantener los cauces de comunicación y de participación con el fin de avanzar juntos por el mismo camino hacia un mismo objetivo: la salud como instrumento de desarrollo personal y social. Nada más gratificante y efectivo que la elaboración de un «estudio de necesidades» para establecer la relación con los ciudadanos a la que nos referimos.

ESTUDIO DE NECESIDADES PARTIENDO DE LA COMUNIDAD

Participantes

Elaborar un estudio de necesidades desde la participación ciudadana nos permitirá conocer a la comunidad en la que trabajamos, a toda la comunidad y no únicamente a aquellas personas o grupos de personas que se acercan al equipo de salud en busca de respuestas a sus problemas. Recordemos que el modelo de APS, a diferencia de la atención primaria médica, es un modelo activo que debe buscar los problemas y necesidades de salud antes de que estos lleguen al centro de salud y que debe buscarlos en el seno de la comunidad, es decir, allí donde las personas viven, trabajan, estudian o se relacionan.

¿Quiénes son y cómo nos relacionamos con los ciudadanos? Podemos preguntar, mediante entrevistas a personas de nuestra comunidad, cómo sienten la situación de salud del conjunto de la población, o pasar una encuesta sobre el mismo tema a una muestra de la población, pero para establecer los lazos de los que estamos hablando es necesario ir más allá y plantearse otras vías de contacto. Para trabajar en esta línea necesitaremos conocer, si las hay, las organizaciones ya existentes en la comunidad, como pueden ser las distintas asociaciones vecinales, de grupos de mujeres, deportivas, sindicatos, representantes políticos que configuran las redes sociales, todos estos grupos pueden representar a sectores de la población ya organizados que nos serán de gran ayuda.

Por otra parte, debemos conocer y establecer contacto con los diferentes organismos institucionales que puedan estar ya trabajando en la zona y hayan detectado problemas susceptibles de abordar desde distintos sectores de forma coordinada, con ello estaremos estableciendo cauces de comunicación y coordinación entre las redes institucionales.

Debemos trabajar haciendo conocedor de nuestro proyecto a los responsables políticos de la comunidad e intentar implicarlos en el trabajo, haciéndoles ver la importancia del mismo.

Formarán parte también de los posibles partícipes en el proyecto los «informadores clave», que son aquellas personas de la comunidad que, por su conocimiento de la misma o de su experiencia en temas concretos que surjan, se convierten en imprescindibles para profundizar o ampliar la información.

Una de las ventajas que el equipo obtendrá de la elaboración de un estudio de necesidades partiendo de la participación ciudadana es la posibilidad de que las personas que participan en él sean susceptibles de convertirse en agentes de salud de la comunidad, de forma que dinamizarán nuestra intervención, y formarán parte del equipo de salud, como recoge la conferencia de Alma-Ata.

Otra de las ventajas que recogeremos de esta forma de trabajar es que la población nos hará sentir que formamos parte de esa comunidad, es decir, obtendremos la legitimidad del sistema que tanto necesitamos los profesionales.

Técnicas

Son muchas la técnicas de que disponemos para la elaboración de un estudio de necesidades, pero no es el objeto de este documento el desarrollo de la puesta en práctica de cada una de ellas, aunque sí el enumerarlas y describir las aportaciones para el equipo de salud y para los participantes, como las de originar cauces de participación y comunicación tan eficaces como lo son los métodos de consenso.

Entre los métodos de consenso nos inclinamos por aquellos que se basan en la interacción, como son el foro comunitario, la tormenta de ideas, el grupo focal, los grupos de discusión; las que se basan en la reflexión silenciosa individual, como el grupo nominal, las entrevistas a informadores clave, o bien el aplicar técnicas combinadas. Todas estas técnicas son las utilizadas en los procesos de investigación cualitativa, cuyo propósito es comprender el cómo y el porqué piensan y sienten así las personas que padecen una necesidad que repercute en su estado de salud.

Mediante estas técnicas se puede recoger información que difícilmente obtendríamos con un cuestionario. Con ellas buscamos conocer la opinión de las personas con más y mejor información sobre problemas concretos y su dimensión, nos permite identificar actitudes, recoger opiniones y valores sobre el funcionamiento del sistema sanitario, sobre cómo viven las personas las relaciones de poder (grupos focales). Las personas mayores pueden facilitarnos datos históricos de la comunidad, y si preguntamos a los jóvenes nos acercarán a sus hábitos de vida. Las técnicas interactivas sirven para generar ideas (tormenta de ideas), nos permiten priorizar los problemas detectados en función del valor y la prioridad que le otorga la comunidad (grupos nominales), y tienen la ventaja de generar el interés por los programas que surjan del consenso.

Entre los aspectos positivos que originan las técnicas interactivas entre los participantes está el facilitar la expresión de sentimientos, pues ayuda a debatir y discutir, a compartir experiencias buscando lo que se tiene en común que pueda necesitar de servicios o servir de ayuda a la comunidad, a sentirse parte del sistema organizativo de su comunidad, a ser protagonistas de la vida de su ciudad.

Somos conscientes de que esta forma de trabajar puede generar rechazo por apartarse de las formas y rutinas que arrastramos los profesionales de la salud; que romper los moldes establecidos por la forma tradicional de enfrentar los problemas de salud no es fácil, pero no avanzar, quedarse parado, no buscar las razones y las evidencias de los problemas nos conduce a la pérdida de la ilusión por llegar a tener un trabajo gratificante, socialmente reconocido y, sobre todo, acorde con nuestra conciencia profesional.

LECTURAS RECOMENDADAS

Antón Nardiz MV. Enfermería y atención primaria. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid: Díaz de Santos; 1998.

Hogarth J. Glossary of Health Care Terminology. Regional Office for Europe, WHO, Copenhagen. En: Pineault R, Devely C (eds.) Planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1988. [Consultado el 3 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.slideshare.net/rcofinof/4-tecnicas-de-recogida-de-informacion-en-investigacion-cualitativa.

Lázaro P, Fitch K, Luengo S, Aguilar MD. Algunos problemas metodológicos en la estimación de la necesidad sanitaria. En: Necesidad sanitaria, demanda y utilización. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud; 1999.

Pineault R, Devaluy C. Planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1988.

San Martín H. Salud y enfermedad. 3.ª ed. México: La Prensa Mexicana; 1981.

Sevilla García E, Reyes Ruiz C, García García MA, Bravo Díaz C, Soler Castillo AI. Estudio de necesidades de salud de Beas de Granada mediante un proceso de investigación-acción participativa. Disponible en: www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/experiencia.pdf.

Vázquez Sánchez MA, Gaztelu Cantero MC, Casal Sánchez JL. Valoración de las necesidades en ancianos que viven solos en una zona básica de salud. Enfermería Clínica. 2008; 18(2):59.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 7 4

Nutrición y alimentación: evidencia en las recomendaciones y nuevas aportaciones metodológicas

José Antonio Hurtado Sánchez

INTRODUCCIÓN

Hasta los últimos años del siglo xx existía el binomio alimentación/enfermedad en relación con que una mala alimentación podía influir negativamente en el estado de salud. Es a partir de esos años cuando se asocia la salud y se elimina la enfermedad, es decir, el binomio quedaría en alimentación/salud, dando un énfasis más positivo; no cabe duda de que una buena alimentación ayuda a mantener el estado de salud, y más aún, en casos de enfermedad, también la alimentación nos puede ayudar a restablecer el estado de salud.

Conviene recordar los conceptos de nutrición y alimentación, ya que suelen emplearse de forma indistinta. Son procesos que se complementan, pero no son iguales.

Se entiende por alimentación el acto de elección de los alimentos. Cuando hablamos de una mala o buena alimentación, nos referimos a una mala o buena elección de alimentos. Es por tanto un acto voluntario.

Se entiende por nutrición todos los procesos que se dan en el organismo tras la ingesta de alimentos, es decir, digestión, absorción y metabolismo que hacen que nuestro organismo funcione correctamente. Cuando hablamos de una mala o buena nutrición nos referimos al resultado global de esos procesos; normalmente una persona malnutrida es aquella que por una u otra causa tiene un déficit bien de energía o bien de algún nutriente y, por tanto, los procesos de la nutrición no se pueden completar de forma satisfactoria, teniendo como resultado un déficit de salud.

Los alimentos nos aportan los nutrientes energéticos y no energéticos que nos permiten el correcto funcionamiento de nuestro organismo y la continuidad de la vida. Estos nutrientes son:

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Sales minerales.
- Vitaminas.
- Agua.
- Fibra.

Solo son energéticos los tres primeros, los hidratos de carbono nos aportan aproximadamente 4 kcal/g, las proteínas aproximadamente 4 kcal/g y las grasas aproximadamente 9 kcal/g. El resto de nutrientes no aportan energía, pero su función es igual de importante ya que ayudan a regular todos los procesos metabólicos para el buen funcionamiento del organismo.

DIETA SALUDABLE Y EQUILIBRADA

Los términos «saludable» y «equilibrada» en alimentación están intrínsecamente unidos, ya que para que la dieta sea saludable debe ser equilibrada, es decir, debe existir un equilibrio entre nutrientes y ese equilibrio viene dado por las necesidades del organismo para cada uno de los nutrientes energéticos. Respetando el equilibrio entre los nutrientes energéticos, el aporte del resto de nutrientes no energéticos (sales minerales y vitaminas) está asegurado siempre que las dietas sean superiores a 1.500 kcal. Además es necesario asegurar un aporte mínimo de agua, podemos seguir la regla de 1 cc/kcal, así a una dieta de 2.000 kcal le corresponde un aporte hídrico de 2.000 cc de agua. También se hace necesario un aporte mínimo de fibra, porque mejora el

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

metabolismo de determinados nutrientes como la glucosa o el colesterol y ayuda a mantener un buen ritmo intestinal.

Relación energía/nutrientes en dieta equilibrada

Como se ha señalado antes, las necesidades del organismo de uno u otro nutriente son las que marcan el equilibrio de la dieta.

El adulto ya ha completado las fases de crecimiento, por lo que su alimentación tenderá a reponer las pérdidas habidas diariamente teniendo en cuenta el trabajo y la actividad que realice.

Las necesidades en cuanto a energía y nutrientes están determinadas por variables individuales como son la edad, el sexo, la talla, el peso y la actividad física que desarrolla cada persona. Lo importante es mantener un peso adecuado a la edad y la constitución física.

Para medir el gasto energético diario y, por lo tanto, las necesidades energéticas que debemos cubrir con la dieta, hay diversas fórmulas y ecuaciones; ninguna lo predice con exactitud, pero sí nos ofrecen una aproximación de la cual podemos partir y ajustar según las particularidades de cada uno. La ecuación de Harris y Benedict para el cálculo del metabolismo basal o gasto energético de reposo (GER) es la más utilizada a nivel nacional e internacional:

$$\text{Hombres}: \text{GER} = 66{,}5 + (13{,}74 \times \text{Peso}) + (5{,}03 \times \text{Altura}) - (6{,}75 \times \text{Edad})$$

$$\text{Mujeres}: \text{GER} = 665{,}1 + (9{,}56 \times \text{Peso}) + (1{,}85 \times \text{Altura}) - (4{,}68 \times \text{Edad})^{*}$$

La medida energética que nos daría viene dada en kilocalorías. Una vez calculado el gasto metabólico en reposo nos faltaría añadir un coeficiente de actividad, con lo cual completaríamos la energía que gastamos diariamente y, por lo tanto, la ingesta que debemos hacer para reponer las pérdidas.

De manera que el gasto energético total (GET) sería:

$$\text{GET} = \text{GER} \times \text{FA}(\text{factor de actividad})$$

La FAO/OMS determina unos coeficientes de actividad física: ligera, moderada y alta (tabla 74-1):

TABLA 74-1. Coeficientes de actividad física

	Ligera	Moderada	Alta
Hombres	1,55	1,78	2,1
Mujeres	1,56	1,64	1,82

Actividad ligera: dormir, reposar, estar sentado o de pie, pasear en terreno llano, coser, cocinar, estudiar, etc.

Actividad moderada: pasear a 5 km/h, trabajos pesados del hogar, tareas agrícolas mecanizadas, industria, etc.

Actividad alta: tareas agrícolas no mecanizadas, mineros, deportes de alto rendimiento físico, etc.

Los hidratos de carbono nos aportan la energía principal, es decir, la glucosa que es nuestro combustible por excelencia, por lo tanto, es el nutriente que más necesita nuestro organismo; entre el 50 y 60% del total energético de la dieta debe ser aportado en forma de hidratos de carbono. Ahora bien, en los alimentos existen dos tipos de hidratos de carbono:

- Complejos (polisacáridos, almidón). Lo contienen cereales, legumbres y tubérculos. Precisa de cocción y de una digestión; hace que la glucosa pase lentamente al torrente sanguíneo.
- Simples o solubles (monosacáridos o disacáridos). Lo contienen frutas, verduras y dulces de todo tipo, azúcar que apenas necesita digestión y pasa rápidamente al torrente sanguíneo. Hay que señalar que hay un alimento, la leche, cuyo hidrato de carbono es un disacárido, *lactosa,* a pesar de lo cual requiere una digestión lenta y se comporta como un polisacárido. El aporte de hidratos de carbono solubles debe ser hasta un 20% del total energético; el resto debe ser en forma de hidratos de carbono complejos.

Las proteínas tienen como función principal la plástica. Los requerimientos están establecidos entre el 12 y 15% del total energético; la mitad al menos debe ser de alto valor biológico. En los alimentos existen dos tipos de proteínas en función del valor biológico:

- Proteínas de alto valor biológico. Contienen todos los aminoácidos esenciales. Lo contienen el grupo de carnes, huevos y pescados, es decir, los alimentos de origen animal; también

*Peso en kilos, altura en metros y edad en años.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

la leche contiene proteínas de alto valor biológico.
- Proteínas de bajo valor biológico. Tienen algún aminoácido limitante, es decir, que les falta algún aminoácido. Son los alimentos de origen vegetal. Hay que señalar que si mezclamos en una misma comida alimentos de origen vegetal con distinto aminoácido limitante obtenemos como resultado alimentos con proteínas de alto valor biológico. Ejemplo: si mezclamos cereales, cuyo aminoácido limitante es la lisina, con legumbres, cuyo aminoácido limitante es el triptófano, conseguimos un alimento con proteínas de alto valor biológico. La olleta, típico plato de la provincia de Alicante, hecho a base de arroz, lentejas, alubias y verduras resulta un plato con una riqueza extraordinaria desde el punto de vista nutritivo incluyendo proteínas de alto valor biológico.

Las grasas tienen como función principal ser energía de reserva. Se estima que los requerimientos están entre el 25 y el 30% del total energético.

Al igual que sucede con los nutrientes anteriores, existen distintos tipos de ácidos grasos en los alimentos:
- Ácidos grasos saturados: predominan en los alimentos de origen animal y en algunos de origen vegetal como alguna fruta tropical (coco y aguacate). Tienen capacidad aterogénica, es decir, su abuso puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Ácidos grasos insaturados: predominan en los alimentos de origen vegetal (aceites de frutos y semillas), y en alguno de origen animal (pescado azul). Al contrario que los saturados, tienen capacidad para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, aunque el abuso también resulta perjudicial. Hay dos tipos de ácidos grasos insaturados:
  - Ácidos grasos monoinsaturados, cuyo máximo exponente es el ácido oleico, componente mayoritario del aceite de oliva.
  - Ácidos grasos poliinsaturados, abundan en el aceite de semillas (de la serie ω-6) y en el pescado azul (de la serie ω-3).

La proporción de ácidos grasos saturados/insaturados debe ser 1:2 a favor de los insaturados, y de ellos la mitad debe corresponder a monoinsaturados y poliinsaturados respectivamente.

La regla que completaría el equilibrio alimentario sería la variedad de alimentos; es requisito indispensable para que exista la dieta equilibrada, si no hay variedad de alimentos, no hay equilibrio porque no estaría asegurado el aporte de vitaminas y sales minerales.

De forma práctica podríamos enunciar un menú equilibrado y saludable de la siguiente forma:
- Desayuno: lácteo y bollería o galletas o fruta.
- Almuerzo: pan y producto cárnico o fruta (si no se ha ingerido en el desayuno).
- Comida: ensalada. Primer plato (principal): cereales y/o legumbres o tubérculos. Segundo plato: alimento proteico. Postre: fruta.
- Merienda: igual que almuerzo o lácteo.
- Cena: igual que comida. Quizás sería recomendable menor cantidad.
- Antes de acostarse: lácteo.

EVIDENCIA EN LAS RECOMENDACIONES Y NUEVAS APORTACIONES METODOLÓGICAS

Como hemos señalado anteriormente, la dieta, para ser equilibrada, debe contemplar la variedad en la alimentación. De esta forma podemos cubrir todas las necesidades de nuestro organismo en cuanto a los nutrientes que componen los alimentos.

A nivel internacional, tanto la Food and Agriculture Organization (FAO) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) dictan normas en el área de calidad y seguridad alimentaria, también hacen recomendaciones en cuanto al consumo de alimentos y nutrientes. A nivel más local, son muchos los países que publican las necesidades de nutrientes de grupos poblacionales. Se utiliza con fines específicos como puede ser el minimizar los riesgos y el mantenimiento de una buena salud, por lo que son dirigidos a la población sana.

La revisión de las normas y de las recomendaciones de los nutrientes se hace periódicamente sobre la base de los estudios realizados y suele incorporar todos los hallazgos derivados de estos estudios, es decir, se utiliza la evidencia científica para dictar las recomendaciones e ingestas recomendadas de los nutrientes.

En EE. UU. fue donde se iniciaron las primeras publicaciones en este sentido, en 1941,

cuando se publicaron las cantidades diarias recomendadas (CDR); la última revisión se hace en 2002. Siguiendo el modelo utilizado en EE. UU., se han publicado en distintas zonas a nivel mundial esas CDR para determinados grupos poblacionales. A este concepto hay que añadir otros que completan las recomendaciones como es la ingesta dietética de referencia (IDRe) y que comprende:

- Ingesta adecuada.
- Necesidades medias estimadas.
- Cantidad diaria recomendada.
- Ingesta máxima tolerada.

Con la incorporación de estos últimos componentes, se insiste en la necesidad de preservar el estado de buena salud y no ponerla en riesgo por el abuso de determinados alimentos y/o nutrientes que puede desembocar en un proceso patológico.

Existen diferencias entre las tablas de referencia editadas por todos los países, estas pueden ser debidas al empleo de distintas unidades de medición, a factores culturales de alimentación, a los hábitos alimentarios y también a los métodos empleados para determinar las necesidades, ya que no son uniformes. En cualquier caso, esto no supone un problema, ya que son válidas las tablas empleadas para cada país, es decir, nos sirven como herramientas para orientar la alimentación hacia los hábitos saludables preservando un buen estado de salud.

La Directiva 90/496/CEE sobre propiedades nutritivas de los alimentos fue transpuesta en la legislación española mediante el Real Decreto 930/19921. El anexo de este real decreto fija las CDR de la misma forma que la mencionada directiva.

En España se clasifica la población en función de la edad, el género y la situación fisiológica especial como puede ser el embarazo, la lactancia, la infancia o la vejez. En relación con los nutrientes se hace hincapié en las proteínas, a nivel general hay un abuso general de los alimentos proteicos, no son reseñadas las ingestas recomendadas de grasa pero se señala que su aporte no sea superior al 30-35% de la energía total. Sí se enumeran las vitaminas más importantes, tanto las hidrosolubles como las liposolubles y dentro de los minerales están el calcio, fósforo, potasio, magnesio, hierro, zinc, yodo y selenio.

Probablemente, un dato que debería unificarse sería el referente a la cantidad de grasas. En los distintos manuales de nutrición y tablas de referencia se insta a no superar el 30-35% de la energía total en forma de grasas, sin embargo todas las organizaciones relacionadas con la salud, específicamente las sociedades cardiovasculares a nivel internacional reducen el consumo máximo de grasas al 30% de la energía total orientando el consumo mayoritario.

También debemos tener en cuenta que, si bien es necesario y útil disponer de las tablas de referencia en cuanto a las ingestas mínimas, máximas y/o recomendadas de los nutrientes, no es menos cierto que estas deben servir a los profesionales para determinar la mejor forma de alimentarse, es decir, para simplificar y enseñar a la población una alimentación saludable.

Sabemos perfectamente que el mensaje de una alimentación sana a la población sería una alimentación variada, cuya base sea el almidón, con predominio de grasas de origen vegetal sobre el origen animal, preferentemente el pescado sobre la carne y raciones suficientes diarias de frutas y verdura. De esta forma simplificamos y adaptamos los valores de referencia de las tablas reseñadas a la alimentación cotidiana.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentación y dietoterapia. 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
Hernández M, Sastre A. Tratado de nutrición. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
Martínez Salinas C, Motilla T, Díaz J, Martínez P. Nutrición y dietética. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (Paradigma); 2000.
Mataix J. Alimentación y nutrición humana, Vol. 1. Madrid: Ergón; 2009.
Mataix J. Nutrición para educadores. 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2006.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

O

75. Obesidad: atención de enfermería 471
76. Observación 475
77. Organización de los cuidados 481
78. Osteoarticulares, enfermedades: atención de enfermería 486
79. Ostomías 489
80. Oxigenoterapia 499

C A P Í T U L O 7 5

Obesidad: atención de enfermería

José Antonio Hurtado Sánchez

INTRODUCCIÓN

El mundo desarrollado, económicamente hablando, ha traído innumerables comodidades. No cabe duda de que los avances han sido espectaculares a todos los niveles, la esperanza de vida ha ido aumentando progresivamente y lo sigue haciendo; hemos pasado de la escasez alimentaria a la abundancia, a una gran disponibilidad en los supermercados, tenemos alimentos naturales, precocinados, individuales, para dos personas, para tres, tamaño familiar, etc. También existe una oferta de restaurantes de todo tipo, comida tradicional, exótica, rápida y adecuada a todas las economías; todo esto unido a los avances domésticos reflejados en oferta televisiva, nuevas tecnologías, no hace falta moverse de casa para ver el mundo, no hace falta levantarse del sillón para cambiar de canal, no hace falta ir al supermercado ya que podemos hacer la compra por Internet, hasta el ejercicio lo puede hacer una máquina por nosotros, en definitiva, la sociedad de la comodidad está fomentando el sedentarismo. Con este panorama, estamos fomentando la ingesta en detrimento del ejercicio, es decir, el balance energético final lo estamos haciendo positivo, esa energía se almacena en forma de grasa y da lugar al incremento de la obesidad en la población. Por si esto fuera poco, otros factores, como los socioculturales, también fomentan la obesidad como, por ejemplo, los banquetes en celebraciones familiares, eventos sociales, comidas de empresa, cumpleaños de los niños y mayores; en todos ellos se asocia la ingesta masiva de alimentos hipercalóricos (nulos desde el punto de vista nutritivo) a momentos felices, premiamos a los niños con estos productos, estamos fomentando hábitos erróneos desde el punto de vista saludable. Todavía lo complicamos más cuando en contextos distintos, como la normalidad cotidiana, reconocemos lo perjudicial que son los alimentos hipercalóricos, estamos creando confusión en la población infantil, mal ejemplo desde el punto de vista de la educación en alimentación saludable. Por otro lado, no debemos olvidar que la obesidad es factor de riesgo de muchas patologías:

- Enfermedad cardiovascular. La obesidad forma parte de los factores de este grupo de patologías junto a dislipemias, diabetes e hipertensión; a su vez también es factor de riesgo de diabetes e hipertensión por lo que podemos considerarla como doble factor de riesgo.
- Enfermedades del aparato locomotor. Al tener que soportar mucho peso, la estructura que mantiene todo el cuerpo, es decir, el esqueleto y sus articulaciones, sufrirán las consecuencias, por eso son más frecuentes las enfermedades del aparato locomotor en la población obesa que en la no obesa.
- El riesgo ante una operación quirúrgica también es más elevado en la población obesa, así como el desarrollo de los distintos tipos de cáncer y las complicaciones respiratorias por aumento de la presión intraabdominal que provoca el acúmulo de grasa.

Por último, la obesidad también se asocia a problemas psicológicos y sociales, se tiende a aislar al obeso, es objeto de burlas por parte de los niños y no tan niños, en definitiva, tanto en la infancia como en la adolescencia y en la edad adulta sufren exclusión social.

Podemos concluir que, para conservar la salud física y psíquica, la obesidad es un problema que debemos evitar.

DEFINICIÓN

La obesidad se define como el aumento de peso como consecuencia del aumento o exceso de grasa corporal, en relación con el peso estándar que viene determinado por el sexo, la edad y la talla.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 75-1. Escala de clasificación de la obesidad (modificada de Garrow)

IMC	*Clasificación*
≤ 19,9	Delgadez
20-24,9	Normalidad
25-29,9	Sobrepeso u obesidad leve
30-34,9	Obesidad moderada
35-39,9	Obesidad grave
≥ 40	Obesidad mórbida

El índice de masa corporal (IMC), basado en la relación peso/talla, se utiliza para establecer los distintos tipos de obesidad. Es un índice de referencia internacional que, al moverse en márgenes amplios podemos decir que considera los distintos tipos de complexión: grande, mediana y pequeña (tabla 75-1).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

La unidad, por tanto, es kg/m^2.

TIPOS DE OBESIDAD

Conocer el tipo de obesidad nos puede ayudar a elegir el tratamiento más adecuado, de ahí que sea interesante saberlo. Podemos utilizar y aunar dos clases de clasificaciones que nos ayudarán a tipificarla.

En función de la distribución de la masa corporal, podemos clasificar la obesidad en:

- Obesidad androide: típica del hombre, hay un mayor acúmulo de grasa en la parte superior del cuerpo, en el tronco. Esta distribución se debe a la acción de los andrógenos y la testosterona. Esta obesidad es de alto riesgo cardiovascular.
- Obesidad ginoide: típica de la mujer, hay un mayor acúmulo de grasa en la parte inferior del cuerpo, de las caderas hacia abajo. Esta distribución se debe a la acción de los estrógenos. Esta obesidad no tiene riesgo cardiovascular. Es la llamada obesidad de pera. En principio, si no tiene riesgo cardiovascular, nos podríamos plantear no tratarla. Sin embargo, tenemos motivos claros ya que la obesidad es factor de riesgo de más patologías como vimos anteriormente, y además llega un momento en que cesa la producción estrogénica, provocando una redistribución de la grasa que abarcaría todo el organismo, aumentando, además, el riesgo cardiovascular.

En función de la forma de desarrollarse, la podemos clasificar en:

- Obesidad hiperplásica. Se da por aumento del número de los adipocitos. Es la obesidad adquirida en la infancia, la de peor pronóstico.
- Obesidad hipertrófica. Se da por aumento de tamaño de los adipocitos. Es la obesidad adquirida en la edad adulta. Responde muy bien al tratamiento dietético.
- Obesidad mixta. Hay un aumento del número y tamaño de los adipocitos. Es la obesidad adquirida en la adolescencia.

ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Cuanto más detalle conozcamos acerca de la causa de la obesidad, mejor podremos abarcar el tratamiento de la misma. Tradicionalmente se han descrito distintos factores que pueden determinar el origen de la obesidad:

- Factores genéticos. Parece ser que existe alguna relación en el momento de que no todos los organismos se comportan de igual forma ante la misma ingesta de alimentos. Sin embargo, estudios hechos con gemelos univitelinos no han podido establecer el componente genético como principal factor aislándolo de los demás.
- Factores psíquicos. Estos factores pueden estar presentes en algún caso de obesidad en la medida que se puede dar una respuesta en la conducta alimentaria a un problema de origen psíquico. Dentro de este grupo estaría la bulimia, picar, *binge eating disorder,* etc.
- Factores endocrinos. Hay varias patologías de origen endocrino, que por su trastorno a nivel hormonal, pueden desencadenar la aparición de obesidad (hipotiroidismo, Cushing), siendo relativamente fácil el tratamiento cuando ya está hecho el diagnóstico y restituida o suprimida la hormona responsable del trastorno. A este grupo de factores se apunta mucha población obesa, responsabilizando de su obesidad al metabolismo.
- Medicamentos. También pueden desencadenar la obesidad, sobre todo en tratamientos prolongados, de ahí la necesidad de conocer los efectos secundarios de los medicamentos y tomar precauciones dietéticas si pertenecen a este grupo.

Estos cuatro factores unidos no representan más del 10% del total de las obesidades en la población occidental, los factores desencadenantes más habituales son:

- Factores ambientales. Pueden ser causa directa por sí solos y, en cualquier caso, unidos a los anteriores porque, en todos los casos, el origen de la obesidad está en realizar un balance energético positivo, es decir, se ingiere más energía que la que se gasta, y se almacena en forma de grasa. Este grupo es el más determinante, incluye los hábitos adquiridos a lo largo de toda la vida en cuanto al tipo de alimentos a consumir, el tamaño de las raciones (se entiende como tamaño normal el que hemos visto siempre en casa), el grupo que realmente, tras la entrevista, nos ayuda a detectar el origen y cómo enfocar el tratamiento.

Existe una teoría en relación con el ponderostato, que está más elevado en las personas obesas que en las no obesas; esto hace que el obeso ingiera más cantidad de alimentos para saciarse, y lo debemos tener en cuenta a lo largo del tratamiento. Nuestro organismo tiende al peso estable (no es lo mismo que peso saludable), y el centro que rige este principio es el ponderostato, a nivel hipotalámico, que hace que se mantenga el hambre hasta que se ingiera lo necesario para mantener el peso, de forma que una persona que pesa 100 kg debe comer una gran cantidad de alimentos para mantener ese peso, de lo contrario adelgazaría. Contra este factor debemos mentalizarnos en el tratamiento, pues nuestro organismo tenderá al peso original. Para lograr que ese centro hipotalámico interprete el nuevo peso como el estable, se debe mantener durante mucho tiempo. Así, tan importante es el mantenimiento del peso alcanzado como todo el proceso de pérdida de peso.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera, tanto de atención especializada como de primaria, deberá tener en cuenta todos los aspectos señalados para programar un tratamiento dietético efectivo en la población obesa, teniendo en cuenta que, en muchos de ellos, se dará una pluripatología que también deberá atender desde el punto de vista dietético.

En el tratamiento para la obesidad, la enfermera tendrá en cuenta dos aspectos claves: pautas y objetivos.

- Pautas para la dieta hipocalórica:
  - Debemos conocer a fondo los hábitos alimentarios, la forma de vida y, lógicamente, su historia clínica. Debemos detectar dónde puede estar el problema, a veces basta con una simple corrección de hábitos. Nos interesa saber hasta qué punto el trabajo determina su forma de alimentarse.
  - Saber si hay algún detonante que le provoque comer como respuesta (nervios o ansiedad), si es así, qué alimentos necesita comer. Debemos interpretar la sensación de saciedad del obeso.
  - Saber el contenido energético de su alimentación cotidiana.
  - Conocer el comportamiento alimentario: número de ingestas, picar entre comidas, tipo de alimentos que consume, etc.
- Objetivos del tratamiento:
  - El tratamiento consiste en hacer un balance energético negativo, es decir, que la ingesta energética debe ser inferior al gasto.
  - La dieta no debe perjudicar la salud física ni psíquica. Para ello debe ser equilibrada, sin defecto de nutrientes. Mientras la dieta sea superior a 1.500 kcal y sea equilibrada, está asegurado el aporte de sales minerales y vitaminas.
  - Perder peso a ritmo adecuado. Se estima que el ritmo debe estar entre 1/2 y 1 kg semanal, ajustando el tratamiento si se precisa. Pérdidas rápidas suelen tener recuperaciones ultrarrápidas. Pérdidas muy lentas suelen causar desánimo y abandono del tratamiento.
  - Ser capaz de seguir el tratamiento dietético hasta conseguir el peso deseado. Requiere negociación continua, los objetivos no son inmóviles, se pueden reajustar. Reforzar los éxitos, reorientar los fracasos.
  - Estabilidad. Una vez llegado al peso deseado supone un reto la estabilidad. Nuestro organismo debe reconocer, como hemos señalado anteriormente, el nuevo peso como el estable. Debemos mantenerlo durante bastante tiempo, aprovechamos para forjar los nuevos hábitos como propios, de esta forma, tendrá más posibilidades de éxito.

Por último, la enfermera, como responsable del cuidado integral del paciente, debe valorar cuándo debe participar cualquier miembro del

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

equipo sanitario en el tratamiento de la obesidad. En determinados casos se requiere la ayuda del facultativo, el psicólogo y el nutricionista, para el abordaje de determinados problemas. Debemos ser conscientes de que participamos en un equipo multidisciplinar y que el éxito depende, en muchas ocasiones, de la coordinación y de que los miembros del equipo sepamos a quién debemos dirigirnos para la solución de un problema determinado.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentación y dietoterapia. 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
Hernández M, Sastre A. Tratado de Nutrición. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
Martínez Salinas C, Motilla T, Díaz J, Martínez P. Nutrición y dietética. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (Paradigma); 2000.
Mataix J. Nutrición para educadores. 2.ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2006.

C A P Í T U L O 7 6

Observación

Luis Cibanal Juan

DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS: PERCEPCIÓN, OBSERVACIÓN, INTERPRETACIÓN Y PROYECCIÓN

Es sumamente importante que definamos todos estos términos, pues con frecuencia cuando a alguien le decimos que observe, lo que hace es interpretar lo que ha observado más que decir qué es lo que ha observado, etc.

Percepción

Es el acto mediante el cual el espíritu humano toma conciencia, a través de sus sentidos, de los objetos exteriores o de sus cualidades.

Ejemplo: oír música, sentir un olor, etc., son percepciones.

La percepción es pasiva y espontánea. Esta nos hace percibir las cosas en un momento dado y en función de nuestra disposición interna y externa.

Constatamos que:

- La percepción es puramente individual, subjetiva, llena de errores o deformaciones, a causa de la relación tan individual que cada individuo mantiene con lo que le rodea, máxime teniendo en cuenta lo señalado por la visión constructivista y el interaccionismo simbólico (cada uno construye la realidad condicionada por sus sentidos, cerebro, cultura, familia, creencias, estados de ánimo, etc.).
- Percibimos, generalmente, pocas cosas si no nos aplicamos conscientemente a tratar de grabarlas dentro de nosotros, de aquí que esta sea muchas veces incompleta y, por tanto, **necesitamos de la observación.**

Observación

Es la acción mediante la cual consideramos, con una atención sostenida e incondicional, los hombres o las cosas, con el fin de conocerlos mejor y teniendo siempre presente un objetivo muy concreto. De aquí que la observación sea un proceso activo y voluntario gracias a la atención prestada y teniendo siempre presente el objetivo que se pretende conseguir mediante esta. Exige por parte del observador un espíritu despierto, en estado de alerta, con el fin de poder hacer una captación de la realidad lo más minuciosa posible.

Observar es el arte de saber:

- Pararse, concentrarse, estar presente, excluir toda preocupación momentánea, con el fin de ir hasta el fondo de lo observado y así poder llegar a comprender la situación.
- Escuchar, es decir, oír, saber escoger y analizar la información, discutir o dialogar, comprender, etc.
- Mirar.
- Ser discreto al hacer nuestras observaciones.
- Asegurarse de una continuidad en la observación.

El valor de la observación depende de la enumeración precisa de los hechos y de las cosas observadas.

Estas deben ser:

- Precisas.
- Verídicas.
- Concisas.
- Completas.
- Selectivas.
- Discretas.

Al mismo tiempo es preciso adquirir el desarrollo progresivo de un espíritu clarividente que sea capaz de observar bien para después analizar o interpretar de manera exacta y concisa las cosas y los hechos percibidos y observados.

Interpretación

Es la acción de explicar, de dar una significación clara a una cosa oscura. Esta permite verificar si hemos observado bien los objetos o las personas. Toda observación da lugar a reflexiones (interpretaciones). Esto significa que uno analiza, aprecia o estima la realidad que observa en función

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

de unos conocimientos científicos precisos. Por ejemplo: biológicos, sociales, etc., teniendo unos conocimientos del hombre sano, enfermo, o del medio ambiente, etc.

Solamente las observaciones basadas en realidades científicas son válidas para permitir sacar ciertas deducciones o conclusiones. Por ejemplo: observamos que una persona tiembla, esto nos lleva a preguntarnos el porqué y a verificar lo que nos dice el paciente sobre su temblor, teniendo también en cuenta nuestros conocimientos. Pues si solo nos quedamos con lo que vemos y directamente interpretamos sin verificar contrastándolo con la realidad objetiva o con el paciente nos podemos equivocar. Así, por el hecho de que la persona tiemble no podemos, sin más, deducir que es porque tiene fiebre, pues también puede ser debido a otros factores como, por ejemplo, que tiene frío, o que está muy angustiado, etc.

A menudo existe el peligro de que cada uno de nosotros tienda espontáneamente a atribuir un sentido preciso a lo que vemos y entendemos. Así, es frecuente ver que una persona se mueve mucho, y en vez de decirle: «Veo que te mueves mucho, ¿estás inquieta, preocupada, ansiosa?», directamente le decimos: «Está muy nerviosa», cuando lo que está sintiendo tal vez sea preocupación o inquietud. Es decir, con frecuencia tendemos a hacer fácilmente interpretaciones que, aunque estén basadas en observaciones «objetivas», pueden ser erróneas, de ahí la importancia de validar, en este caso con el paciente, lo que hemos observado.

Aún más, con frecuencia observamos que en el informe de ciertos profesionales aparecen frases como «la señora X está muy nerviosa», sin especificar qué es lo que ha observado el profesional para sacar esa conclusión, lo cual se puede prestar a pura subjetividad e incluso falsa interpretación.

Lo más lógico y coherente es describir lo que observamos. Por ejemplo: «La señora X no ha parado de moverse en su habitación, se sentaba, se levantaba, daba unos pasos, se volvía a sentar, levantar, etc. Le he dicho que estaba observando que ella se movía mucho y le he preguntado si estaba nerviosa, y me ha dicho: «Sí, bueno…, no…», que estaba preocupada porque su marido le había dicho que vendría sobre las nueve y no había llegado todavía, etc.».

Es decir, debemos observar con precisión los gestos, actitudes, etc., del paciente, reflejarle lo que observamos e incluso lo que nosotros interpretamos respecto de esa observación, a fin de que el paciente nos la confirme o nos rectifique, y después señalar en el informe o historial de paciente lo que hemos observado, lo que hemos interpretado nosotros y lo que nos ha dicho el paciente respecto a nuestra interpretación. Si no estamos de acuerdo con la interpretación del enfermo, señalar como hipótesis la nuestra. Todo esto evitará ciertas interpretaciones gratuitas debido a que con frecuencia no transcribimos los hechos y, posteriormente, no verificamos si todos los profesionales los interpretan de la misma manera.

Proyección

Es cuando el individuo se siente en un estado de bienestar y, principalmente, de malestar respecto a sí mismo o a la realidad, y proyecta este estado —de impulsos, sentimientos, pensamientos, motivaciones, etc.— sobre los otros, dando por supuesto que no es él el que tiene el problema, sino que son los otros. Por ejemplo: una enfermera se equivoca de medicamento y, en vez de asumir su error, busca un pretexto diciendo: «La culpa la tiene el paciente X que me distrajo con su pregunta».

A menudo resulta que preocupados por nuestros problemas, miedos, angustias, ansiedades, etc., no observamos con objetividad la realidad, sino tamizada o deformada por nuestro miedo, ansiedad, etc. Esto hace que proyectemos nuestra imagen de la realidad y demos como objetiva la imagen que nosotros hemos proyectado, lo cual, como es lógico, es una fuente de errores y, en ciertas situaciones, de graves problemas.

OBJETIVOS DE LA OBSERVACIÓN APLICADA A LOS CUIDADOS

El profesional de la salud debe concentrar su atención sobre lo que busca a fin de que sus observaciones sean lo más exactas posibles. La observación no es un fin en sí mismo, pero sí un medio indispensable para, en nuestro caso, dar cuidados de calidad.

Distinguimos principalmente los objetivos siguientes:

- Precisar las necesidades y los problemas del enfermo con el fin de desarrollar un plan de cuidados adecuado.
- Ayudar al profesional correspondiente a poder establecer un diagnóstico, un tratamiento terapéutico, etc.

- Darse cuenta de la eficacia (o ineficacia) del tratamiento prescrito por el profesional.
- Recoger información del paciente para después compartirla con los otros miembros del equipo.
- Prevenir las complicaciones y sus secuelas a fin de observar los signos de la enfermedad, etc.
- Verificar en la comunicación si lo que nos dice de forma verbal corresponde con su comunicación no verbal.
- Y, sobre todo, observar a la persona enferma, para que esta manifieste o no ciertos síntomas o signos de la enfermedad, a fin de que pueda expresar, si es posible, lo que ella vive, siente, experimenta, etc.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA AL HACER UNA OBSERVACIÓN

La observación no es algo innato, es un aprendizaje que hemos de realizar.

Cuántas veces no nos ha pasado que teniendo el objeto delante de nuestros ojos no lo hemos visto y, sin embargo, el objeto estaba ahí desde el primer momento. Esto también nos pasa respecto a los pacientes. Veamos algunas sugerencias que pueden ayudarnos a aprender a observar mejor:

Tenga cierta idea de lo que busca antes de iniciar su observación

Pregúntese continuamente qué, cómo, dónde, cuándo, por qué, etc. Por ejemplo:

- ¿Qué síntomas debo buscar en este paciente?
- ¿Qué medidas de seguridad debemos emplear con este paciente? ¿Se han empleado ya?
- ¿Cómo es el medio ambiente en el que va a vivir el paciente cuando haya concluido su estancia hospitalaria?
- ¿Qué está haciendo cada paciente en este momento?

Seamos cuidadosos en observar todos los aspectos de la atención del paciente y de su medio; esto incluye la atención que está recibiendo y la que ha recibido.

Considere a cada individuo como paciente

Si ha de determinar qué observar en la atención de un paciente, necesita también pensar en sus necesidades individuales. Cuando observe al paciente, no olvide contrastar lo que observa en él con su mundo referencial; esto nos permitirá comprenderlo mejor y que nuestras interpretaciones no sean gratuitas.

Trate de ser objetivo sobre lo que ve

Es un hecho experimentado frecuentemente que si varias personas observan un determinado incidente y luego intentan describirlo, aunque haya puntos comunes, se constata que hay versiones diferentes. Todas las personas tendrán su propia observación e interpretación del incidente, o incluso más, todas estarán seguras, dentro de sí, de que lo que vieron sucedió como lo describen.

Busque relaciones o asociaciones entre lo que ve y lo que parece ser la situación global

Cualquier incidente está formado por varias acciones separadas, cada una de las cuales tiene diferentes significados cuando se separan del incidente total. Por tanto, es necesario observar no solo los pasos individuales de la atención de cuidados, sino considerarlos en relación con la asistencia global requerida por el paciente.

Observar cómo se adaptan todos los aspectos de la atención; indicar, en cierto grado, la comprensión que el profesional tiene en relación con las necesidades del paciente. Precise si cada una de las partes de la atención se ha dado correctamente, pero observe también si se ha empleado la sucesión de pasos y procedimientos adecuados.

Interésese por lo que ve. El interés le ayuda a hacer más completa y exacta su observación de detalles.

Interesarse por sus pacientes y por la atención de cuidados que reciben del grupo, aumentar su capacidad para ver lo que hacen, debido a que podrá dar mayor atención a los pormenores de su trabajo. Si se concentra cuando busca conscientemente detalles podrá observar mejor.

TIPOS DE OBSERVACIÓN

Podemos distinguir varios tipos de observación:

Observación no dirigida

Esta observación no se realiza de forma sistemática, sino involuntaria. Consiste en estar prestos a escoger los hechos significativos que

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

pueden aparecer en el campo de la observación. Esta actitud podría traducirse por la capacidad de estar atento a todo lo que pasa a su alrededor, permitiendo así la acumulación de cantidad de información que la persona no ha seleccionado ni sistematizado, pero que posteriormente podría servirle para determinar una cierta orientación o investigación, o la puesta en evidencia de algo inesperado e imprevisible.

Esta observación, por tanto, es menos precisa, menos sistemática, los objetivos que se tienen son de carácter global y no específico.

Observación dirigida

Esta observación es sistemática y orientada hacia un objeto preciso. Supone haber hecho anteriormente una elección. Esta elección determina a la vez lo que debe o no seleccionar (o renunciar) en este tipo de observación.

Estos dos tipos de observación no se excluyen. Pueden ser complementarios. Sin embargo, la observación no dirigida es incompleta en su proceso y debe estar necesariamente acompañada de una observación dirigida.

En la práctica de los cuidados, estos dos tipos de observación están presentes: la observación dirigida, por ejemplo, se encuentra en la práctica clínica, así la observación de una persona que tiene una insuficiencia cardíaca implica necesariamente un control de la PA, del pulso, un balance de los líquidos, del peso, etc. (elementos estos basados en un buen conocimiento de la fisiología). La práctica de un proceso de cuidados debe estructurar la observación de las necesidades del paciente a fin de valorarlo mejor, y establecer un plan de actividades para así poder responder a sus necesidades. La observación no dirigida se da, por ejemplo, cuando nos ocupamos globalmente del paciente, sin atender a ningún síntoma de forma específica.

Sin embargo, hay situaciones en las que la práctica de los cuidados se caracteriza por una observación insuficiente, no sistemática e imprecisa. El profesional se puede hacer una idea leyendo las hojas de información de la historia clínica del paciente, o escuchando las observaciones trasmitidas por los otros profesionales. De este tipo de observación el profesional extrae, a menudo:

- Observaciones no pertinentes: hechos extraídos que no tienen ninguna incidencia en el estado del enfermo.
- Observaciones no sistemáticas: prioridades no respetadas, valoración de los detalles no significativos, etc.
- Imprecisiones: utilización de términos que se prestan a interpretaciones diferentes (menos, más, un poco, etc.) o haciendo uso de juicios de valor (bien, mal, amable, etc.).

Observación no sistematizada, ocasional o no controlada

Se presta atención cuidadosa y se intenta captar lo que se observa en las diversas situaciones previamente establecidas a las que se quiere prestar atención. Sin embargo, no se intentan utilizar instrumentos de precisión, ni tampoco se quiere comprobar la exactitud de los fenómenos observados. Por tanto, es una observación no estructurada o sistematizada, sino abierta.

Observación sistematizada o controlada

Esta es la más utilizada en las ciencias humanas y en nuestro caso las de la salud. Lógicamente se prefiere a la anterior, ya que su propósito es descubrir y precisar con exactitud determinados elementos de conducta que poseen valor predictivo.

Observación muy sistematizada

Se caracteriza por cumplir que:

- Las variables que van a ser observadas están aisladas y basadas en una teoría explícita.
- No se va a registrar nada que no caiga dentro de una categoría establecida.
- Las situaciones de partida están sometidas a riguroso control, para que se puedan comparar con situaciones similares o se puedan replicar.

Observación del comportamiento no verbal y verbal y del espacio vital

Comportamiento no verbal

Observar el comportamiento no verbal del paciente exige mucha atención. La finalidad es valorar la apariencia general, los comportamientos que se expresan físicamente (motricidad y actividad motriz) así como las expresiones faciales.

En la apariencia general es necesario tener en cuenta: la higiene corporal, su peso, volumen,

edad aparente, el aspecto cuidado o no del individuo, etc. También debemos anotar la presencia de sufrimiento físico, de algún traumatismo o *handicap.* A menudo la formación clínica del profesional le ha dado habilidades para sintetizar los datos de tipo psicológico, médico, etc.

Por ejemplo, un profesional generalista que ha observado a un niño, puede recomendar que lo vea un endocrinólogo, pues ha visto que tiene las extremidades corporales más cortas, así como un crecimiento anormal.

Las expresiones físicas del comportamiento comprenden: el estado motor (posición, forma de caminar, gestos, maneras) y el grado de actividad motora (hiperactivo, hipoactivo, agitado, ritualista o retraso motor, etc.). Recordemos aquí que el profesional debe permanecer alerta para evaluar si su paciente tiene necesidad de una consulta específica o no. También es preciso anotar la expresión facial del paciente (ansioso, abatido, eufórico, despierto, etc.). La observación sistemática de todos los elementos particulares del paciente, comenzando por su cabeza, su cuerpo y sus extremidades, puede ayudar al profesional a planificar de forma más estructurada sus observaciones.

Comportamiento verbal

El comportamiento verbal da a menudo índices precisos del estado emotivo del paciente y de su forma de pensar. También es necesario observar las características generales del lenguaje: el timbre, la pronunciación, la fluidez, la utilización del vocabulario, la rapidez del lenguaje, y saberlas relacionar con los estados emocionales y la actividad motora. Asimismo, conviene que el profesional observe la calidad del lenguaje del paciente (incoherente, lógico, sistemático, silencioso, circunstancial, etc.).

La observación del comportamiento verbal del paciente permite a veces detectar ciertos elementos de su personalidad. Por ejemplo, constatamos que bastantes personas evitan, bien sea hablar de ellos mismos, o bien manifestar sus problemas, hasta el final de la entrevista. Estas necesitan observar a su interlocutor a fin de saber si pueden o no confiar en él.

Espacio vital

Es preciso observar cómo el paciente utiliza su espacio vital durante la relación. Las personas tienen necesidad de conservar una distancia precisa ante los otros para sentirse a gusto (dentro de su aura) durante la relación que ellas mantienen con las otras personas. Es necesario observar lo que acabamos de decir a fin de evitar el violar el espacio vital del paciente, sobre todo al comienzo de la relación, y así facilitar la comunicación, y no provocar una situación de ansiedad o de cierta hostilidad.

Si este espacio no es respetado o si se intenta acercar físicamente demasiado rápido al paciente, lo que provocaremos será aumentar su ansiedad. Pensamos que para saber si es o no la distancia adecuada lo más sencillo es preguntarle al paciente si se siente a gusto a la distancia en la que están hablando.

OBSTÁCULOS O DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE LA OBSERVACIÓN

Varios son los obstáculos que se oponen a este desarrollo, citaremos algunos:

- Familiaridad.
- Incapacidad de distinguir los datos brutos de las interpretaciones.
- Incapacidad de utilizar todos los recursos de sus propios sentidos.
- Incapacidad de cambiar de perspectiva.
- Nuestro grado de ansiedad, preocupación, hambre, frío, calor, etc.
- Aspectos familiares, socioculturales, creencias, etc.
- Representaciones colectivas.
- Diferencias de percepción del tiempo y del espacio.
- Otras dificultades del espíritu de observación:
  - La falta de disponibilidad: espíritu no muy libre que está preocupado por problemas internos (enfermedad, baja autoestima, etc.).
  - Ideas preconcebidas: etiquetas, que hacen que nosotros no veamos lo que es, sino lo que creemos, o en cierto modo, queremos ver.
  - Interpretación: antes de describir aspectos «objetivos» de esa situación o persona, interpretamos.
  - Falta de curiosidad, de interés, de deseo de profundizar.
  - Medio ambiente: ruido, temperatura, luz desfavorable, etc.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Esto nos lleva a la conclusión de que la observación objetiva como tal es muy difícil, pues tiene mucho de subjetividad (debido a la tendencia frecuente que tenemos de proyectar e interpretar), pero tanto más tendrá de subjetividad cuanto menos observemos y verifiquemos lo que hemos observado a fin de distinguir lo que es observación de lo que es interpretación.

Por tanto, es difícil que la persona sea objetiva en sus observaciones, debido a que sus actitudes, motivaciones, cansancios, ansiedades, preocupaciones, etc., la obligan inconscientemente a pasar por alto o a exagerar ciertas cosas. No es raro que una persona solo vea lo que desea ver.

Esta objetividad de la observación aún es más subjetiva cuando se observa a alguien a quien se aprecia o desprecia intensamente. Esto es debido a que lo que el individuo cree que ve, con frecuencia, está influido por ideas, creencias o emociones preconcebidas acerca de la situación global, tendiendo a generalizar y buscar ejemplos para demostrar que tiene razón. Así, por ejemplo, si el profesional de la salud piensa que todos los pacientes son «pacientes = pasivos», verá solo aquellos que verdaderamente se muestran así, para de esta manera confirmar su idea.

Otra razón de esta falta de objetividad se debe a que la mente de una persona tiende a completar parte de la acción que no ve, haciendo que los actos que observa la persona tengan sentido para ella. Por ejemplo: un profesional «obsesionado» por la gravedad de algún paciente, si oye que la persona está respirando, como quien ronca, puede creer que está en estado de coma, y llegue incluso a despertarle; si este tarda en despertarse, puede llegar a afirmar que el paciente estaba en verdadero estado de coma.

Cuando una persona comprende la importancia de ser objetiva en sus observaciones, también comprende que se deben obtener todos los hechos para poder justificar cualquier conclusión. Aceptar que algo ha pasado o que algo es verdad, sin obtener primero datos sustanciales, invalida cualquier conclusión basada en estos supuestos. Se deben reunir todos los hechos antes de llegar a cualquier conclusión.

Intente ser exacto y objetivo en sus observaciones, tanto de los pacientes como de su grupo. Trate de obtener todos los hechos. Antes de llegar a cualquier conclusión, tenga datos suficientes. Se debe, también aquí, evitar el máximo de generalidades, eliminaciones o distorsiones (el hecho de tener un olvido no significa que la persona sea olvidadiza).

Saber que sus actitudes y emociones probablemente modifiquen lo que usted ve, debe hacerle cuidadoso en sus observaciones. No olvidemos el desliz de pasar de la observación a la proyección, y así, cuando está irritado y cansado, es posible que le alteren algunos incidentes, mientras que si está contento, los pasa por alto.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cibanal L, Arce MC. La relación enfermera-paciente. Alicante: Universidad de Alicante; 1991.

Cibanal L, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2010.

Fast JB. Hablando entre líneas. Barcelona: Kairós; 1980.

Fast JB. El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Kairós; 1998.

Giger JN, Davidhizar RE. Transcultural Nursing. Assessment and intervention. San Luis: Mosby; 1995.

Tazón Ansola MP, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. Madrid: DAE; 2000.

C A P Í T U L O 7 7

Organización de los cuidados

José Ramón Martínez Riera

ATENCIÓN PRIMARIA: NUEVA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

La puesta en marcha del nuevo modelo de atención primaria supuso un cambio sustancial en la organización de la atención a la comunidad, que pasó de una asistencia médica primaria a una Atención Primaria de Salud (fig. 77-1).

A partir de dicha reforma, los centros de salud se nutrieron de enfermeras de distinta procedencia (ambulatorios, funcionarios, hospitales), con formación y experiencias previas diversas. Tuvieron que asumir un nuevo papel radicalmente distinto del desempeñado hasta entonces. Mediante las normas oportunas (Real Decreto 137/84; Ley General de Sanidad de 1986) se establecieron las nuevas funciones y actividades, sus áreas de actuación y la estructura organizativa que permitiera cumplir con los nuevos cometidos de forma más ajustada a la recién reformada atención primaria.

Indudablemente, la reforma de la atención primaria mejoró las condiciones laborales y amplió las perspectivas profesionales del colectivo, brindando a las enfermeras la oportunidad de un ejercicio profesional más autónomo y específico, lo que podría haber contribuido a establecer con mayor precisión el papel de las enfermeras en atención primaria; sin embargo, los avances en la

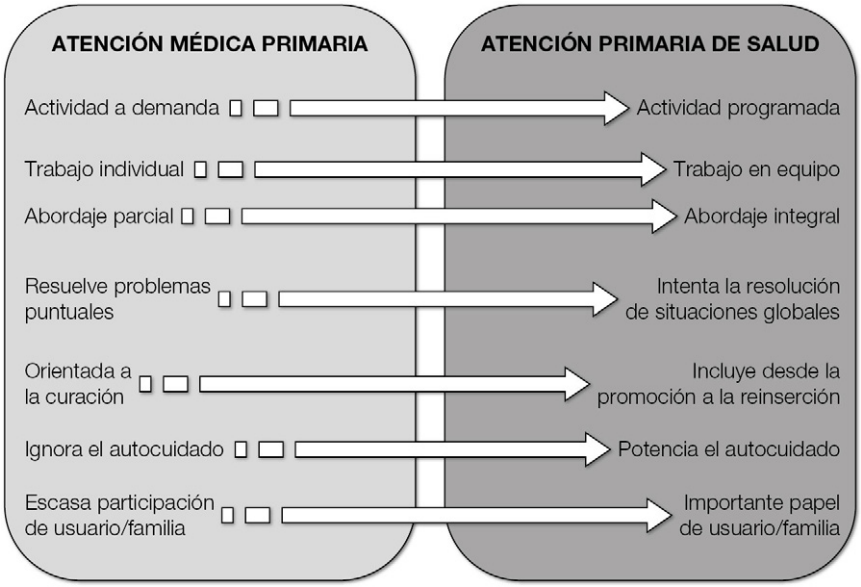


FIGURA 77-1. Paso de asistencia médica a atención primaria.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

búsqueda de mayor identidad y logros profesionales no son tan visibles como podría esperarse, dada la buena situación de partida. A lo largo de estos años no han dejado de surgir discrepancias y contradicciones dentro y fuera del propio colectivo, desde la indefinición del papel profesional o la escasa rentabilidad del trabajo de enfermería, hasta los conflictos derivados de las relaciones con otros miembros del equipo asistencial.

Si bien en un principio la organización de los cuidados enfermeros en los centros de salud se planificó sobre la base de criterios más próximos al de los recién abandonados ambulatorios de asistencia médica con discretas modificaciones (miniequipos médico-enfermera, reproducción del modelo organizativo médico con hipertrofia de las actividades en el centro, excesiva dispensarización y, por tanto, predominio de la organización del trabajo mediante la asignación de actividades o programas, etc.), poco a poco se introdujeron cambios para lograr un patrón organizativo que permitiese una adecuada prestación de cuidados a la población. El problema era, sin duda, el estar ante un fenómeno complejo con muchas variables interconectadas: un modelo profesional muy reciente (de cuidados), la coexistencia en la práctica de dicho modelo con otro distinto (de carácter biomédico), la tremenda dificultad de organizar los servicios enfermeros (derivada sobre todo de la existencia de actividades propias, interdependientes y delegadas) o la fuerte influencia del modelo organizativo médico (orientado al centro y no a la comunidad). Todo ello influenciado por el contexto donde se desarrollaban las distintas experiencias, caracterizado por la invisibilidad del nuevo modelo de cara a la población y por la ausencia de incentivos profesionales reales.

PRODUCTO ENFERMERO Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

El equipo de atención primaria es el responsable, como proveedor sanitario, de prestar la atención y cuidados de salud a la población en el primer nivel asistencial. Esta atención hace referencia a funciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción a la comunidad. Todas estas funciones se organizan sobre la base del trabajo multidisciplinar, la planificación de objetivos comunes, la acción autónoma de los diferentes profesionales y su participación activa en la gestión del centro de salud.

Por su parte, la organización de los cuidados enfermeros en atención primaria se centra en la necesidad de promover estrategias que permitan la identificación y definición de la demanda para poder adecuar la oferta de las enfermeras mediante la cartera de servicios.

Las enfermeras de atención primaria, por tanto, deben basar la organización de sus cuidados sobre la base de los siguientes elementos:

- *¿Quiénes son los clientes de la atención primaria o del proceso?* Identificar para quién se producen y a quiénes van dirigidos los cuidados enfermeros.
- *¿Qué ofertan las enfermeras?* Definir qué es lo que se produce: mapa o arquitectura de los distintos procesos.
- *¿Qué calidad se aporta?* Controlando los procesos (expectativas de clientes, recursos, normas y costes) y mejorando su calidad siempre que sea posible.
- *¿Cómo se insertan los procesos enfermeros en la organización interfuncional de la empresa?* Que exista una sintonía entre los productos ofertados y los objetivos de las organizaciones.
- *¿Cómo mejorar los procesos departamentales?* Aplicar programas de mejora continuada de calidad. Pero hay que tener presente que no se puede confundir actividad y tarea, ya que la actividad responde más al *qué* y la tarea al *cómo.* La actividad se relaciona más directamente con el objetivo, ocupando un rango superior; es lo necesario para cumplir el objetivo y la tarea es una parte para el desarrollo de la actividad, que contiene en sí misma el procedimiento con sus normas de calidad de la práctica clínica, establecida previamente por consenso entre las enfermeras del equipo.

Se trata, por tanto, de definir el producto enfermero, entendido este como el servicio facilitado por las enfermeras, que explica: qué se produce, con qué calidad y a qué coste, como consecuencia de adecuar la oferta en función de la demanda.

Para lograrlo se debe organizar, sistematizar y racionalizar la prestación de cuidados a la población mediante una serie de acciones realizadas en el marco de programas de salud, dentro de cada

CUADRO 77-1. Acciones organizativas de enfermería en atención primaria

1. Definición de un modelo de cuidados concreto que explicite la contribución específica de enfermería al equipo.
2. Identificación de los grupos y segmentos de población que sean susceptibles de intervención de enfermería.
3. Definición de la oferta de cuidados a los grupos susceptibles, que debe estar: 1) priorizada según criterios de necesidad y demanda; 2) orientada a la solución de problemas concretos (diagnósticos enfermeros), y 3) reflejada en forma de contribución enfermera a la cartera de servicios.
4. Determinación y establecimiento de una modalidad organizativa de cuidados basada en la asignación de población (criterio de división del trabajo).
5. Establecimiento y difusión del horario de atención.
6. Elaboración de normas administrativas que orienten, ordenen y regulen la atención.
7. Desarrollo de mecanismos de comunicación, coordinación y derivación eficaces (criterios de inclusión, de derivación y de seguimiento) tanto con el resto del equipo como con el hospital e instituciones implicadas en el trabajo comunitario.
8. Establecimiento de procedimientos estandarizados de trabajo.
9. Establecimiento de mecanismos de mejora de la accesibilidad y de captación de la población susceptible.
10. Establecimiento de estrategias de mejora de la calidad de los cuidados.
11. Establecimiento de mecanismos de racionalización de la demanda, si fuese necesario.
12. Planificación, coordinación y desarrollo de actividades de formación continuada, pregrado y posgrado.
13. Definición de líneas de investigación.
14. Otras acciones determinadas por las características del entorno.

Fuente: Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Martínez Riera JR.

modalidad de atención y como contribución específica a la organización del equipo (cuadro 77-1).

Las acciones para llevarlo a cabo suponen las diferentes fases del desarrollo organizativo ideal de enfermería, pero también suponen criterios de calidad organizativa. Así, esta formulación permite tanto utilizar dichas acciones como indicadores de calidad organizativa de la unidad de enfermería, como servir de base para la elaboración de una tipología de perfiles en los que clasificar las distintas realidades (acciones como fases), en función del nivel organizativo alcanzado. El primer propósito necesita de la definición de estándares para cada acción utilizada como indicador, aunque el marco conceptual reflejado en el cuadro 77-1 supone un buen punto de partida.

Si bien se trata de fases con un orden establecido no existe una secuencia recomendable en su desarrollo, y en muchas ocasiones no se produce de forma secuencial sino simultáneamente, y, por otra parte, su duración puede ser tremendamente variable.

Pero sí que la organización enfermera debe responder a una forma concreta de entender los cuidados, a una cartera de cuidados orientada a los usuarios y sus problemas y a una asignación de población a cada enfermera. Así, las cuatro primeras acciones del cuadro suponen la base donde ha de asentarse toda la construcción organizativa posterior.

En la organización de la actividad enfermera en atención primaria habrá que tener en cuenta la modalidad organizativa de cuidados, ya que determinarán su distribución, peso, prioridad… en el conjunto de la actividad desarrollada en el centro.

La variabilidad existente en la organización de la prestación de cuidados en atención primaria en función de los criterios de asignación de usuarios o tareas es muy grande, y no existen criterios claros en este sentido. En líneas generales, las distintas modalidades organizativas de cuidados descritos en la literatura médica (enfermería funcional, enfermería de equipo, enfermería primaria, gestión de casos, cuidado enfocado al paciente, equipo de trabajo autodirigido, etc.) hacen referencia bien a experiencias hospitalarias, bien a sistemas empleados en países cuyo primer nivel de atención difiere del de España, por lo que los resultados son difícilmente extrapolables. No obstante, si bien no existen criterios claros en el Estado español que orienten cómo organizar las unidades de enfermería, sí que de las distintas experiencias puestas en práctica pueden identificarse diversas modalidades organizativas, en

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TABLA 77-1. Las modalidades organizativas de cuidados

	Organización por población				Organización funcional		
	UAF	Sectorización	Gestión de casos	Libre elección	Dispensarización	Por actividad	Rotaciones
Criterio de asignación	Cupo libre elección de médico	Zonas geográficas	Cualquiera de los anteriores	Libre elección de enfermera por parte de los usuarios	Programas	Tipo de actividad	Turnos
Ámbito más frecuente	Consulta de enfermería Visita domiciliaria	Visita domiciliaria	Visita domiciliaria	No hay experiencias en la actualidad	Consulta de enfermería Trabajo con la comunidad	Servicios comunes	Servicios comunes

Fuente: Modificado de Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral P (2000).

función de los métodos utilizados para la división del trabajo.

Es posible clasificar las distintas modalidades organizativas en dos grandes grupos: la organización por población y la organización funcional (tabla 77-1). En el primer grupo, los métodos de asignación se basan en adjudicar una población de referencia a cada profesional, de forma que este debe prestar una atención integral a dicha población, con independencia del tipo de servicio o actividad a realizar. En la organización funcional el criterio de reparto lo constituye la asignación por servicios o actividades, y abarca las siguientes modalidades: organización por programas de salud o dispensarización, organización por actividades y rotaciones.

En la práctica no existe un modelo organizativo puro, siendo lo habitual modelos mixtos, de forma que en un mismo centro se encuentran distintas fórmulas organizativas para cada modalidad de atención o grupo de modalidades, y a veces existen hasta diferencias entre programas de salud dentro de una misma modalidad de atención.

En cualquier caso, y con independencia de la modalidad organizativa que se adopte, la organización de los cuidados enfermeros debe tender a establecer nuevas propuestas y estrategias que permitan dar respuesta a las necesidades de la comunidad y que pasan, entre otras por:

- La personalización e individualización de los cuidados.
- La evidencia de la efectividad de los cuidados y la promoción de la salud.
- La gestión del tiempo en consulta de enfermería.
- La promoción de la atención domiciliaria con nuevas formas organizativas.
- Las clasificaciones enfermeras y la definición y medición del producto enfermero.
- Las sesiones clínicas de cuidados en la formación continuada de los centros de salud.
- La consulta de enfermería a demanda.
- La educación para la salud grupal orientada a problemas.
- La continuidad interniveles de los cuidados.
- La orientación hacia el usuario en las actividades delegadas.

La mejor organización de cuidados enfermeros será aquella que solucione los problemas de los usuarios. Para ello las enfermeras comunitarias deben lograr la efectividad y la eficiencia de los cuidados.

LECTURAS RECOMENDADAS

Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Martínez Riera JR. La organización de los cuidados en enfermería comunitaria. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Del Pino Casado R, Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):311-37.

Del Pino R. Metodología de trabajo en enfermería comunitaria. Cap. 14. En: Frías A (ed.). Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

Galindo A, Escobar MA, Corrales D, Paloma L. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. Enf Clínica. 2002;12(4):157-65.
Mora Martínez JR, Ferrer Arnedo C, Ramos Quirós E. Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud. Rev Adm Sanit. 2002;VI(21):135-59.
Valentín V, Camps C, Carulla J, Casas A, González Barón M. Organización de los cuidados continuos. Psicooncología. 2004;1(2-3):7-24.
Zárate Grajales RA. La gestión del cuidado de enfermería. Index Enferm. 2004;13(44-45):42-6.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 7 8

Osteoarticulares, enfermedades: atención de enfermería

Eva María Gabaldón Bravo

«Hijo, mira mis manos (y sacó de debajo de la manta sus hermosas manos, nudosas y maltrechas como leños de vid, recorridas de venas largas y tortuosas como su vida difícil). ¿Las ves? Están pidiendo tierra…».

DEFINICIÓN

Las patologías osteoarticulares son aquellas que afectan al sistema musculoesquelético, concretamente a la masa ósea en los puntos de articulación. Su etiología es variada, pero cabe destacar las de origen autoinmune, como la artritis reumatoide, las derivadas de procesos inflamatorios, como la artrosis, y la osteoporosis, muy relacionada con la edad. En todo caso, las manifestaciones comunes a este tipo de afecciones son el dolor, la deformación e inflamación de la articulación, y la limitación del movimiento en la articulación afectada.

El aumento de la longevidad en la sociedad actual hace que el porcentaje de población afectada de este tipo de patologías vaya en aumento; la población anciana es la que en mayor medida demanda cuidados a los profesionales de atención primaria referidos a la sintomatología de este tipo de afecciones.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Los centros de atención primaria son los principales núcleos de acceso al sistema sanitario para la persona y, de forma recíproca, para el equipo de salud (medicina, enfermería, trabajo social) es el portal de acceso al cuidado integral y continuo del individuo y de su entorno. Esto ha de ser utilizado como una oportunidad para la aproximación al paciente con afecciones osteoarticulares. El objetivo de la atención sanitaria a este nivel ha de ser, siguiendo a Mussoll et al. (2002), evitar o retrasar la aparición de deterioro funcional, para que la persona pueda seguir siendo independiente y capaz para su autocuidado.

En el momento de la valoración integral, la evaluación de la capacidad funcional es de gran importancia, ya que la pérdida de la función física es uno de los factores desencadenantes de la dependencia, fragilidad y mortalidad, etc. Una valoración integral llevada a cabo a tiempo puede sacar a la luz factores donde incidir para retrasar el desarrollo de dependencia funcional y, por otra parte, disminuir los gastos que esta acarrea al sistema.

Por lo tanto, y relacionados con la capacidad funcional de la persona, tres van a ser los aspectos que enfermería va a tener que abordar en el paciente con enfermedades osteoarticulares, básicamente: la presencia de dolor crónico, la alteración de la imagen corporal y la autoestima, y el deterioro de la movilidad.

En cuanto al dolor crónico, desde atención primaria, el paciente tiene la posibilidad de ser seguido por los profesionales de enfermería a lo largo del tiempo.

El componente psicológico es clave para el abordaje por parte del equipo interdisciplinar de este tipo de dolor. La educación al paciente o la formación del mismo para el manejo del dolor es un componente indispensable en las intervenciones de enfermería. La formación del paciente ha de tener en cuenta la autopercepción de su estado de salud, en cuanto a los signos de tipo físico y psicológico, y el conocimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento, ya no solo farmacológico, sino en todos sus aspectos (ejercicio recomendado, dieta saludable, manejo del peso, actividades de la vida diaria, higiene postural, terapia alternativa, etc.).

El dolor crónico con mal manejo repercute en la calidad de vida de los pacientes, ya que

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

es limitador de las actividades de la vida diaria (González Redón et al., 2007) y afecta a la autoestima (Gómez Sal, 1997), por lo que ambos aspectos se deberán tener en cuenta en la planificación del cuidado.

En cuanto a la atención de enfermería relacionada con la imagen corporal y la autoestima, esta ha de ir encaminada a la prevención y el abordaje de la pérdida de autoestima por el rechazo a los cambios generados por las patologías (deterioros posturales, de deambulación, en las manos, etc.), tanto del propio paciente como de las personas que le rodean.

Por lo que respecta a la movilidad afectada de los pacientes con este tipo de deterioro, la atención de enfermería deberá abordar desde su repercusión en la incapacidad para el autocuidado, hasta el posible deterioro de la deambulación o del mantenimiento de una buena postura.

Si, como vemos, es importante el cuidado individual y personalizado del paciente con artrosis, también es cierto que desde la posición del profesional de enfermería en atención primaria, cercano a la comunidad, se puede abarcar al grupo y realizar intervenciones de tipo informacional y educativo que rentabilicen el esfuerzo para mejorar la calidad de vida de las personas con afectaciones osteoarticulares. Esta recomendación queda claramente avalada por la evidencia científica, en cuanto a dos factores en los que incidir: el control del peso y la realización de ejercicio saludable.

Sería interesante poder llevar a cabo programas de información y educación al paciente sobre la patología que le afecta, y su abordaje desde la educación para la salud y la promoción del autocuidado.

Como cualquier otro programa, el punto de partida habrá de ser el conocimiento de la población diana (información que consta en la historia del paciente, diagnóstico de salud de la población…) a la que va dirigido, tendremos que indagar acerca de la incidencia en nuestro departamento de las afecciones osteoarticulares entre la población y llegar a la conclusión de que es interesante el programa en cuanto al aumento de la calidad de vida de los pacientes y a la disminución del gasto económico generado. Una buena forma de acometer esta primera parte del trabajo podría ser un estudio descriptivo de la población diana, que debería abarcar a sujetos en un ratio de edad de riesgo (p. ej., desde la menopausia, para las mujeres, y desde la edad de la jubilación, para los hombres, por lo que supone en cuanto al riesgo de sedentarismo). Nos interesaría conocer aspectos sociológicos-culturales, que darán calidad a nuestros proyectos de intervención.

Una vez definido cuál es el perfil de la población con la que vamos a trabajar, y partiendo de los datos obtenidos, deberemos plantearnos el tipo de intervención y su finalidad u objetivo:

1. **Informar para formar:** es decir, capacitar a la población, mediante el conocimiento de lo que supone una patología osteoarticular, los riesgos de padecerla y las posibles formas de prevención, para que se posicionen al respecto. Debemos respetar la autonomía y capacidad del autocuidado de la población, siempre desde el conocimiento del riesgo de determinados estilos de vida. Son lugares comunes al respecto de este tipo de programas los que se llevan a cabo en los medios de comunicación en campañas antitabaco, o de prevención de los accidentes de tráfico, por ejemplo. Actualmente, los medios de comunicación para llegar a población de mayores, principales afectados de este tipo de patologías, son la televisión y la radio. Es muy interesante el acceso a estos medios, sobre todo los locales, de los profesionales de atención primaria, de forma que sean referentes de salud para la población.
2. **Educar para el cambio de hábitos y costumbres:** prevención y mejora de la sintomatología de las afecciones osteoarticulares. Si nos planteamos este tipo de objetivos, una de las estrategias que nos hemos de plantear como clave es la interacción interpares; es decir, la realización de actividades que supongan la integración en un grupo de iguales. Este tipo de estrategias ayudan a afrontar las barreras al cambio que se genera por recibir recomendaciones/imposiciones por parte de agentes externos (profesionales que no «conocen mi situación», incapaces de «ponerse en mi lugar»…), por ejemplo. Más allá de cualquier investigación que avale el poder del grupo para generar cambio, un ejemplo que evidencia esto es el ver los paseos de nuestras costas o de las zonas ajardinadas de nuestras ciudades a primera hora de la mañana, o por la tarde; son abundantes los grupos de mujeres con calzado deportivo, que «salen a andar». Hace

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

unos cuantos años esta imagen no se producía en absoluto. ¿Por qué ha aparecido esta nueva costumbre? ¿Quién la recomendó como saludable?

Es difícil conseguir cambios en las rutinas de vida en la población adulta mayor, tales como cambios en la alimentación que repercutan de forma saludable en el control de peso, tan importante para el control de la evolución de la artrosis, o conseguir cambios en la ergonomía del hogar que repercutan en la calidad del descanso, por no hablar de la importancia de generar una higiene postural sana desde la infancia. Todo va a repercutir en la calidad del envejecimiento y en paliar el efecto de la posible aparición de deterioros y patologías osteoarticulares.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alfaro R. Pensamiento crítico y juicio crítico en enfermería. 4.ª ed. Barcelona. Elsevier; 2009.

Amat Puig V, Picot Hernández S, Seguer P. Revisión del dolor crónico en la unidad de dolor Monitor. 2004;6:13-6.

Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. Gac Sanitaria. 2004;18(Supl 1):56-68.

Ávila Alpírez H, Cruz Quevedo JE. Nivel de actividad física en el adulto mayor. Desarrollo Científ Enferm. 2004; 12(7):196-9.

Bardina Tremps E, Gómez Corcuera JC, Díaz Pérez JL, Sevillano Aroz MC, Ordóñez González S. El esquema corporal: su importancia en el desarrollo psicomotor. Anal Cienc Salud. 2000;3:61-8.

Bohórquez Sánchez V, Sánchez Cano D. Los ejercicios de amplitud de movimientos: un cuidado importante en enfermería. Hygia. 2000; XIII(46):5-9.

Cancela Carral JM, Romo Pérez V, Camiña Fernández F. Efecto del programa de fortalecimiento muscular en un colectivo de mujeres mayores de 65 años. Gerokomos. 2003;14(2):80-9.

Cancela Carral JM, Romo Pérez V, Camiña Fernández F. La actividad física saludable en personas mayores. Parámetros condicionantes [Healthy physical activity for elders Condition parameters]. Gerokomos. 2002;13(4):191-203.

Cano JM. La actividad física, medicina necesaria. Humanizar. 2004;73:34-5.

Comas M, Sala M, Román R, Hoffmeister L, Castells X. Variaciones en la estimación de la prevalencia de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos utilizados en los estudios poblacionales. Gac Sanit [revista en internet]. [Consultado el 31 de enero de 2011]; 2010;24(1):28-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000100005&lng=en.

Consejo Internacional de Enfermeras. El CIE ante el problema de la obesidad. Crear conciencia pública de una enfermedad social y ambiental. Temas Enferm Act. 2004; 11(54):37-8.

Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. Gac Sanit [revista en internet]. [Consultado el 31 de enero de 2011]; 2004;18(4):268-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000600004&lng=en.

De la Torre J. La artrosis. Metas de Enf. 2008;11(7):19-24.

Flores Álvarez JC, Chulvi Alabort V. Climaterio y ejercicio físico: la experiencia de 6 centros de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria. 1997;20(3):137-40.

González Redón C, Moreno-Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor. 2007;422-7.

Guallar-Catillón P, Santa-Olalla Peralta P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. Med Clínica. 2004;123(16):606-10.

Gutiérrez-Fisac JL. La intención de perder peso podría asociarse a una menor mortalidad por todas las causas en población adulta mayor de 34 años. [Gregg EW, Gerzoff RB, Thomson TJ, Willianson DF. Intentional weight loss and death in overweight and obese U.S. adults 35 years of age and older. Ann Intern Med. 2003; 138:383-9]. GCS. 2003;5(3):117.

López Martínez C, Gutiérrez Gascón J. Caso clínico: aplicación de balneoterapia en un caso de artrosis y osteoporosis. Medicina naturista. 2009;3(1):25-32.

López-López A, Montorio Cerrato I, Fernández de Troconiz M. Izal. El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [revista en internet]. [Consultado el 31 de enero de 2011]; 2010;17(2):78-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000200003&lng=es.

Mansilla Domínguez JM, Herrera Sánchez B, Perdigón Florencio P, Montes Campello MI, Sánchez López MT. Actividad física durante el tiempo libre en población adulta (1). Metas Enferm. 2002;V(49):60-5.

Pradas de la Fuente F, Díaz Rodríquez L, Vargas Corzo MC, Arroyo Morales M. Contribución de un programa de intervención interdisciplinar en educación para la salud con personas mayores: metodología de una realidad compartida por personal sanitario y profesionales de la actividad física del deporte. Evidentia. 2004.

Sánchez León V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev Enferm IMSS. 2001;9(2):91-6.

Viana Montaner BH, Gómez Puerto JR, Silva ME. Efecto de un programa de actividad física para la tercera edad sobre una población físicamente activa. MD. 2005;1:18-22.

C A P Í T U L O 7 9

Ostomías

Juan Mario Domínguez Santamaría

CONCEPTO

En términos generales se define la ostomía como la abertura quirúrgica (estoma) que pone en comunicación de manera artificial un órgano interno con el medio externo a través de la piel. En este sentido, cualquier abertura quirúrgica podría ser considerada una ostomía, como en los casos que la abertura se practica sobre la tráquea, el tracto digestivo o el tracto urinario. No obstante, en este apartado trataremos las que hacen referencia al tracto digestivo y urológico, dado que las que se practican sobre la tráquea, los expertos las consideran de manera más específica, en lo que se refiere a sus cuidados.

Las ostomías que se practican sobre el tracto digestivo y urológico, por tanto, son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación, que están interrumpidas por cualquier causa clínica. En este sentido, las heces y la orina se recogen en un dispositivo diseñado especialmente para ello.

CLASIFICACIÓN

Atendiendo al tiempo de permanencia:

- *Temporales:* si se puede restablecer el funcionamiento normal del aparato afectado, resuelta la causa que lo originó.
- *Definitivas:* cuando no existe solución de continuidad, bien sea por amputación/extirpación del órgano o el cierre del mismo.

Atendiendo a la finalidad:

- *De eliminación:* son las que se practican para la eliminación de los residuos orgánicos de desecho (heces u orina).
- *De alimentación:* son las que se practican de manera permanente comunicando el estómago con la pared abdominal en la que se inserta una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo.

TIPOLOGÍA

Las ostomías digestivas y urológicas reciben distintos nombres dependiendo del órgano y porción de este, que se aboque al exterior:

- *Ileostomía:* exteriorización del último tramo del íleon a la piel de la pared abdominal. El estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen.
- *Colostomía:* exteriorización de un tramo del colon a la piel, que según la porción que se aboque puede ser:
  - *Ascendente:* el estoma se coloca en la parte derecha del abdomen.
  - *Transversa:* el estoma se coloca indistintamente en la parte derecha o izquierda del abdomen.
  - *Descendente:* el estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.
  - *Sigmoide:* el estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.

Las ostomías urológicas o urostomías reciben también distintos nombres según el tramo del aparato urinario que exterioricen:

- *Nefrostomía:* comunicación directa del riñón con la piel.
- *Ureterostomía:* es la exteriorización de los uréteres a la piel. Puede ser unilateral, si se aboca solo un uréter, o bilateral, si se abocan los dos. En este caso, pueden conectarse los dos uréteres y abocarlos al exterior a través de un único estoma.
- *Vejiga ileal:* es un tipo de urostomía en la que se lleva a cabo la extirpación quirúrgica de la vejiga y se conectan los uréteres al íleon, el cual se aboca al exterior formando un estoma, por el que se eliminan heces y orina.

Las ostomías de alimentación, al igual que las de eliminación, reciben distintos nombres:

- *Gastrostomía o gastrostomía endoscópica percutánea*. También conocida como PEG de sus siglas en inglés *(percutaneous endoscopic gastrostomy),* consiste en la abertura de un

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago. Constituye un método seguro y de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, ya que previene las complicaciones más habituales de la sonda nasogástrica (obstrucción, cambios frecuentes o imposibilidad de inserción por estenosis esofágica). Resulta de fácil manejo, lo que permite su utilización en pacientes ambulatorios y en pacientes pediátricos incluso por cuidadores informales.

- *Yeyunostomía*. Es la exteriorización en el intestino delgado en su porción yeyunal para permitir la nutrición del paciente. Una de las ventajas del acceso yeyunal radica en la posibilidad de iniciar de forma precoz la alimentación enteral en el período postoperatorio. La yeyunostomía de alimentación puede ser temporal (Witzel) o permanente (Roux), y se utiliza en el caso de pacientes en estado comatoso, con fístulas u obstrucciones gastrointestinales de localización alta o en aquellos a quienes no se pueda colocar una sonda nasoyeyunal. La colocación laparoscópica de la yeyunostomía suele ser menos invasiva y producir menos traumatismos y cicatrices tisulares, mientras que si se utiliza con catéter de aguja, este se colocará mediante cirugía abdominal.

DISPOSITIVOS COLECTORES PARA OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN

Los sistemas colectores son los dispositivos que se utilizan para recoger, de manera cómoda y eficaz, los productos de desecho intestinal y urinario. Están formados por dos elementos: la placa y la bolsa recolectora.

La placa debe tener un poder de adhesión que garantice la movilidad del portador a la vez que prevenga la irritación de la piel periostomal. Por lo general, están hechas de material plástico con adhesivo hidrocoloide. La bolsa está hecha de un material plástico resistente, flexible e impermeable al olor y debe ser de manejo fácil en su aplicación o retirada, además de ser eficaz para recoger los residuos y eliminar los gases. En la mayoría de los casos la bolsa lleva incorporado un filtro de carbón activado que permite el paso del aire, pero que a su vez es capaz de retener los olores desagradables.

Tipos de sistemas colectores

Existen diversos tipos de sistemas colectores, de manera que se pueda elegir el más adecuado a cada tipo de ostomía y a cada paciente.

Según el tipo de vaciado

- *Cerrados*. Son bolsas termoselladas por su parte inferior, de manera que no se pueden vaciar y deben ser reemplazadas cada vez que se desee desechar su contenido. Son las adecuadas para las heces sólidas o pastosas e ideales para personas portadoras de una colostomía.
- *Abiertos*. Son bolsas abiertas por su extremo inferior que se puede cerrar y abrir con un sistema de pinzado, para facilitar el vaciado de su contenido cada vez que se desee, sin necesidad de cambiar de bolsa. Este es el dispositivo ideal para personas portadoras de una ileostomía. Existen sistemas abiertos específicos, para urostomías, que llevan incorporada una válvula de drenaje que facilita el drenaje de la orina, además de una válvula antirreflujo que impide el retroceso de la orina.

Según el sistema de sujeción

- *De una pieza*. El adhesivo y la bolsa forman un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel. Son las más cómodas si la piel aguanta bien los cambios frecuentes del adhesivo y las heces son sólidas.
- *De dos piezas*. El adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de una anilla de plástico. La placa adhesiva puede mantenerse durante 2 o 3 días, siempre y cuando no haya fugas de efluente, y es la bolsa la que se cambia con mayor frecuencia. Provocan menos lesiones de la piel periostomal, ya que evitan el pegado y despegado frecuente del adhesivo. Son los adecuados cuando la piel es muy sensible y se irrita con facilidad, ya que permite el reposo de la piel periostomal durante varios días. En contraposición, son menos discretos, menos flexibles y tienen menor capacidad de adaptación a los pliegues y zonas curvadas de la piel.
- *De tres piezas*. Son como las de dos piezas pero además tienen un clip de seguridad en el cierre del aro de la placa.

En términos generales, las bolsas son de tacto fino y agradable y de diferentes colores: las **transparentes,** que permiten observar el estoma y el contenido, por lo que son de uso más corriente

en el hospital, durante el postoperatorio de los pacientes ostomizados, y las opacas, que suelen ser de color beige y más discretas, generalmente utilizadas cuando el tránsito intestinal del paciente se ha normalizado.

Otros accesorios de los sistemas colectores

- *Plantilla medidora* del estoma.
- *Pasta niveladora y tiras de resina moldeable.* Se utilizan para llenar los desniveles de la piel y conseguir una superficie lisa alrededor del estoma, favoreciendo la adaptación de los dispositivos y evitando fugas.
- *Crema barrera.* Se utiliza en la cura de las dehiscencias y las fístulas. Tiene propiedades regenerativas de la piel, ya que tiene hidrocoloides.
- *Crema protectora.* Se utiliza cuando la piel periostomal presenta irritaciones o dermatitis importantes. Se aplica una capa fina y cuando está seca, se coloca directamente el adhesivo.
- *Película protectora.* Es una crema que se utiliza para prevención de las irritaciones de la piel, no para tratamiento. Aumenta la adhesividad de las resinas.
- *Placas adhesivas para la protección de la piel.* Tienen una elevada proporción de hidrocoloides, con lo cual son muy absorbentes y protectoras. Se utilizan en el tratamiento de las dermatitis.
- *Pastillas gelificantes.* Se utilizan en las ileostomías. Son unas pastillas que se colocan dentro de la bolsa colectora y convierten el líquido en una masa gelatinosa más compacta que dificulta las fugas, ya que se mueve menos.

Procedimiento de colocación y retirada de los dispositivos colectores

Colocación

- Deberá realizarse siempre de abajo hacia arriba por si emite alguna excreción.
- Preparamos el material necesario para la higiene de la zona y el recambio de dispositivo y, cuando lo tengamos preparado, retiramos el dispositivo usado.
- Limpieza del estoma y la piel periostomal con solución fisiológica en el postoperatorio inmediato y posteriormente con jabón neutro, una esponja suave y agua tibia, con movimientos circulares desde el interior hacia el exterior.
- Antes de aplicar el nuevo dispositivo hay que secar bien la piel haciendo toques con una toalla o algodón. Nunca se debe friccionar ni utilizar gasas que puedan erosionar la mucosa del muñón estomal.
- Seguidamente se procederá a medir el diámetro del estoma, utilizando las plantillas de medición adecuada.
- Recortar la placa adhesiva lo más exacta posible a las medidas tomadas. Si el estoma es ovalado o irregular, el orificio del disco también lo será, por lo que hay que medir los dos diámetros, tanto el largo como el corto, para poder ajustar bien la placa.
- Tener en cuenta que el estoma suele reducirse durante los primeros meses, lo que requiere que se mida asiduamente para adecuar el diámetro interno del dispositivo.
- En los dispositivos de una pieza, retirar el film protector y adherir el dispositivo alrededor del estoma, alisándolo bien para evitar fugas.
- En los dispositivos de dos o tres piezas, retirar el film protector y adherir el disco adhesivo a la piel.
- Si es necesario, aplicar pasta niveladora alrededor del estoma para sellar el contacto con la piel periostomal y encajar la bolsa en el círculo de plástico del disco, cerrando el clip de seguridad.

Retirada

- La retirada de los dispositivos de una pieza se realiza tirando con cuidado de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar tirones.
- Para retirar la bolsa de los dispositivos de dos o tres piezas, abrir el clip de seguridad y tirar de ella hacia arriba y hacia fuera para separarla del disco, sujetando este siempre con la otra mano para evitar que se despegue.
- Limpiar el aro, si es necesario, antes de insertar la nueva bolsa. Si hay que cambiar también el disco, se procederá de igual forma que con los dispositivos de una pieza.

Cambio de los dispositivos colectores

- Independientemente de que los dispositivos sean de una, dos o tres piezas, los cerrados deben ser cambiados cuando están a 2/3 de su capacidad y los abiertos se vacían cuando están a 2/3 de su capacidad y se cambia la bolsa cada 24 h.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- El disco se cambia cada 2-3 días, aunque a veces puede permanecer hasta 1 semana.
- El dispositivo debe cambiarse SIEMPRE que haya el mínimo signo de fugas del efluente entre el adhesivo y la piel, sobre todo en las ileostomías, ya que el flujo es continuo y muy corrosivo e irritante para la piel de la persona ostomizada.

COMPLICACIONES DE LAS OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La construcción de un estoma es un acto quirúrgico que puede considerarse «contra natura» y aunque la técnica quirúrgica de construcción de un estoma es teóricamente simple, está condicionada por distintos factores que pueden provocar complicaciones de aparición inmediata o tardía, que inciden de manera importante en la calidad de vida del paciente.

Complicaciones inmediatas

Son aquellas que aparecen en los primeros días del postoperatorio. La atención de enfermería incluye la prevención, detección y cura/cuidado de las complicaciones.

Necrosis

Está relacionada siempre con problemas vasculares de aporte sanguíneo al intestino. La causa puede ser una sección arterial durante la disección del intestino o una sutura inadvertida de algún vaso al fijar el colon. Se identifica por el cambio progresivo de color del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Es importante establecer la extensión de la isquemia y la afección total o parcial de la circunferencia del estoma, así como la profundidad del colon afectado. Cuando el compromiso vascular afecta el colon intraperitoneal requiere la reintervención quirúrgica inmediata, ya que el riesgo de perforación y peritonitis posterior es muy alto. Una técnica quirúrgica depurada es la mejor prevención.

Intervenciones de enfermería

- Controlar el color y aspecto del estoma en su totalidad, valorando la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma.
- Utilizar dispositivos transparentes y de dos piezas para facilitar la visualización permanente del estoma.

Hemorragia

Es poco frecuente. Aparece en las primeras horas del postoperatorio, y la causa principal es la lesión de un vaso subcutáneo y/o submucoso en la sutura del intestino a la pared abdominal. La hemorragia tardía puede ser debida a la producción de alguna pequeña herida al limpiar el estoma o a alguna alteración de los factores de coagulación del paciente.

Intervenciones de enfermería

- Valorar la cantidad de la pérdida, el origen venoso o arterial de la misma y el estado hemodinámico del paciente.
- Si la hemorragia es enterocutánea, realizar hemostasia local o compresión manual.

Dehiscencia

Es la separación mucocutánea en las suturas entre el estoma y la piel periostomal que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal. Las causas más frecuentes son la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del orificio cutáneo demasiado grande en relación con el tamaño del intestino.

Intervenciones de enfermería

- Valorar la extensión y la localización de la dehiscencia con la técnica de las agujas horarias para un mejor control evolutivo.
- Cura de la dehiscencia como cualquier herida quirúrgica, aplicando después una crema barrera para evitar la filtración del efluente y facilitar la cicatrización por segunda intención.
- El dispositivo que se utilice será de dos piezas para evitar intervenciones innecesarias.

Edema

Es la inflamación fisiológica y el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa intestinal como consecuencia de la movilización y manipulación propia del acto quirúrgico. Aunque este edema puede durar 1 o 2 semanas y suele remitir espontáneamente, hay que vigilar y evitar que se cronifique, ya que podría ocluir el intestino y comprometer la funcionalidad de la

ostomía, lo que implicaría una reintervención quirúrgica.

Intervenciones de enfermería

- Valorar el aspecto y la coloración de la mucosa, así como la funcionalidad de la ostomía.
- Posteriormente, aplicar suero hipertónico frío sobre el estoma.
- No se debe utilizar nunca hielo directo por el riesgo de quemadura por frío en la mucosa.

Infección periostomal

Es una complicación poco frecuente causada por la contaminación precoz de la herida quirúrgica que puede ocasionar una celulitis o un absceso y provocar otras complicaciones como la dehiscencia parcial o total del estoma. Puede requerir el desbridamiento y la colocación de un drenaje tipo Penrose. Se manifiesta con un cuadro inflamatorio con fiebre, dolor, rubor y supuración periostomal.

Intervenciones de enfermería

- Extremar las medidas de asepsia en la cura del estoma e identificar precozmente los signos de infección.
- Cuando para tratar la infección se utiliza un drenaje, hay que intentar que el exudado no condicione la adhesión del dispositivo.

Oclusión

Es la reducción o la pérdida de luz del intestino a causa de la aparición de un vólvulo o de bridas que obstaculizan el orificio parietal. Un edema de la mucosa intestinal puede comprometer también la luz intestinal.

Intervenciones de enfermería

- Valorar la funcionalidad del estoma y el control del estado general del paciente: dolor, distensión abdominal, fiebre, hipotensión arterial, etc.
- Maniobras de dilatación creciente mediante sondaje. Esta maniobra debe hacerse siempre bajo supervisión del cirujano, puesto que es el que sabe la orientación que sigue el intestino.

Perforación y/o fistulización

Generalmente, es una complicación secundaria a problemas de la técnica quirúrgica al realizar las suturas enteroaponeurótica, enteroparietal o enterocutánea. Puede estar producida también por una recidiva de la enfermedad inflamatoria y por yatrogenia en la manipulación del estoma al realizar un sondaje para hacer lavados.

Intervenciones de enfermería

- Valorar toda la mucosa estomal al hacer la cura, ya que la fístula puede aparecer en la zona inferior y estar cubierta por el propio estoma.
- Evitar la fricción de los bordes de los dispositivos utilizando crema barrera o apósitos hidrocoloides.
- Es muy importante la detección precoz de signos de infección alrededor del estoma y la valoración de la cantidad y características del exudado: fecaloide, purulento, etc. Se realizará un cultivo bacteriológico del exudado.

Evisceración

Es la exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma. Es una situación de emergencia que requiere tratamiento quirúrgico inmediato. Se produce cuando el orificio muscular es excesivamente grande en relación con el tamaño del intestino abocado, hay hipertensión abdominal, la pared abdominal presenta una hipoplasia o la implantación del estoma se realiza muy próxima a la herida laparotómica.

Intervenciones de enfermería

- Aislar la masa eviscerada con un campo estéril, protegiéndola con gasas estériles humedecidas con solución fisiológica tibia, para evitar la contaminación y el secado intestinal.

Complicaciones tardías

Suelen aparecer cuando la persona ostomizada ya está dada de alta hospitalaria, por lo que los conocimientos para la detección de estas complicaciones debe ser un tema prioritario en la educación sanitaria de estas personas.

Prolapso

Es la protrusión de un asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma. Técnicamente puede estar causado por un colon móvil proximal al estoma excesivamente largo o por un orificio muscular demasiado ancho. Es más frecuente en ileostomías que en colostomías. Si el prolapso afecta a la calidad de vida del paciente hay que valorar la reparación quirúrgica.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Intervenciones de enfermería

- Valorar el grado de prolapso y la funcionalidad del estoma.
- Realizar maniobras de reducción colocando al paciente en decúbito supino y presionando con movimientos circulares suaves el extremo del estoma hacia el interior del orificio abdominal.
- Si es necesario, modificar la dieta del paciente para prevenir el estreñimiento.

Estenosis

Es la disminución progresiva de la luz del estoma. Suele ser secundaria a otras complicaciones como la obesidad, una deficiencia en la irrigación del intestino, nuevos brotes de la enfermedad de base y puede originar cuadros suboclusivos o realmente oclusivos. La clínica se manifiesta por la dificultad de la evacuación.

Intervenciones de enfermería

- Valorar el grado de estenosis según el paso de una sonda, empezando por un calibre pequeño que iremos aumentando progresivamente. Las dilataciones con sonda deben realizarse siempre bajo supervisión del cirujano, puesto que es el que sabe la orientación que sigue el intestino. Hay que valorar la necesidad de irrigaciones con SF tibio para evitar la formación de fecalomas.

Granuloma

Es una protuberancia epidérmica periostomal formada por pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor del estoma como consecuencia de una irritación cutánea persistente, causada por puntos de sutura no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periostomal.

Intervenciones de enfermería

- Controlar la retirada de los puntos o del estado de la sutura en caso de puntos reabsorbibles.
- Aplicar el dispositivo correcto para evitar fugas de efluente y utilizar crema barrera o niveladora para conseguir una buena inserción entre la piel periostomal y el dispositivo.
- El crecimiento del granuloma se puede controlar con la aplicación de nitrato de plata.

Retracción

Es el hundimiento del intestino hacia el interior del abdomen a causa de una tensión excesiva del intestino, debida generalmente al aumento ponderal. Se puede acompañar de una dehiscencia.

Intervenciones de enfermería

- Colocar un dispositivo adecuado que facilite la salida cutánea del estoma y aplicar pasta niveladora en la zona desensartada para conseguir un buen ajuste del dispositivo y evitar fugas hacia el interior del abdomen.

Hiperplasia epitelial

Es una complicación exclusiva de las urostomías. Consiste en la incrustación de depósitos fosfáticos que cubren total o parcialmente el epitelio del estoma y la zona periférica. Se asocia a las infecciones urinarias por gérmenes ureolíticos y pH alcalinos.

Intervenciones de enfermería

- Educación sanitaria del paciente y su familia de la importancia de:
  - La higiene al realizar el cambio de dispositivo.
  - La importancia de evitar las fugas de orina utilizando los dispositivos y accesorios adecuados.
  - El reconocimiento de la correcta permeabilidad y funcionalidad de la urostomía y los signos precoces de infección urinaria.
- Recomendar la ingesta abundante de agua y zumos de fruta.

Lesiones yatrogénicas

Suelen ser ulceraciones y lesiones provocadas por fricción y/o presión de materiales inadecuados, inespecíficos o mal utilizados.

Intervenciones de enfermería

- Utilizar siempre el dispositivo adecuado a cada caso y situación.
- Cuando se realice alguna exploración a través de la ostomía, reconocer antes el trayecto del intestino con un tacto digital si es posible.
- Detectar precozmente los signos de decúbito durante la utilización de varillas, fiadores o dispositivos rígidos y si la piel periostomal está afectada aplicar productos específicos para el tipo de lesión.

Dermatitis periostomal

Es una alteración de la piel que circunda el estoma que puede aparecer tanto de manera inmediata como tardía. Las dermatitis periostomales son frecuentes y repercuten en el bienestar y la calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante mantener la integridad de la piel para evitar problemas dermatológicos.

La pérdida de la integridad cutánea de la zona está condicionada por varios factores: el tipo de estoma y su ubicación, la consistencia y calidad del efluente según sea colostomía o ileostomía, el estado nutricional y general del paciente, la higiene general y de la zona, la disponibilidad del material adecuado y, sobre todo, la habilidad de los cuidadores.

Tipos de dermatitis

- *Dermatitis química por contaminación del efluente.* Es el problema dermatológico más frecuente, principalmente en las ileostomías. Es una irritación química producida por el contacto de la piel con las heces, debido a que el dispositivo no se ajusta perfectamente al estoma a causa de una mala colocación de los dispositivos, ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva.
- *Dermatitis alérgica de contacto.* Es poco frecuente debido a los avances en la composición de los materiales que se utilizan en la fabricación de los dispositivos colectores. La causa es la alergia al adhesivo del dispositivo que provoca una lesión cutánea que coincide con la forma, localización y distribución del dispositivo, que no responde a las medidas habituales de prevención y cura y que provoca una cronificación de la dermatitis.
- *Dermatitis física o traumática.* Depende siempre de la habilidad para aplicar los cuidados. Puede producirse por una maniobra traumática al retirar la bolsa, el cambio frecuente del dispositivo, la limpieza abrasiva al retirar los restos de heces y cremas, el roce o presión de equipos mal adaptados y el uso de material inadecuado o no específico.

Manifestaciones clínicas

- Son las propias de cualquier dermatitis. En los casos menos severos (1.er grado) la zona puede presentar eritema, edema y dolor, y en los casos de mayor severidad (2.° grado) la zona presenta erosiones de la piel, llagas y sangrado. En cualquier caso, el paciente experimenta prurito en la zona y sensación de malestar.

Intervenciones de enfermería

- Valorar las características de la lesión.
- Identificar la causa.
- Valorar periódicamente la extensión y el grado.
- Valorar la adecuación del dispositivo a cada paciente.
- Ajustar al máximo el diámetro interno del dispositivo de acuerdo con el tamaño y la forma del estoma, comprobando que no haya fugas.
- Insistir al paciente y a los cuidadores sobre la necesidad de realizar una higiene correcta en el cambio de dispositivos, así como en el respeto a los tiempos de permanencia de los mismos.
- En las dermatitis de 1.er grado aplicar mercurocromo, dejarlo secar y aplicar pasta barrera.
- En las dermatitis de 2.° grado utilizar apósitos y pomadas con hidrocoloides y dispositivos de doble sistema.
- En las dermatitis alérgicas es necesario cambiar de marca comercial del dispositivo.

Prevención

- La prevención de las dermatitis se basa en evitar los traumatismos físicos y químicos en la piel periostomal. Evitar los traumatismos físicos significa no frotar ni rascar, despegar los dispositivos con sumo cuidado y solo cuando sea necesario.
- Para retirar las placas adhesivas se puede aplicar aceite de oliva a medida que se va despegando la placa. Después, se debe lavar y secar cuidadosamente la piel (evitar secadores eléctricos) para que el nuevo dispositivo quede bien adherido.
- Evitar los traumatismos químicos significa evitar el agua caliente, los jabones fuertes, los desinfectantes con base alcohólica, el alcohol puro, los apósitos plásticos en espray para facilitar la adhesión y el contacto del efluente con la piel periostomal.

OSTOMÍAS DE ALIMENTACIÓN

Tipos de sondas

Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea

Es una sonda de silicona no colapsable que sobresale unos 20 cm de la piel. El calibre oscila

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

entre 14 y 24 FR, lo cual reduce el riesgo de obstrucción de la sonda y permite la administración de alimentos y medicamentos triturados. La sonda queda fijada contra la pared interior del estómago por un disco de silicona o una cruceta con tres o cuatro pestañas. Externamente se sujeta al abdomen a través de un soporte que se fija con unas abrazaderas.

Sonda con balón

Es una sonda de silicona radiopaca de unos 20 cm de longitud y de 16 a 22 FR de calibre. Tiene un balón en el extremo que queda en el interior del estómago. La fijación interna se efectúa hinchando el balón con agua. El extremo externo incorpora un conector para distintas jeringas o equipos. Externamente se sujeta con un soporte que se fija con un cierre.

Sonda de bajo perfil o botón

Es una sonda de silicona de 2-3 cm que se adapta a la superficie abdominal. Tiene un balón que la fija en el interior del estómago. El extremo externo es un tapón con válvula para prevenir el reflujo del contenido gástrico. Necesita unos sets de extensión diferentes según sean para la administración en bolos o a débito. Este tipo de sonda se coloca a partir de la sexta semana posterior a la implantación de la sonda de gastrostomía y se cambia cada 6-12 meses.

Manejo de la gastrostomía

Cuidados del estoma

- Realizar una cura diaria los primeros 15 días, dos veces por semana a partir de la tercera y con más frecuencia ante la existencia de signos de irritación cutánea, inflamación o secreción gástrica alrededor del estoma.
- Levantar suavemente el soporte externo, con cuidado y sin tirones, para limpiar la zona del estoma con una gasa y agua tibia, con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Los primeros días aplicar antiséptico de base no alcohólica y colocar una gasa debajo del soporte externo para evitar roces y decúbitos. Posteriormente, se puede proteger la piel con crema hidratante o con pasta Lassar.

Cuidados de la sonda

- *Limpieza externa*. Mantener la parte externa: conector, sonda y soporte externo limpios con agua tibia y jabón suave. Aclarar y secar bien para que no queden restos de jabón.
- *Limpieza interna*. Después de cada toma de alimento o medicación pasar agua por la sonda, de 10 a 20 ml según la edad del paciente o cada 4-6 h en caso de nutrición enteral continua. La parte interna del conector se limpia con agua tibia y torunda tipo bastoncitos de algodón.
- *Comprobación de la posición*. Antes de cada toma y cada 4-6 h comprobar que la sonda no se ha movido, observando la graduación en centímetros externalizados de la sonda.
  - Girar la sonda y cambiar diariamente la sujeción externa (esparadrapo). Hay que girar con suavidad cada día el soporte externo de la sonda o del botón, para evitar que se adhiera a la piel periostomal y facilitar la transpiración de la misma.
  - Utilizar placas autoadhesivas protectoras de la piel o malla tubular para sujetar la sonda al abdomen. Hay que evitar el esparadrapo, pero si no hay otra opción hay que cambiar diariamente el punto de sujeción.
  - Mantener el tapón de la sonda cerrado cuando no se utilice para evitar la salida del contenido gástrico.
  - Comprobar el volumen de agua del balón cada 2 semanas: aspirar el contenido del balón, comprobar que es el correcto e hincharlo de nuevo.
  - Cambiar la sonda cada 6-12 meses.

Cuidados en la administración de alimentos

La administración de alimentos por la sonda de gastrostomía se realiza de la misma forma que si utilizamos una sonda nasogástrica. Existen tres formas de administrar una alimentación por sonda y según el caso se administrará por gravedad, en bolos con jeringa o mediante bomba de infusión. Cada sistema cuenta con un material apropiado que es el que se debe utilizar.

Al administrar la alimentación debemos tener en cuenta:

- Realizar la comprobación de residuo gástrico solo por indicación médica, no por sistema. Si el volumen aspirado es igual o superior al 30% del alimento administrado, desecharlo y esperar 1 h antes de dar una nueva toma.

- Mantener al paciente incorporado 30-45° durante la administración y hasta 1 h después de su administración.
- En la alimentación por gravedad, mantener la bolsa colgada a 60 cm por encima de la cabeza.
- Utilizar el material y las líneas de administración adecuadas a cada sistema.
- Al finalizar la administración de la ingesta, limpiar la sonda con agua para mantener la permeabilidad. Se utilizará entre 5 y 20 ml de agua según la edad del paciente.
- Limpiar el sistema de infusión con agua y jabón neutro.
- Cambiar la bolsa y la línea cada 2-3 días.

Administración de medicación

- Los jarabes, ampollas y medicamentos líquidos no efervescentes se utilizan directamente, mientras que los comprimidos hay que triturarlos y diluirlos en una pequeña cantidad de agua.
- Al acabar hay que limpiar la sonda con agua.
- Al administrar medicamentos a través de la sonda, hay que tener en cuenta dos aspectos muy importantes:
  - No mezclar la medicación con la alimentación.
  - No mezclar medicación incompatible entre sí.

Complicaciones de las gastrostomías de alimentación e intervenciones de enfermería

Las complicaciones de las sondas de gastrostomía pueden ser mecánicas o gastrointestinales.

Complicaciones mecánicas

Las más frecuentes son:

- *Obturación de la sonda*. Causada por la presencia de restos secos en el interior de la sonda a causa de una limpieza incorrecta. Se soluciona pasando agua tibia por la sonda. Hay que recordar que debemos limpiar la sonda después de cada administración de alimento o medicación.
- *Fugas de contenido gástrico alrededor del estoma*. Pueden estar causadas por el desplazamiento de la sonda hacia el interior del abdomen o por un ensanchamiento del estoma. En esta situación debemos realizar una pequeña tracción de la sonda para juntar las paredes gástrica y abdominal y reajustar el soporte externo para evitar que se mueva.
- *Extracción de la sonda*. Es la salida accidental o voluntaria de la sonda al exterior. Hay que tener en cuenta el tiempo que hace que la gastrostomía está realizada, puesto que los tractos enterostómicos suelen estar maduros a las 2 semanas de la construcción de la ostomía, lo que nos da un margen de seguridad. Cuando la ostomía es reciente, hay que reponer la sonda lo más pronto posible para evitar el cierre de la ostomía, por lo que se debe acudir al hospital para que el cirujano recoloque la sonda.
- *Infecciones y dermatitis periostomales*. Pueden tener diferentes causas y cada una de ellas requerirá unas intervenciones de enfermería diferentes:
  - Movimiento excesivo de la sonda que provoca un granuloma en la piel periostomal, a veces con sangrado leve. Se deberá fijar bien la sonda a la piel y aplicar crema barrera y placas con hidrocoloides.
  - Reacción a un cuerpo extraño como es la sonda. Proteger la piel con crema barrera y una gasa para evitar el contacto.
  - Higiene incorrecta y/o insuficiente. Se deberá extremar la higiene diaria y cuidadosa del estoma.
  - Presión excesiva sobre el estoma. Para evitarlo se regulará la distancia entre el soporte externo y el estoma.

Complicaciones gastrointestinales

Las más frecuentes son: diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal y estreñimiento, y se manifiestan habitualmente durante la primera semana de la terapia enteral, puesto que es entonces cuando el tracto digestivo debe adaptarse a la fórmula líquida, por lo que es muy importante ser riguroso con las normas de administración.

- *Náuseas, vómitos, diarrea, distensión y dolor abdominal*. Son los más frecuentes y pueden tener muchas causas: posición incorrecta del paciente, posición incorrecta de la sonda, flujo de administración demasiado rápido, retención gástrica del alimento, fórmula inadecuada, hiperosmolar y/o con contaminación bacteriana, efectos secundarios de algún medicamento y la angustia o ansiedad del paciente.
- *Estreñimiento*. Las causas habituales son: un aporte insuficiente de líquidos, una dieta con pocos residuos, efectos secundarios de la

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

medicación, hábitos intestinales inadecuados e inactividad.

- *Deshidratación*. Hay que tener un cuidado especial con los pacientes que no pueden manifestar la sed. La causa de la deshidratación es una pérdida anormal de líquidos causada por: diarreas y vómitos, fiebre o sudoración excesiva.
- *Aspiración*. Es una complicación de escasa incidencia pero muy grave, ya que puede originar procesos respiratorios importantes que comprometan y amenacen la vida de la persona. La incidencia es más alta en pacientes encamados, sedados o con el nivel de conciencia disminuido.

Intervenciones de enfermería

Las intervenciones y cuidados enfermeros para prevenir y tratar las complicaciones de las gastrostomías deben ser las adecuadas a la causa que las provoca y, como se ha visto, pasan por:

- La higiene cuidadosa del estoma y de la sonda,
- la administración correcta de la alimentación, tanto técnica como cualitativamente,
- y el conocimiento de los indicadores de aparición de estas complicaciones.

Una vez más, la educación sanitaria de los pacientes y sus cuidadores resulta de gran interés para mejorar la calidad de vida de las personas ostomizadas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Colwell, et al. Fecal and urinary diversions: management principles. St. Louis: Mosby; 2004.

Duszak R Jr, Hodge JC, Coombs BD, Coldwell DM, Krasny RM, Haskal ZJ. Percutaneous Gastrostomy and Jejunostomy. 2003. Disponible en: http://www.emedicine.com/radio/topic798.htm. [Consultado el 21 de noviembre de 2012].

Erwin-Toth P, Thomas-Hess C. Ostomy pearls: a concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education, and more. Adv Skin Wound Care. 2003;16(3):146.

García de Lorenzo A, Ortiz C, Bonet A. Manual de medicina intensiva. 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 97-9.

Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Grupo CIDO. 1997. Disponible en: http://www.coloplast.es; http://www.estomaterapia.com. [Consultado el 21 de noviembre de 2012].

Hasan M, Meara RJ, Bhowmick BK, Woodhouse K. Percutaneous endoscopic gastrostomy in geriatric patients: attitudes of health care professionals. Gerontology. 1995;41(6):326-31.

Igual D, Marcos A, Robledo P, Fernández M. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en atención primaria. Medifam [on-line]. 2003;13(1):206. [Consultado el 1 de febrero de 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-76820030001000002&lng=es&nrm=iso. ISSN1131-5768; http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682003000100002.

Löser C, Keymling M. Práctica de la nutrición enteral: indicaciones, técnicas y cuidados posteriores. Barcelona: Masson; 2004. p. 2-6.

McConell EA. Administración de medicación a través de una sonda de gastrostomía. Nursing. 2003;21(6):45.

Miguelena Bobadilla JM, Gil Albiol M, Escartín Valderrama J, Barranco Domínguez JI. Gastrostomía quirúrgica mínimamente invasiva. Nutr Hosp. 2003;18:264-84.

Oto I, Staff VV, Sanz M, Montiel M. Enfermería médico-quirúrgica: necesidad de nutrición y eliminación. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 12-23; 62-7.

Pereira JL, Velloso A, Parejo J, Serrano P, Fraile J, Garrido M, et al. La gastrostomía y gastro-yeyunostomía endoscópica percutánea. Experiencia y su papel en la nutrición enteral domiciliaria. Nutr Hosp. 1998;13(1):50-6.

Perry AG, Potter PA. Técnicas y procedimientos en enfermería. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2011. p. 115-9.

Prado Rodríguez-Barbero M. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. Metas de Enferm. 2009;12(8):50-3.

Sanahuja M, Soller de Brièvre N, Trallero R. Manual de nutrición enteral a domicilio. 6.ª ed. Barcelona: Novartis; 2002. p. 13-4.

Solé Ripio P, Tegido Valentí M, Ruiz Fernández D, Casanova Millán B, Fuertes Ran C, Juan Ballina C, Vázquez Quiñoy C. Ostomías de alimentación. La sonda PEG (gastrostomía endoscópica percutánea). Revista ROL de Enfermería. 2004;27(6):33-6.

Yriberry S, Monge V, Salazar C, Fernando, et al. Gastrostomía endoscópica percutánea: experiencia prospectiva de un centro privado nacional. Rev Gastroenterol. 2004;24(4):314-22.

C A P Í T U L O 8 0

Oxigenoterapia

Antonio Vicente Valero Marco

DEFINICIÓN

La oxigenoterapia es la terapia consistente en la administración de oxígeno a concentraciones superiores a las existentes en el aire ambiente con el objetivo de prevenir o tratar la hipoxia.

INDICACIONES

La oxigenoterapia está indicada cuando exista una deficiencia en el aporte de oxígeno a los tejidos. Distinguiremos entre oxigenoterapia en fase aguda y en fase crónica (oxigenoterapia domiciliaria [OCD]).

- Indicaciones fase aguda:
  - Hipoxemia arterial. Por ejemplo, asma.
  - Hipoxia tisular sin hipoxemia. Por ejemplo, hipotensión severa.
  - Situaciones especiales. Por ejemplo, intoxicación por monóxido de carbono.
- Indicaciones fase crónica domiciliaria (OCD):
  - Mejoría de la calidad del sueño.
  - Reducción de la policitemia.
  - Aumento de la supervivencia.
  - Mejoría de la condición neuropsicológica.
  - Prevención de la hipertensión pulmonar hipóxica.
  - Aumento del peso corporal.
  - Aumento de la capacidad para el ejercicio y las actividades de la vida diaria.
  - Disminución del tiempo de hospitalización.

CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

Sistemas de alto flujo

Las concentraciones de oxígeno inspirado son más exactas independientemente del patrón respiratorio del individuo.

Mascarillas sistema Venturi

Indicaciones

- Hipoxemia que requiere concentraciones elevadas y estables de oxígeno.
- Ante una insuficiencia respiratoria aguda con retención de CO_2 que requiera administración de oxígeno en concentraciones exactas y progresivas.

Composición

- Mascarilla facial adaptable, de plástico transparente, con ajuste nasal mediante una pinza metálica maleable, y un orificio en cada lateral de la mascarilla para la eliminación del aire espirado.
- Una pieza movible dependiendo de la concentración de oxígeno que se quiera administrar, ajustable a la concentración de oxígeno que se quiere administrar.
- Un tubo flexible transparente de 2 m de longitud, que conecta el humidificador del oxígeno con la mascarilla.

Ventajas

- Garantizan FiO_2 constante, es decir, sabemos en todo momento la cantidad de oxígeno que recibe el paciente independientemente de su patrón respiratorio.
- Permite administrar concentraciones de oxígeno entre el 24-50%.

Inconvenientes

- Incomodidad del paciente.
- Dificulta la comunicación del paciente y la expectoración.
- Sensación de claustrofobia.
- No permite la ingesta de alimentos ni de líquidos.
- Conjuntivitis, si hay fuga del oxígeno a los ojos, por mal ajuste nasal.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Si la cinta de la mascarilla está muy apretada, puede producir úlceras de presión en los pabellones auriculares.

Procedimiento

- Lavarse las manos.
- Preparar el material necesario: mascarilla tipo Venturi, guantes no estériles, lubricante, humidificador desechable, alargadera de oxígeno si precisa.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y la familia, solicitando su colaboración.
- Conectar el humidificador desechable al caudalímetro.
- Conectar la mascarilla al humidificador.
- Comprobar que el oxígeno fluye a la concentración pautada.
- Eliminar secreciones bucales o nasales si procede.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler, si es posible.
- Colocar la mascarilla al paciente, ajustar la pinza metálica nasal.
- Ajustar la cinta de la mascarilla, comprobar que no provoque lesiones.
- Colocar alargadera de oxígeno para facilitar la deambulación y movilidad del paciente.
- Observar el color de piel y mucosas, buscando cianosis periférica.
- Observar la aparición de signos de toxicidad por el oxígeno.
- Comprobar periódicamente que el paciente lleva bien colocada la mascarilla y que el aporte de oxígeno es el prescrito.
- Retirar la mascarilla y limpiar cada 24 h o cada vez que sea necesario.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la historia de enfermería.

Sistemas de bajo flujo

La concentración de oxígeno inspirado no se sabe, ya que depende de tres factores: flujo de oxígeno suministrado, volumen corriente del individuo y de su frecuencia respiratoria.

Cánulas o gafas nasales

Indicaciones

- Hipoxemia leve.

Composición

- Catéter de oxígeno con doble salida de corta longitud y flexible que se introduce en las fosas nasales.

Ventajas

- Permite comer, beber, toser, higiene facial y comunicarse con los demás.

Inconvenientes

- Exactamente no se sabe el oxígeno que llega al paciente, debido al predominio de la respiración oral, por tanto no se debe utilizar en pacientes con hipoxemia e hipercapnia que precisan una FiO_2 exacta.
- Durante el sueño puede retirarse accidentalmente.
- Puede producir sequedad de la mucosa nasal.
- Puede producir erosiones en las fosas nasales.

Procedimiento

- Lavarse las manos.
- Preparar el material necesario: gafas nasales, guantes no estériles, lubricante, humidificador desechable, alargadera de oxígeno si precisa.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia, solicitando su colaboración.
- Conectar el humidificador desechable al caudalímetro.
- Conectar las gafas nasales al humidificador.
- Comprobar que el oxígeno fluye a la concentración prescrita.
- Eliminar secreciones bucales o nasales si procede.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler, si es posible.
- Colocar las gafas nasales.
- Si es necesario, colocar alargadera de oxígeno, para facilitar la movilidad y deambulación del paciente.
- Observar el color de piel y mucosas, buscando cianosis periférica.
- Observar la aparición de signos de toxicidad por el oxígeno.
- Comprobar periódicamente que el paciente lleva bien colocada las gafas nasales y que el aporte de oxígeno es el prescrito.
- Las gafas nasales deben estar siempre limpias, se lavan cada 24 h o cada vez que sea necesario.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la historia de enfermería.

Mascarillas con reservorio (fig. 80-1)

Indicaciones

- Insuficiencia respiratoria hipoxémica que precisa de altas concentraciones de oxígeno.



FIGURA 80-1. Mascarilla con reservorio.

Composición

- Mascarilla facial de plástico transparente y adaptable, que tiene una pinza metálica en su parte superior para el ajuste nasal.
- La mascarilla dispone de tres válvulas:
  - Una que conecta el reservorio con la mascarilla (unidireccional), permite el paso del oxígeno desde el reservorio a la mascarilla durante la inspiración.
  - Las otras dos, situadas a cada lado de la mascarilla, permiten la salida del gas exhalado en la espiración, e impiden la entrada del aire ambiental durante la inspiración.
- Bolsa reservorio para almacenar oxígeno.
- Tubo flexible transparente de 2 m de longitud (aproximadamente), que conecta el humidificador del oxígeno con la mascarilla.
- La ventaja es que se puede administrar oxígeno a alta concentración.
- Los inconvenientes son los mismos que en la mascarilla tipo Venturi.

Procedimiento

- Lavarse las manos.
- Preparar el material necesario: mascarilla con reservorio, guantes no estériles, lubricante, humidificador desechable, alargadera de oxígeno si precisa.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia, solicitando su colaboración.
- Conectar el humidificador desechable al caudalímetro.
- Conectar la mascarilla al humidificador.
- Comprobar que el oxígeno fluye a la concentración pautada.
- Eliminar secreciones bucales o nasales si procede.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler, si es posible.
- Colocar la mascarilla al paciente, ajustar la pinza metálica nasal.
- Ajustar la cinta de la mascarilla, comprobar que no provoque lesiones.
- Colocar alargadera de oxígeno, para facilitar la deambulación y movilidad del paciente.
- Observar el color de piel y mucosas, buscando cianosis periférica.
- Observar la aparición de signos de toxicidad por el oxígeno.
- Comprobar periódicamente que el paciente lleva bien colocada la mascarilla y que el aporte de oxígeno es el prescrito.
- Retirar la mascarilla y limpiar cada 24 h o cada vez que sea necesario.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la historia de enfermería.

LECTURAS RECOMENDADAS

Blanes FV, et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2007.

Caminero JA, et al . Manual de neumología y cirugía torácica. Vol. 1. Editores Médicos; 1998.

Parra ML, Arias S, Esteban A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Barcelona: Masson; 2003.

Sánchez Agudo L, et al. Indicación y empleo de la oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD). Arch Bronconeumol. 1998;34:87-94.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

P

81. Paciente terminal: atención de enfermería 505
82. Participación comunitaria en salud 510
83. Políticas de salud 515
84. Precauciones estándar 527
85. Prescripción enfermera 535
86. Programas de salud 538
87. Promoción de salud 544

C A P Í T U L O 8 1

Paciente terminal: atención de enfermería

María Luisa Velasco-Álvarez, María José Cabañero Martínez
y Juan Diego Ramos-Pichardo

INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL): «El envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas y con cáncer representan un reto importante para los servicios de salud en las sociedades desarrolladas».[1] Esta afirmación, centrada en una coyuntura que puede parecer novedosa, explica conceptualmente la razón de ser de un área que en su esencia sea tan antigua como el ser humano. Muchos de estos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales. En España, se estima que el 50-60% de las personas que fallecen han recorrido un proceso de deterioro en el último año de su vida.

La característica de este tipo de cuidado viene determinada por sus objetivos terapéuticos. Estos objetivos son: obtener el mayor bienestar posible para el paciente durante el tiempo que le quede de vida y la alternativa de una muerte serena cuando la vida ya no sea posible, suministrando el equipo terapéutico apoyo total e integral en todo el proceso. Tizón y Vázquez[2] describen la tríada básica de los cuidados al final de la vida sobre la base de: comunicación eficaz, control de síntomas y apoyo a la familia, que no debe verse interrumpido tras el fallecimiento del paciente ya que su función continúa en el seguimiento del proceso de duelo.

Por su parte, el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Geriatría identifica los siguientes aspectos básicos en la calidad de los cuidados al final de la vida:[3]

- Calidad del control de síntomas físicos y emocionales.
- Mantenimiento de la funcionalidad y de la autonomía.
- Planificación por adelantado.
- Grado de agresividad y elección de la ubicación en situaciones de muerte cercana.
- Satisfacción del paciente y la familia.
- Mantenimiento de la calidad de vida global.
- Valoración de la carga familiar.
- Aseguración de la continuidad de los cuidados.
- Atención al duelo.

Uno de los aspectos importantes es el relativo al lugar en el que el proceso de enfermar y morir se produce. Aunque el lugar sobre dónde morir no siempre sea una preocupación para el moribundo, el lugar donde la muerte ocurra puede afectar la calidad de la misma.[4] En este sentido, varios estudios han mostrado que el propio domicilio es el lugar más deseado para vivir el acontecimiento,[5,6] manifestando igualmente el deseo de ser cuidados preferiblemente por su pareja o por su madre en caso de ser menor de 31 años. Sin embargo, las personas con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central prefieren, en su mayoría, ser cuidados por profesionales en un ámbito institucionalizado, liberando así a los seres queridos de la carga que supone este tipo de atención.[4,6]

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Otra cuestión que resulta de gran interés es la necesidad de establecer y definir los criterios por los que una persona puede ser considerada como paciente terminal y, por tanto, debe ser incluida en un programa de atención especializada para esta situación. Como es conocido, los cuidados paliativos nacieron en el seno del cuidado a las patologías oncológicas. Los objetivos de la oncología clínica son precisos: curar al paciente, aumentar la supervivencia, dilatar los intervalos libres de enfermedad y aliviar los síntomas.[7] Cuando los primeros no se pueden alcanzar, la

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

atención debe orientarse a incrementar la calidad de vida y muerte del paciente y de su entorno. Así, con la finalidad de delimitar las alternativas terapéuticas, se establecen los siguientes criterios que definen la enfermedad terminal:

- Diagnóstico de enfermedad confirmada.
- Enfermedad avanzada, incurable y progresiva.
- Falta de respuesta al tratamiento con intención curativa.
- Presencia de síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo asistencial.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Aunque estos criterios se ajustan y son fácilmente identificables en pacientes con cáncer, no se ajustaban bien a aquellas patologías no oncológicas que generaban el mismo tipo de necesidades en los pacientes y familias. El criterio más problemático para su adaptación es, sin duda, el de la supervivencia inferior a 6 meses, ya que establecer pronósticos vitales en patologías no oncológicas es menos exacto que en patologías de carácter oncológico. La restricción de estos criterios a los últimos meses de vida ha recibido muchas críticas, ya que es paradójico que solo al final de la vida se puedan recibir cuidados de este nivel.[8]

La SECPAL ha adaptado estos criterios, con pequeñas modificaciones, para que puedan ser útiles a todo tipo de patologías, tanto oncológicas como no oncológicas:[9]

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Tratamiento específico para la patología de base optimizado al máximo posible para el paciente.
- Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes a pesar del adecuado tratamiento específico.
- Impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico vital limitado.

Al margen de estos criterios generales de inclusión de los pacientes dentro de programas específicos de cuidados paliativos, se han desarrollado criterios específicos por patología, diseñados para optimizar el tratamiento. A continuación, se detallan algunos de los criterios desarrollados que gozan de un elevado consenso en su utilización.

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Además de los criterios generales anteriormente citados, en el caso de las patologías oncológicas se tienen en cuenta otra serie de criterios, entre los que se encuentran:[10]

- Puntuación en el índice de Karnofsky < 40, indicativa de una menor supervivencia.
- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) < 2, también indicativa de una menor supervivencia.
- Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y *delirium.*
- Percepción subjetiva por parte del propio paciente de peor calidad de vida.
- Deterioro cognitivo.
- Parámetros analíticos: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.

Junto con estos criterios, para cada tipo de cáncer se establecen criterios específicos según el estadio o grado de evolución en que se encuentren, y que no enumeramos en esta obra dado el gran número de tipos de tumores que existen y lo específico de dichos criterios para cada uno de ellos.

INSUFICIENCIAS DE ÓRGANO

Insuficiencia cardíaca

Una clasificación funcional IV para la New York Heart Association y/o un estadio D en la clasificación del American College of Cardiology corresponde a una fase avanzada de la enfermedad. Dicha clasificación evalúa la aparición de sintomatología anginosa (cansancio, disnea, palpitaciones, dolor) en la actividad. Sobre la base de ello, se establecen cuatro categorías desde sin limitación en la actividad (I) hasta imposibilidad para realizar la actividad (IV).

Insuficiencia hepática

La clasificación de Child-Pugh es el indicador más utilizado para evaluar la disfunción hepática. Las variables que incluye dicha clasificación son la ascitis, la bilirrubina, la albúmina, el tiempo de protrombina o INR y el grado en encefalopatía, clasificando al paciente con grado A (enfermedad bien compensada), B (compromiso funcional significativo) y C (enfermedad descompensada). Un paciente en grado C en el que se ha descartado

el trasplante hepático podrá ser valorado como terminal.

Insuficiencia renal crónica

La clasificación desarrollada por la National Kindney Foundation, basada en el filtrado glomerular (FG), establece cinco estadios en los procesos de insuficiencia renal crónica, desde daño renal con filtrado glomerular normal (I) hasta insuficiencia renal con un FG < 15 ml/min (V). Para considerar al paciente como terminal debe estar en estadio V y no ser candidato a diálisis o trasplante.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) establece como criterio de gravedad avanzada la categoría IV (muy grave) que incluye los siguientes criterios:

- $FEV_1/FVC < 0{,}7$.
- FEV_1 <30% del valor de referencia o FEV_1 <50% del valor de referencia + insuficiencia respiratoria.

Esta clasificación se realiza a partir de los valores del volumen de espiración forzada en el primer segundo (FEV_1) y la capacidad vital forzada (FVC), y clasifica a los pacientes en cuatro categorías, desde alteración leve (I) hasta muy grave (IV).

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

En este bloque de patologías encontramos alteraciones como las demencias y la enfermedad de Parkinson para las que se han establecido criterios objetivos de terminalidad a partir de las escalas de clasificación de los estadios de las mismas, así como patologías como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o la esclerosis múltiple (EM), para las que los criterios de terminalidad no han sido tan claramente establecidos.

Para las demencias se ha determinado como punto de corte para valorar a los pacientes como enfermos avanzados situarlos en la categoría 7 o más del Functional Assessment Staging (FAST). Esta escala permite clasificar al paciente en un estadio de evolución que oscila entre 1 (no se aprecian déficits ni cognitivos ni subjetivos) hasta 7, subcategoría f (estupor y coma).

Para la enfermedad de Parkinson, el estadio 5 de la clasificación de Hoen y Yahr se ha establecido como la categoría para determinar la enfermedad como avanzada. Esta clasificación establece cinco estadios de la enfermedad desde 1 (signos y síntomas unilaterales, síntomas leves, síntomas molestos pero no limitantes, generalmente presencia de temblor en una extremidad y cambios en la postura, locomoción y expresión facial) hasta 5 (estado caquéctico, invalidez completa, no puede mantenerse de pie ni caminar y requiere cuidados constantes de enfermería).

Como ya hemos indicado, para algunas de las enfermedades neurodegenerativas más relevantes como la ELA y la EM no se han desarrollado criterios específicos de terminalidad, por lo que es aconsejable utilizar criterios generales de supervivencia[11] como son la supervivencia estimada, la evaluación del estado funcional, el estado nutricional y la comorbilidad.

OTRAS PATOLOGÍAS

Para determinar el curso avanzado de procesos con un deterioro funcional grave no recuperable es recomendable, también, la utilización de criterios generales como el estado funcional a través de escalas genéricas de actividades básicas de la vida diaria como el índice de Barthel o el índice de Katz, o específicas para pacientes paliativos como la Palliative Performance Scale; así como predictores de supervivencia como el índice de Karnofsky. También es aconsejable la evaluación del estado nutricional del paciente, a través de valoraciones como la valoración global subjetiva generada por el paciente o el Mini-Nutritional Assessment, específico para personas mayores.

Otros indicadores de interés y que pueden resultar útiles para determinar el criterio de terminalidad son la comorbilidad y el consumo de recursos.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Vistos los criterios de inclusión de los pacientes en el área de los cuidados paliativos y vistas igualmente las preferencias mayoritarias de estos pacientes, debemos analizar algunos apartados de la atención domiciliaria, sus posibles ventajas e inconvenientes y las causas por las que estas preferencias contrastan con los datos fríos de que los pacientes siguen mayoritariamente falleciendo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en los entornos hospitalarios.[12] El documento de consenso de la semFYC-SECPAL[13] revisa los posibles problemas estructurales que presenta la atención domiciliaria en el primer nivel de atención y que permite afirmar que la atención no es de la calidad deseada. Este documento contempla los siguientes problemas:

- La excesiva carga asistencial derivada de la inadecuación de plantillas.
- Las trabas burocráticas para la prescripción y acceso a la medicación y el material específico.
- Los problemas organizativos dentro de los equipos de atención primaria, principalmente problemas de coordinación y definición de funciones entre los componentes del equipo de atención primaria.
- La inadecuada coordinación con otros niveles asistenciales.
- La desautorización de la atención primaria por el nivel especializado.
- La insuficiente formación y experiencia en este campo de los profesionales del primer nivel de atención.

Sin embargo, aun con los problemas anunciados, es posible mejorar la atención que se presta a los pacientes y sus familias en este nivel, dado que los pacientes tienen derecho a una atención de calidad en el período final de su vida, y esta atención puede recaer sobre equipos de atención primaria apoyados por los equipos de soporte domiciliario (profesionales médicos/enfermeras con formación específica y amplia para la resolución de problemas clínicos en cuidados paliativos).[13]

Martín-Carrillo[12] plantea los ejes transversales de este tipo de atención:

- *Una adecuada planificación de los cuidados*, apoyados en la visita domiciliaria programada como acción terapéutica y de apoyo al paciente y la familia. La visita domiciliaria establece mejores vínculos entre los profesionales y los pacientes/familias. Detecta la presencia o ausencia de soporte familiar, localizando los puntos de fragilidad de la unidad de soporte familiar. Facilita la expresión de sentimientos y el protagonismo durante el proceso tanto del paciente como de la familia, frente a la superioridad de los profesionales en otros ámbitos. Aquí, el profesional de enfermería es clave, participando activamente tanto en la evaluación como en el mantenimiento del confort y en la continuidad de los cuidados. La integración de la enfermera en el equipo asistencial abarca la toma de decisiones conjuntas, el control del entorno, los cuidados directos y la atención a las familias sirviendo de enlace entre estos y los diferentes profesionales del equipo asistencial.[14]
- *Un adecuado control de síntomas.* Este apartado incluye la evaluación del síntoma, la estrategia terapéutica, la monitorización mediante instrumentos de medida y registros adecuados, hasta la atención a los detalles y el control de los efectos secundarios, incluyendo la información comprensible para los pacientes y sus familias de lo que está sucediendo. En este apartado la presencia de enfermería es importante, no solo por la proximidad y cercanía que la atención al domicilio facilita, sino porque su distintivo fundamental es el cuidado integral de los pacientes y su entorno.
- *La atención de la fase agónica.* La queja más generalizada de las familias en esta fase es la falta de respuesta de los profesionales en estos momentos de ansiedad y dolor. Ser capaz de reevaluar los síntomas y sus objetivos, suprimir los fármacos o las medidas que a este nivel ya no son útiles, prescribir aquellos que disminuyen el sufrimiento de síntomas refractarios, intensificar los cuidados que incrementan el bienestar del paciente y asesorar a la familia sobre rituales o requisitos legales necesarios durante y después del fallecimiento son actividades que resultan de gran importancia
- *El apoyo a la familia.* Las necesidades del cuidador principal son amplias, y aun cuando se debe individualizar el apoyo, existen áreas claras donde enfermería tiene un papel relevante: la educación sobre el cuidado básico del paciente (cuidados de higiene, alimentación), uso de medicación y dosis de rescate, evaluación básica de síntomas o distribución de tareas con el resto de familiares. Qué hacer ante una emergencia o situación de crisis, cómo conectar con el equipo asistencial, cómo solicitar ayudas o cómo autocuidarse tratando de prevenir la claudicación familiar son otros puntos en los que la enfermera debe basar el apoyo a la familia. Una vez sucedido el óbito, la familia no desaparece con el paciente, le quedan etapas de duelo por resolver y nuestra función como profesionales, y más si cabe en este nivel, es la prevención de duelos patológicos.

La atención domiciliaria de estos pacientes puede ofrecer ventajas claras para todos los intervinientes en el proceso:

Para el paciente: mantiene su papel social y familiar. Dispone de su tiempo y lo distribuye. Mantiene su intimidad y sus actividades en un ámbito conocido. Percepción del lugar adecuado para vivir y morir.

Para la familia: ambiente conocido y dominado. Tiempo necesario para realizar los cuidados. Satisfacción por la participación activa en los cuidados. Facilitación en el proceso de duelo. Respeto a la voluntad del paciente.

Para el sistema sanitario: disminución del número de ingresos y de estancias hospitalarias, lo que conlleva un gran ahorro económico. Mejora de la calidad asistencial y mejor percepción de la asistencia, así como mayor cobertura asistencial.

A pesar de todo lo presentado, la decisión para atender a un enfermo en casa o en el hospital durante la fase terminal es un dilema difícil, que no siempre se puede solucionar, aun poniendo en una balanza los pros y los contras porque depende de diversos factores, entre ellos:[15]

- Que el paciente desee estar en el domicilio.
- Que la familia quiera y tenga capacidad para atender al paciente.
- Que el entorno social y familiar del paciente sea adecuado.
- Que exista colaboración entre los profesionales de los distintos niveles de atención y comunicación entre los profesionales y el paciente/familia.
- Que exista equipo asistencial de atención domiciliaria y posibilidad de apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia.

Sin embargo, esto no es excusa para no ofrecer a estos pacientes la mejor calidad de cuidados posible, el menor sufrimiento en el final de su vida y con la mejor compañía, sea cual sea el entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos [monografía en internet]. Madrid: SECPAL. [Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf.
2. Tizón Bouza E, Vázquez Torrado R. Enfermería en cuidados paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería Global. 2004;5. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/546/566.
3. American Geriatric Society Ethics Committe. Measuring quality of care at the end of life: Statemnet of Principles. 1997. Citado por: Jiménez Rojas C. Cuidados al final de la vida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(5):241-3.
4. Brazil K, Howell D, Bedard M, Krueger P, Heidebrecht C. Preferences for place of death among informal caregivers of the terminally ill. Pal Med. 2005;19:492-9.
5. Luxardo N. Muerte en el hogar o muerte hospitalaria. Tendencias globales y factores asociados. Ponencia presentada a las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinar en Salud y Población. Universidad de Buenos Aires; 2009.
6. Wanden-Berghe C, Guardiola R, Sanz-Valero J. Voluntades de la población sobre los cuidados y decisiones al final de la vida. Nutr Hosp. 2009;24(6):732-7.
7. González M. Concepto de medicina paliativa. Aspectos epidemiológicos. En: González M, Ordóñez A, Feliú J, Zamora P, Espinosa E (eds.). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 1-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Mejores cuidados paliativos para personas mayores. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2004.
9. Grupo de Trabajo para Equipos de Soporte Hospitalario. Equipos de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Propuesta de organización y funcionamiento. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
10. Navarro JR. Cuidados paliativos no oncológicos. Enfermedad terminal: concepto y factores pronósticos [monografía en internet]. Madrid: SECPAL. [Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2.
11. Alonso A, Rexach L, Gisbert A. Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. Med Pal. 2010;17(3):161-71.
12. Martín-Carrillo P, Alonso Babarro A. La atención del paciente terminal en el medio rural. Editorial 2001. Disponible en: www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud7/421-423.
13. Documento Consenso de la semFYC-SECPAL. Atención en el domicilio al paciente con cáncer en fase terminal. Valencia; 2000.
14. Herranz-Rubira N. El papel de la enfermera en cuidados paliativos del recién nacido. Enf Clín. 2007;17(2):96-100.
15. Astudillo W, Mendinueta C. Dónde atender al enfermo terminal: ¿en su casa o en el hospital? En: Astudillo W, Casado Da Rocha A, Mendinueta C. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2005. p. 63-86.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 8 2

Participación comunitaria en salud

José Ramón Martínez Riera

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario se articula, según todas las leyes y normas que lo regulan, teniendo como eje central del mismo al usuario/paciente. Esto nos podría indicar que es él quien debe tomar decisiones que tienen que ver con su estado de salud, su proceso de enfermedad o su identificación/demanda de necesidades/cuidados. Sin embargo, la realidad es bien diferente y el usuario/paciente cuenta bien poco en el proceso de toma de decisiones y en el diseño de las políticas públicas de salud. De hecho, hay quien se ha referido a esta situación como «despotismo sanitario», puesto que se trata de un sistema que «hace todo por el usuario/paciente, sin tener en cuenta la opinión de este».

El importante desarrollo del sistema sanitario, con un marcado carácter hospitalcentrista, biologicista, medicalizado y tecnológico, disminuyó, cuando no anuló, en muchos casos las formas de participación comunitaria organizada, aunque fuese tan solo colaborativa, abandonando y traspasando progresivamente la responsabilidad en cuanto a salud a los profesionales. Por su parte, el sistema sanitario fue perdiendo la capacidad o voluntad de compartir el poder de decisión con la comunidad debilitando poco a poco el apoyo que la comunidad y sus organizaciones prestaban.

Esta situación propicia que los expertos/técnicos tomen las decisiones de salud y que, por lo tanto, se generen situaciones distantes entre estos y la comunidad y que la visión que se realice sea parcial y fragmentada con relación a los problemas de salud y sus posibles soluciones.

Y a pesar de lo dicho, nadie discute pone en tela de juicio la importancia de la participación comunitaria y social, por lo que continúan siendo conceptos válidos, eficaces y eficientes que culturalmente han sido excluidos de la dinámica organizativa y de gestión de las organizaciones sanitarias en particular y de los sistemas de salud en general, hasta tal punto que están alejados de la realidad cotidiana de los ciudadanos, por lo que es preciso seguir insistiendo, aunque sea a nivel teórico, en su importancia.

Pero aun existiendo voluntad favorable para el desarrollo de la participación comunitaria, se pueden identificar tres actitudes básicas:

- La que prioriza en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, entendiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad.
- La que privilegia en su argumentación las consecuencias para la salud de la población, concibiendo la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas.
- La que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en el nivel de la salud esconde una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político.

PRINCIPALES CONCEPTOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SOCIAL

Antes de empezar a hablar de participación comunitaria en salud es conveniente detenerse para saber de qué estamos hablando. Para ello analizaremos los términos sobre los que vamos a trabajar a continuación, es decir: comunidad, salud, participación de la comunidad y participación social.

Comunidad: la comunidad no debe considerarse solamente como un espacio geográfico con una población determinada con los mismos ideales, hábitos y costumbres. Es, además, un espacio social en el cual se incorporará el concepto de satisfacción de sus necesidades y de poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Salud: el concepto de salud es polisémico y en ocasiones controvertido. Con el fin de huir de las definiciones clásicas y cuestionadas, proponemos una descripción de la misma más que una definición. Así pues, la salud es creada, producida por las personas en el marco de su vida cotidiana; es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas y mentales. Los determinantes de la salud dependen fundamentalmente de la educación, la alimentación, la vivienda, los ingresos, los servicios básicos, el ambiente, la equidad, la paz y la democracia.

Participación comunitaria: constituye las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

Participación social: es un proceso dinámico, oscilante, que se puede definir de acuerdo a las características del contexto social y político, así como del momento en que se realiza, y adquiere diferentes sentidos si se la considera como fin en sí misma, o como medio para lograr ciertas metas.

Dicho de otra forma, participar significa «que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas».

IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: «La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe «darse» o «facilitarse» a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud».

La participación también es entendida como actitud de solidaridad, compromiso, de diálogo y preocupación por la gestión de la vida comunitaria. Actitud democrática de quien gobierna, que permita escuchar a los ciudadanos, darles protagonismo en la vida de las instituciones democráticas. Además, la participación se define como actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, de defender intereses comunes, de influir de manera directa en los poderes públicos ganando así poder político. Este poder político es reconocido como constante en todas las definiciones de participación y alcanzado si se lleva a cabo la participación de manera autónoma, consciente y organizada.

No hay que confundir la solidaridad y el compromiso con la utilización de los ciudadanos como mano de obra barata, gratuita y/o acrítica, sino como valores colectivos que contribuyen a generar comportamientos participativos en los procesos de toma de decisiones en el sistema de salud.

Los importantes cambios demográficos, con envejecimiento de las poblaciones; de cambios en las estructuras familiares (incorporación de la mujer al mercado laboral, disminución de las familias extensas, aumento de los hogares unipersonales, etc.), y el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas hacen que las necesidades y las demandas de cuidados aumenten significativamente sin que ello signifique que aumenten los recursos profesionales, sobre todo de enfermeras, que den respuesta a las mismas. Por lo tanto, se empiezan a plantear estrategias de «participación» de la población en tareas relacionadas con los cuidados por la disminución del colchón de cuidados que se aportaba desde el ámbito familiar y especialmente por parte de las mujeres.

Intentar comprender el sistema de salud frente a la participación comunitaria debe servir para proponer una posición viable frente a la misma, con el fin de contribuir a orientar sus actividades. Al no definirse una posición clara en este sentido, la evaluación de la participación comunitaria tiende a limitarse, a presentar tipologías sobre acciones con participación en grados que van de la pasividad a la actividad.

Diferentes investigaciones concluyen que la participación comunitaria en salud en muchas ocasiones se limita a la cooperación y a la utilización de las personas como cotrabajadores en diferentes actividades y tareas relacionadas con los cuidados, como consecuencia de:

- Mecanismos inadecuados creados por la propia comunidad.
- Participación fundamentalmente individual.
- La toma de decisiones no es sobre temas relevantes o centrales y se lleva a cabo en espacios

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de concertación/consenso inadecuados o con deficiente utilización de los mismos.
- Limitada influencia de la comunidad en las áreas de planificación y ejecución de los programas de salud y en su evaluación.

La verdadera participación está en valorar de qué forma el usuario/paciente, a través de los canales que se establezcan para ello, aporte lo que entienda, desde su posición y planteamiento, y pueda mejorar la calidad de la atención proporcionada por el sistema sanitario. Y para que esto se pueda llevar a cabo deben diseñarse políticas sanitarias que den respuesta a las necesidades específicas de los usuarios/pacientes, como deber propio de un Estado moderno y democrático.

La participación comunitaria contribuye a:
- La mejora de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de los usuarios/pacientes y trabajadores de los equipos de salud de atención primaria.
- La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores sociales presentes en el área, aportando sus recursos y potenciando entre sí sus acciones en beneficio de la comunidad.
- La adecuación de los programas de salud a la realidad local y la generación de proyectos que respondan a las necesidades de la población local.
- La promoción de salud, proceso que requiere del compromiso de la comunidad, como sujeto activo del cuidado de su salud.
- La construcción de ciudadanía que expresa sus opiniones, evalúa y ejerce un control social sobre los servicios de salud y se involucra en la producción social de la salud y toma de decisiones.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los centros de salud, para ser eficaces, deben estar insertos en la propia comunidad (no tan solo geográficamente). Esta a su vez tiene características socioculturales, económicas y ambientales que determinan la existencia de patrones propios de conducta, sistemas de ideas y creencias, valores culturales y de organización. Las intervenciones de salud que deben realizarse en la comunidad tienen que corresponder a las necesidades reales de la misma, las que dependen básicamente del nivel de salud alcanzado.

La salud no es un fenómeno aislado de la realidad comunitaria. Cuando la propuesta de participación integra los objetivos en salud con beneficios en otras áreas de la vida de la comunidad, ambos aspectos se enriquecen mutuamente, ampliando las posibilidades de éxito de las intervenciones comunitarias.

Para que la participación comunitaria de salud sea activa, movilizadora, consciente y eficaz, deben existir mecanismos de interrelación en doble flujo, dinámicos y permanentes.

Por ello, la participación comunitaria en atención primaria de salud debe interrelacionarse con los siguientes elementos:
- Reorganización del nivel estratégico. Cuando se piensa en participación comunitaria en salud, se tiende a reducir a dimensiones pequeñas (localidades, grupos, personas, actividades específicas), obviando su relación con las estrategias del sector salud como un todo.
- Descentralización y fortalecimiento de la capacidad administrativa (planificación, programación, coordinación, supervisión, observación y evaluación).
- Ajuste de los mecanismos de financiación.
- Desarrollo de un nuevo modelo de atención centrado de manera real y efectiva en el usuario/paciente.
- La capacitación en salud, así como las investigaciones (las de acción participativa resultan muy eficaces).

El equipo de salud debe tomar parte activa en las acciones, en el diálogo, y solidarizarse con las necesidades de la comunidad. Si no cumple estas condiciones no podrá realizar un trabajo efectivo con la comunidad. Debe existir realmente un trabajo en equipo.

Para establecer una efectiva interrelación entre el equipo de salud y la comunidad, es necesario que todos los componentes del equipo de salud tengan una actitud de respeto por cada miembro de la comunidad y por las organizaciones de esta. Si falta esta actitud vivida y sentida no podrá establecerse ninguna posibilidad de diálogo constructivo. Es importante insistir en este aspecto, pues muchas veces se habla de «comunidad» aun sin entender lo que ella significa.

La identificación de los diferentes recursos y agentes comunitarios es básica. Es además indispensable que exista una conexión con todos aquellos recursos, tanto públicos como privados, que en una u otra forma pueden contribuir a

mejorar la salud. Deben evitarse, por otra parte, los paralelismos, las duplicaciones, las fragmentaciones, las atomizaciones. Siempre es aconsejable potencializar, unir, coordinar, integrar. Por ello es fundamental que a través de la comunicación directa y permanente se desarrollen acciones conjuntas con clara delimitación de responsabilidades y acciones.

Si se logra la participación comunitaria en su proceso, se pueden identificar las siguientes etapas:

- Conciencia comunitaria del trabajo por realizar.
- Participación en la ejecución de acciones relacionadas con determinados sectores.
- Reconocimiento social de la labor realizada por la comunidad.
- Supervisión de estas acciones y ejecución de otras de complejidad creciente, si existe realización correcta de las anteriores.
- Control ciudadano de recursos, medios y formas de prestación de servicios en la comunidad.
- Participación en la toma de decisiones y la planificación.

Y en cada una de estas etapas la participación puede darse:

- Solo en la discusión.
- En la toma de decisiones en varios niveles (desde la definición de los mecanismos para la implicación de la comunidad, hasta el manejo de recursos).
- En el entrenamiento.
- En la ejecución de las tareas.
- Solo en la utilización de los servicios.

Por su parte, los aspectos que actúan como barreras para el desarrollo de la participación comunitaria son:

- Centralización excesiva.
- Políticas de salud desfavorables.
- Paternalismo y dependencia.
- Carencia de un concepto claro de participación comunitaria (seudoparticipación).
- Bajos niveles de organización comunitaria.
- Falta de mecanismos para la participación.
- Falta de conocimientos del personal de salud.
- Inadecuado establecimiento de prioridades.
- Falta de recursos humanos y materiales.
- Incomprensiones del personal de salud con la comunidad.
- Resistencia al cambio.
- Ausencia de incentivos para mantener la participación comunitaria.

ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Con el cambio de modelo propiciado por la declaración de Alma-Ata se desarrolló la que se vino en conocer como reforma de la atención primaria, que se vio reforzada por la publicación de la Ley General de Sanidad (1986). En esta última, se normativizaba la participación comunitaria a través de los consejos de salud de zona básica y de área. Lo que se inició como un prometedor inicio de recuperación y desarrollo de la participación comunitaria, con el paso del tiempo fue languideciendo por falta de voluntad política, escasa o nula preparación de los profesionales y escasa identificación de la necesidad de llevarla a cabo por parte de la comunidad.

A pesar de ello, y como quiera que la ley que los sustenta está vigente, es importante conocer los citados órganos de representación comunitaria.

Los consejos de salud de área son órganos de carácter consultivo o asesor, ubicados en la misma comunidad (en área de salud). Según lo dispuesto en la Ley General de Sanidad (14/1986), en su artículo 57, determina que las áreas de salud contarán, como mínimo, con los siguientes órganos:

«1.° De participación: El Consejo de Salud de Área.
2.° De dirección: El Consejo de Dirección de Área.
3.° De gestión: El Gerente de Área.

Artículo 58. 1. Los Consejos de Salud de Área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, de acuerdo con lo enunciado en el artículo 5.2 de la presente Ley.

2. Los Consejos de Salud de Área estarán constituidos por:

a) La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.

b) Las organizaciones sindicales más representativas, en una proporción no inferior al 25 por 100, a través de los profesionales sanitarios titulados.

c) La Administración Sanitaria del Área de Salud.

3. Serán funciones del Consejo de Salud:

a) Verificar la adecuación de las actuaciones en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica.

b) Orientar las directrices sanitarias del Área, a cuyo efecto podrán elevar mociones e informes a los órganos de dirección.

c) Proponer medidas a desarrollar en el Área de Salud para estudiar los problemas sanitarios específicos de la misma, así como sus prioridades.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 82-1. Consejo local de salud.

d) Promover la participación comunitaria en el seno del Área de Salud.

e) Conocer e informar el anteproyecto del Plan de Salud del Área y de sus adaptaciones anuales.

f) Conocer e informar de la Memoria anual del Área de Salud.

4. Para dar cumplimiento a lo previsto en los apartados anteriores, los Consejos de Salud del Área podrán crear órganos de participación de carácter sectorial.»

La necesidad del trabajo multisectorial en el proceso de desarrollo integral plantea la conveniencia de unificar esfuerzos a nivel local y de potencializar los recursos de las diversas instituciones públicas y privadas y de las organizaciones comunitarias que actúan en sectores territoriales bien delimitados. Por ello se contemplaba la creación de los consejos locales de salud con demarcación en la zona básica de salud y referencia del centro de salud de la citada zona. Era desde dicho órgano consultivo/asesor desde donde se debían coordinar los sectores de educación, vivienda, trabajo, servicios sociales, económicos, etc. y en los que participaban los profesionales sanitarios del centro de salud, representantes políticos del ayuntamiento de la zona básica y representantes comunitarios del municipio al que pertenece el centro de salud (fig. 82-1).

LECTURAS RECOMENDADAS

Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Rev Salud Pública. 2004;6(2):107-9.

Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Zapata Bermúdez Y, Hernán García M. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:697-707.

Ferrer Herrera I, Borroto Zaldívar TE, Sánchez Cartaya E, Álvarez Vázquez J. La participación de la comunidad en salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(3):268-73.

Jovell AJ, Navarro Rubio M. La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria. 22(Supl. 1):192-7.

Organización Mundial de la Salud. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Participación de la comunidad en la salud y desarrollo de las Américas. Análisis de estudio de casos seleccionados. Washington: OPS; 1984. Publicación científica n.º 473.

Sanabria Ramos G. Participación social y comunitaria: Reflexiones. Rev Cubana Salud Pública. 2001;27(2):89-95.

Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, Pereira AP, Diniz A, Leite I, Kruze I. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. Rev Esp de Salud Pública. 2002;76(5):585-94.

C A P Í T U L O 8 3

Políticas de salud

Óscar García Aboín

SALUD Y POLÍTICA

La salud es política. En 1848, Rudolf Virchow afirmó: «La política es la medicina aplicada a gran escala».

Salud pública

El mayor reto de la salud pública es cómo transformar el conocimiento en acciones públicas que mejoren la salud de la población. Dicho de otra forma, cómo transformar el conocimiento derivado de las investigaciones que aportan evidencia científica, en políticas transformadoras. Una de las disciplinas de la salud pública es la planificación sanitaria y las políticas de salud; esta disciplina es la que conoce y comprende los procesos políticos de toma de decisiones por los que el conocimiento aportado por los investigadores llega a plasmarse en políticas de salud. Es la disciplina que conecta a los investigadores (lenguaje científico) con los políticos y con la política (lenguaje político) y que aporta dimensión política a los problemas detectados e investigados y a las soluciones propuestas. Existe una brecha saber/hacer que impide sacar rendimiento a los importantes recursos destinados a la salud (Sachs JD, McArthur JW. *Bridging the Know-Do Gap in Global Health.* Boletín de la Organización Mundial de la Salud; 2004). Esta «brecha» *(gap)* es la que trata de salvar la disciplina de la salud pública que es la planificación sanitaria y las políticas de salud.

La salud pública debe influir en la adopción de políticas de salud innovadoras más allá de las tradicionales y en los procesos y contextos políticos económicos y sociales más allá de los evidentes para facilitar (o impedir) la implantación de determinadas políticas y estrategias.

Aunque la ciencia puede identificar soluciones, solo la política y sus actores pueden hacer realidad estas soluciones (Hernández Aguado I, Fernández Cano P. *Gac Sanit.* 2007;21(4):280-1). El objetivo de la salud pública es «influenciar» las políticas, ya que solo estas pueden realizar los cambios que la sociedad necesita.

Política

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986) define el término política como una «expresión escrita de metas para mejorar la situación de salud, las prioridades dentro de estas metas y los cursos principales para conseguirlas». La definición común de dicho término indica que es una declaración de metas e ideales o una guía para alcanzar dichas metas (Rodríguez-García et al., 1999).

En política es muy importante la capacidad de definir conceptual y cognitivamente el problema en cuestión, pero lo más importante es la capacidad de persuasión.

El proceso de implementación de las políticas públicas se resume en la siguiente secuencia en la que todos y cada uno de los pasos de la categoría «poder» debe incorporarse al análisis: 1) identificación del problema; 2) formulación de la política; 3) adopción de la política; 4) implementación de la política; 5) evaluación de la política, y 6) cierre del círculo con la identificación de un nuevo problema.

La política tiene dos instrumentos cruciales para implementar la salud de la población: uno es el boletín oficial, el otro la Ley de Presupuestos (y los decretos que la desarrollen), en ellos se debe reflejar la estrategia declarada en el programa electoral y en el discurso de investidura. Influenciar estos instrumentos es la clave para avanzar en las políticas de salud.

Políticas de salud

Una política de salud es una definición de la intención de lograr un cierto desplazamiento —o consolidación— del poder hacia grupos sociales

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

concretos, a través de ciertos contenidos específicos, que denominamos programas (que no concretan responsables o líderes) o proyectos (que sí concretan responsables o líderes) y de ciertas acciones viabilizadoras (estrategias) dirigidas a obtener alianzas, consensos o a presentar batallas que debiliten el poder de los grupos que se oponen a esta política (Mario Testa, 2006). Y así empezamos a relacionar política con poder, relación que desarrollaremos más adelante.

Salud en las políticas

«Si el objetivo de la salud pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, está claro que se debe incorporar el principio de salud en todas la políticas» (conclusiones del Informe SESPAS 2010). A esto le llamamos la transversalidad de la salud, es decir, la salud en todas las políticas.

Evaluación de impacto en la salud de las políticas

La evaluación de impacto en salud es una herramienta de la salud pública para planificar las políticas sobre la base del impacto que estas puedan tener para el bienestar de los ciudadanos. Es una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o proyecto de salud de una población y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella (OMS).

POLÍTICA *(POLICY AND POLITIC)* Y PODER

Lo político es la actividad que realizan los grupos que componen la sociedad, en torno a la relación social que constituye el poder. *La política* por lo tanto *es una propuesta de distribución de poder* y, por consiguiente, *el poder debe ser una categoría analítica*, por lo tanto, de gran capacidad explicativa e interpretativa, a la hora de estudiar las políticas. Una *categoría analítica* es la que explica el conjunto de la situación bajo examen, es una variable digamos más estructural, mientras que un *concepto operacional* es una variable más ligada a cuestiones coyunturales, por otro lado imprescindibles para la fijación e implementación de las políticas.

El *postulado de coherencia de Mario Testa* establece que hay una relación entre los propósitos del Gobierno, que vienen determinados por el papel del Estado; los métodos que se utilizan para alcanzar estos propósitos, que vienen determinados por la teoría del problema que el método intenta resolver, y por la organización de las instituciones que se encargarán de ello, que viene determinado por la historia (pasada) que cristaliza en estas organizaciones actuales. Y todo ello debe estar en coherencia, es decir, ser coherente (fig. 83-1).

Estas dos relaciones de causalidad (determinación y condicionamiento) entre dos cualesquiera de estos componentes son uni- o bidireccionales en el sentido descrito en la figura 83-1.

Por poner un ejemplo, una organización jerárquica no puede desarrollar un método democrático y participativo, mientras que una organización matricial es más coherente con este método. Los propósitos del Gobierno (en cuanto a su legitimación, su crecimiento y la dirección de este y la orientación de la transformación social y económica que pretenda) van a determinar y deben estar en coherencia con el tipo de organización de la que se dote y del método que aplique esta organización para alcanzar esos propósitos de Gobierno.

En español la palabra «política» es demasiado genérica para abarcar todas las dimensiones del concepto, en inglés se diferencian dos palabras que acercan mejor el concepto: una es *politics,* que hace referencia a los políticos o al discurso político, y la otra es *policy,* que lo hace a la acción política, a las políticas.

Dicho de otra forma: *politics* es la política como ciencia o arte de gobernar, mientras que *policy* es la política como curso de acción adoptado o que quiere adoptar un Gobierno. *Politics* es el proceso mediante el cual los actores políticos hacen cumplir las decisiones colectivas a todos los miembros de la sociedad. Las «políticas de salud son, por lo tanto, *health policy.*

Por otro lado «representación democrática» es la relación entre actores políticos (representantes) y grupos sociales (representados/electores), por la cual los miembros del grupo delegan sus derechos de decisión a cambio del compromiso de sus representantes de defender sus intereses, sus principios y sus valores en el proceso político.

Poder y empoderamiento *(empowerment)*

Poder es la capacidad de hacer real lo posible. Decidir es poder.

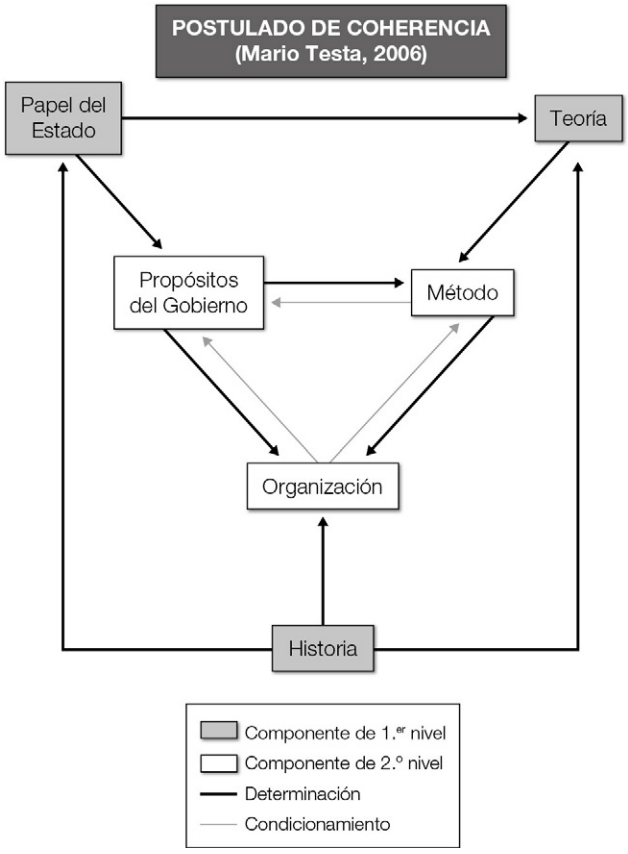


FIGURA 83-1. Postulado de coherencia (Mario Testa, 2006).

> «El poder tiene raíces más profundas y estructuras más duraderas que los gobiernos que entran y salen al ritmo de las elecciones democráticas». (Galeano E. *Patas arriba: la escuela del mundo al revés.* 1998.)

La *motivación de poder* tiene como fin el utilizar a otras personas para nuestros proyectos, frente a la *motivación de logro,* cuyo fin es la perfección de una motivación personal (Marina). Los especialistas en psicología política suelen clasificar a los líderes sobre la base de estas dos motivaciones.

El poder en sí constituye un aspecto significativo de la sociedad, en un sistema político y en espacios tan concretos como la familia y el trabajo.

Si bien el poder puede ejercerse para llevar a un nivel efectivo la subordinación, la opresión, la dominación y así impedir la participación en la toma de decisiones de manera formal o informal, este también tiene un nivel emancipador: al modificar las relaciones humanas, puede incrementar los niveles de dignidad, respeto, libertad y reconocimiento. Y es así como, desde una perspectiva de emancipadora, el ejercicio del poder permite el aprovechamiento constante de oportunidades tangibles e intangibles.

Se pueden diferenciar dos perspectivas del poder, una es el «poder para» que es la capacidad de hacer avanzar los objetivos a través de acciones o la capacidad de decidir entre diferentes alternativas de acción. La otra es el «poder sobre», que es la capacidad de obtener el control, la obediencia u otros actos condicionados, incluso cuando van en contra del interés propio.

Mario Testa identifica dos formas de poder en función de los tiempos: el *poder cotidiano* (qué y cómo se hacen las cosas) y el *poder societal* (que tiene que ver con el tipo de sociedad que queremos construir) y, como es obvio, el primero implica al segundo. Por otro lado, también identifica tres tipos de poder (que específicamente y en el campo de la salud) son: 1) el *poder técnico,* que

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

tiene que ver con el manejo del conocimiento (datos/información/inteligencia/sabiduría); 2) el *poder administrativo,* que tiene que ver con el manejo y distribución de los recursos financieros (públicos, concertados y privados), pero también de los materiales y humanos, y 3) el *poder político,* que es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses. Este poder político necesita del conocimiento científico (*inspiratio*/conocimiento) y del empírico (*perspiratio*/experiencia), y estos dos aspectos que componen el poder político, el saber (conocimiento) como una visión del mundo y de la historia y la práctica (experiencia) como constructora de sujetos, es lo que se denomina *ideología*. Es en este punto donde poder político e ideología se integran.

Hay un concepto que siempre acompaña al de poder y este es el de *empoderamiento (empowerment)* y hay otro concepto que siempre debe (o debería) acompañar a ambos y es el de *accountability (rendición de cuentas)*.

Empoderamiento tiene que ver con «poder». Como acabamos de decir, «política es una forma de distribución del poder», por lo tanto, poder y política son categorías que están interrelacionadas. Podemos empezar diciendo que empoderamiento es la expansión en la libertad de escoger y de actuar. Significa aumentar la autoridad y el poder del individuo (o del grupo) sobre los recursos materiales y sobre otras personas para influir en las decisiones que afectan a sus vidas (o a sus intereses). El empoderamiento es un proceso (no un momento) multidimensional de carácter social (político) en donde el liderazgo, la comunicación y los grupos autodirigidos reemplazan la estructura piramidal (jerárquica) mecanicista, por una estructura más horizontal en donde la participación de todos y cada uno de los individuos dentro de un sistema forman parte activa del control del mismo con el fin de fomentar la riqueza y el potencial del capital humano que posteriormente se verá reflejado no solo en el individuo, sino también en la comunidad en la cual se desempeña (Blanchard y Randolph, 1997).

Hemos de ser conscientes de que el empoderamiento es un proceso para el desarrollo inclusivo, para la inclusión sociopolítica, por lo que lo primero que tenemos que preguntarnos, y a lo primero que tenemos que responder es a si nos sentimos excluidos (o no estamos lo suficientemente reconocidos e incluidos) de (en) las instituciones y de (en) las políticas que emanan de ellas y de las estrategias que las implementan. En síntesis, si el empoderamiento es una estrategia de inclusión, hay que empezar por «sentirse excluido» y asumir una cultura pluralista e integradora frente a una cultura individualista y excluyente. Hay que decir que los procesos de empoderamiento se verán favorecidos en la medida que aumente el empoderamiento de la mujer, que es la principal excluida social, y aumente la inclusión de la perspectiva de género (y de clase social, etnia o lugar de origen, y condiciones de trabajo y empleo), en los estudios científicos, en los planes y programas de salud, en la asistencia sanitaria (y social) y en las políticas, y aquí, como en todos los demás espacios, con discriminación positiva. El empoderamiento es la expansión en la libertad de escoger, de actuar, de influir o de dirigir. Significa aumentar la autoridad y el poder tanto del individuo como del colectivo, tanto en las decisiones como sobre los recursos.

Las últimas investigaciones sobre empoderamiento aportan conclusiones tales como que: el empoderamiento debe ser operacional, a la vista de estos resultados de las investigaciones podemos afirmar que la «variable empoderamiento» es una estrategia para mejorar la calidad de vida de los empleados de una organización que, por lo tanto, repercute positivamente en la eficacia, eficiencia, efectividad y, por lo tanto, rentabilidad de una empresa u organización (en nuestro caso los servicios de salud) y en su producto final, la salud de los ciudadanos.

Para avanzar hacia el empoderamiento es preciso: reducir la asimetría de la información (aumentar el conocimiento/inteligencia), reducir los costes de oportunidad de participación y ampliar la capacidad de presión.

Elementos clave para el empoderamiento

Información

El acceso a la *información*. La información (de calidad, la que conduce al conocimiento y a la inteligencia) es poder. ¿Solo la información? ¿Qué tipo de información?

Que sea relevante, oportuna, de fuentes independientes o, mejor aún, generada por nosotros mismos a través de gabinetes de estudios, observatorios, etc. Pero hay que tener algo muy claro y esto es que mucha información no significa mayor conocimiento, ni mucho menos más inteligencia.

Hay varias fases en el proceso de acumulación de conocimiento. El más básico es el acúmulo de datos (a veces para escapar al desconocimiento algunos aportan una batería «insoportable» de datos y más datos; esto no es información, ya que muchas veces oculta la intención de manipular (cuando no de adormecer). Hay un paso superior, es decir, cuando estos «datos» cuantitativos se organizan y se unen a resultados de investigación cualitativa, entonces podemos hablar de «información», pero este es el «escalón» más bajo del conocimiento. Sin duda, muchísimo más que la acumulación de datos. Y se puede identificar un tercer nivel, el de la «inteligencia». Cabe recordar que la organización más poderosa (eso dicen) del mundo es la Agencia Central de Inteligencia (CIA). La inteligencia se logra cuando a la información (datos organizados y complementados con empirismo) se le añade «el poder», el conocimiento de las estructuras y de relaciones de poder (sin duda que la CIA debe de saber mucho de esto). Pero aún hay un siguiente (posiblemente no el último) escalón, que se logra cuando a esta inteligencia se le añaden los «valores», entonces hablamos de «sabiduría», que si bien algunos la relacionan con la «espiritualidad», yo la prefiero relacionar con los valores.

Todo este proceso de conocimiento, para que sea útil, debe transformarse en habilidades, que junto a la «aptitud» y la «actitud» debe desembocar en la mejora de la competencia y el desempeño de cualquier disciplina (fig. 83-2).

Inclusión/participación

La *inclusión* se refiere a quién está incluido y quién no, y cómo están incluidos y qué papel desempeñan (participación). La primera pregunta sería: ¿estamos incluidos?, luego nos preguntaremos ¿quiénes están incluidos y quiénes excluidos?, si la inclusión es puntual o sostenida, si la participación es formada o solo informada.

La *participación social* en salud es uno de los principios de una buena gobernanza. La participación ciudadana incluye todas las actividades que los ciudadanos realizan voluntariamente —ya sea a modo individual o a través de sus colectivos y asociaciones— con la intención de influir directa o indirectamente en las políticas públicas y en las decisiones de los distintos niveles del sistema político y administrativo (Font et al., 2006; Kaase, 1992).

Sin embargo, la participación social (nacida en la década de los cuarenta) por un lado surge para reforzar la democracia real hundida tras la crisis de entreguerras y, por otro, para descargar en los ciudadanos determinadas responsabilidades de Estado. La historia de la participación en salud es la historia de sucesivos y reiterados fracasos que llegan al día de hoy, y esto es porque lejos de considerar que las acciones grupales pueden superar

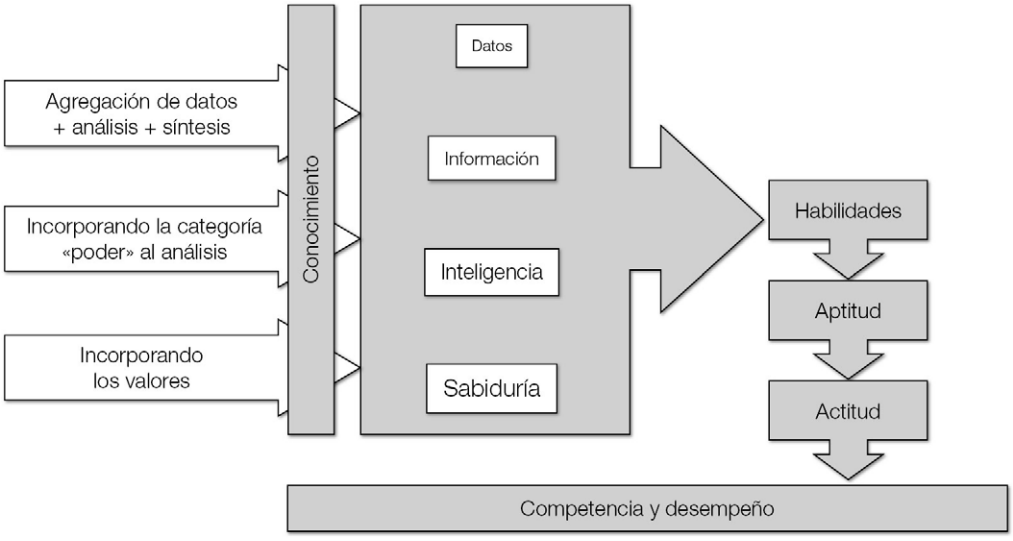


FIGURA 83-2. Competencia y desempeño.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

lo que las individuales no logran, se basan en proyectos organizativos implementados primero, tutorizados después y finalmente institucionalizados por parte del régimen establecido y de la autoridad competente. La participación «real» se ve por el poder hegemónico dominante más como parte del problema de gobernar que como parte de la solución a los problemas de gobierno. Para muchos (¿todos?) gobiernos no es más que una pantalla de legitimación.

Font y Blanco resumen sus características más importantes cuando afirman que: «La gente solo participará si el proceso participativo es ampliamente visible, si los objetivos de la participación son claros, si tienen certeza de que la participación no implicará una pérdida inútil de tiempo, si prevén que podrán expresar sus opiniones libremente y si perciben que, efectivamente, las autoridades políticas tendrán en cuenta su opinión» (Font et al., 2006: p. 38). Por lo tanto, el efecto más importante de la participación social es el deseo de influir en las políticas públicas.

- Intensidad y niveles de participación. El texto clásico de referencia a este respecto es el artículo *Una escalera de participación,* publicado por Sherry R. Arnstein en 1969. En él, la autora reflexiona precisamente sobre la relación entre participación y poder a partir de las experiencias de planificación urbana que se desarrollaban por entonces en los EE. UU. Arnstein afirma que el término «participación ciudadana» debe considerarse como sinónimo de «poder ciudadano», puesto que «la participación sin una redistribución del poder es un proceso vacío […] que permite alegar a los detentores del poder que se escuchó a todas las partes, […] mientras toman decisiones que benefician solo a algunas de ellas. Mantiene el *statu quo*» (Arnstein, 1969). Así, en su conocida «escalera de la participación», la autora distingue ocho niveles crecientes de participación, que van desde la burda «manipulación» del ciudadano por parte de las autoridades a la delegación plena del poder de decisión. Agrupa estos niveles en tres grandes categorías: la primera, de no participación, se refiere a aquellos procesos «cuyo objetivo real no es tanto permitir que la gente contribuya en la planificación o la conducción de políticas públicas sino permitir a los administradores públicos "aleccionar" o "curar" a los participantes» sus desatinadas pretensiones. La segunda categoría es la de participación «de fachada», que a lo largo de sus tres niveles, permite a los ciudadanos escuchar (información), ser escuchado (consulta) o incluso tomar un papel activo como consejero (asesoría). Debe notarse que en todos estos casos no existe una garantía de que los puntos de vista de los participantes serán realmente tenidos en cuenta en la toma de decisiones. Finalmente, viene la categoría de la verdadera participación ciudadana o poder ciudadano, que sucede cuando las propuestas ciudadanas no pueden ser simplemente ignoradas, porque se les atribuye a los participantes no solo voz sino capacidad de votar las decisiones. Se obtiene así un verdadero poder de negociación que, en función de la proporción de votos atribuida a los representantes ciudadanos, podrá ser minoritario (colaboración), mayoritario (delegación de poder) o una plena capacidad decisoria y administrativa (control ciudadano) (Prieto Martín P. *Las alas de Leo. La participación ciudadana del siglo* XXI. 2010).
- Modelos y escalas de participación ciudadana: *Una escalera de participación,* publicado por Sherry R. Arnstein en 1969. La «escalera» de la participación tiene varios «peldaños», los más inferiores *(manipulación, terapia e información)* tratan simplemente de manipular, aplicar «terapias sociales adormecedoras» o solo «informar»; esto no es «participación», esto es inaceptable y denunciable ya que tiene que ver con la «arrogancia» de la institución. El segundo nivel *(consulta y sosiego)* solo pretende una «limpieza de imagen», promueve la «participación» para «consultar» o para tranquilizar los ánimos en momentos de conflicto o crisis, se trata de una «participación» puramente simbólica. Empezamos a quitar las comillas a la palabra participación cuando esta adopta características de partenariado (tercer nivel) pasando de *la participación genuina* («me convocan para decidir entre todos, no me traen todo ya decidido para que yo dé mi bendición»), a la *planificación conjunta* («me convocan para decidir cómo abordar el futuro»), al *poder delegado* con capacidad de decisión. El ultimo «escalón», el más alto, sería la participación para el *control social,* para el *empowerment.* Este es el último peldaño de la escalera de la participación de Arnstein.

En cada peldaño de la escalera se produce un reparto diferente del poder. Mientras que en la manipulación, una forma de participación fraudulenta que ocupa el escalón más bajo de la escalera, el poder solo lo tiene quien manipula, en el control social, el escalón más alto, la mayor parte del poder lo tiene la población. Por lo tanto, hablar de participación es hablar, como mínimo, de participación simbólica, sabiendo que esta puede ser una «estrategia de avance limitado» para seguir subiendo la escalera.

Hay otras «escaleras» tales como el «Continuum» de seis niveles de Brager y Specht (1973), el *spectrum* de cinco niveles de la International Association for Public Participation (Asociación Internacional de Participación Pública [AIPP], a través de su «Espectro de la Participación Pública». 2000), o la «escalera» de tres niveles de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, integrada por los países que son considerados como los más avanzados y desarrollados del planeta) (2001) (*Manual de la OCDE sobre información, consulta y participación en la elaboración de políticas públicas.* OCDE; 2001), pero todas son muy parecidas y la de Arnstein es, a mi modo de ver, más completa y explícita.

La participación que actualmente conocemos no funciona porque no motiva (demasiados esfuerzos para tan pocos y tan pobres resultados), y no motiva porque no funciona. Otros modelos de participación social en salud son necesarios para salir de este círculo vicioso. En el proceso de participación, el o los actores sociales que consigan ser vistos como quienes plantean la pregunta «correcta», es decir, quienes «mejor definan el problema», partirán con mucha ventaja a la hora de sugerir la solución (Roberts M, Hsiao W, Berman P and Reich M. *Getting Health Reform Right.* Oxford University Press; 2007. p. 22).

RESPONSABILIDAD/RENDICIÓN DE CUENTAS *(ACCOUNTABILITY)*

La *responsabilidad* es la potestad de llamar a los responsables políticos, empleados públicos o actores privados a *rendir cuentas,* requiriendo que sean responsables de sus políticas, sus acciones y del uso de los fondos. Cabría recordar que exigir pasa primero por exigirnos. La rendición de cuentas supone la preexistencia de un proceso de planificación.

En los procesos de la planificación normativa, fracasados en sistemas complejos, mal definidos y de poder compartido, como es el caso del sistema sanitario, el proceso «termina» con la evaluación que debería estar en el ADN de cualquier momento planificador, hasta en el momento de la formulación, porque, todo sea dicho de paso, hasta la formulación se puede y se debe evaluar. Decía que se finaliza con la evaluación, pues bien, debería haber un paso más, el paso de la *accountability* o de la rendición de cuentas.

La *rendición de cuentas (accountability)* es otro de los elementos clave de la gobernanza en general y de la gobernanza en salud en particular. Supone la esencia democrática del «contrato con la ciudadanía» que supone el programa electoral. Las demandas de rendición de cuentas se hacen cada vez más frecuentes. Frente a estas demandas muchos políticos (con minúscula) responden que ellos ya «rinden cuentas» ante el pueblo y sus electores cada 4 años en un modelo de democracia representativa, a lo que desde otros ámbitos (15 M, Democracia Real Ya, etc.) se les contesta con «lo llaman democracia y no lo es» o «no nos representan». Quizás las nuevas tecnologías nos permitan avanzar hacia una verdadera rendición de cuentas en un marco de democracia directa que trascienda las citas electorales como, por otro lado, ya sucede en algunos países del centro y el norte de Europa.

Dicen algunos críticos que eso ya lo hacen los políticos cada 4 años ante las urnas (¡también los periodistas cada día en los kioscos de prensa!), sin embargo, yo comparto las tesis del «paso adelante» (p. ej. Antúnez, 2005): «Cuando los integrantes del grupo hacen suyo el resultado de la evaluación, con todas sus implicaciones, haciéndose cargo de los errores, de los fracasos, también de los aciertos. Cuando las personas son capaces de asumir en un todo la responsabilidad por lo hecho, para bien o para mal, y hacerlo cara a cara frente al otro, entonces han dado un gran paso hacia delante». La rendición de cuentas ya está entre los valores del buen gobierno del que hablaremos más adelante.

Todos los actores sociales que están incluidos deben rendir cuentas, precisamente para estar legitimados para pedírselas (exigirlas) a los demás. Esto tiene que ver con aquello tan «cacareado» de la transparencia (la cristalinidad). En último extremo, los políticos rinden cuentas ante las urnas cada 4 años, como hemos dicho antes, pero

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

esto es insuficiente, deben/debemos «rendir cuentas» día a día (es una forma de hablar). Y la rendición de cuentas hay que hacerla tanto horizontal/transversalmente (en el entorno interno), hacia los otros actores sociales o instituciones «aliadas», como vertical/troncalmente (en el externo), hacia los clientes, usuarios, pacientes, etc. ciudadanos al fin y al cabo.

Para esto, la información (y la inteligencia, de la que hablábamos antes) es vital, y el acceso a esta información es determinante. Solo con ella podremos aumentar la presión para evitar la corrupción y mejorar la gobernabilidad y la responsabilidad.

La *accountability* es imprescindible para la «cristalinidad». La ausencia de rendición de cuentas es fuente de impunidad y de corrupción.

CAPACIDAD LOCAL DE ORGANIZACIÓN

Es la habilidad de la ciudadanía para trabajar junta, organizarse y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común.

Desde que el ser humano existe, los grupos, los colectivos y las comunidades se han organizado para velar por sus intereses. Se trata de la habilidad para trabajar juntos y movilizar recursos para solucionar problemas de interés común. Estas organizaciones pueden ser formales o informales, con registro o sin registro legal. Pueden llegar a ser «federaciones». Hoy en día en nuestro entorno más inmediato están apareciendo formas nuevas de organización «informal» que se crean «fuera del sistema» (no antisistema, sino extrasistema), independientemente de que luego sean «absorbidas» por él. Las ONG, las plataformas profesionales (10 min de tiempo mínimo para la atención por paciente en atención primaria, por poner un ejemplo), las federaciones (organizaciones federadas = alianzas) tales como la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), plataformas sindicales, movimientos ciudadanos o de usuarios o de pacientes. Con respecto a este último colectivo, tenemos un excelente ejemplo de empoderamiento en el Foro Español de Pacientes. Es muy interesante a modo de ejemplo el proceso de empoderamiento seguido por el colectivo de pacientes. Un colectivo con un enorme potencial de poder, pero que estaba muy atomizado y en el que cada uno de los colectivos que representa a cada una de las patologías o dolencias se representaban a sí mismos. Hoy son un poder. Esto es un autentico *lobby* que transformará nuestra forma de relacionarnos con nuestros pacientes. He aquí un ejemplo paradigmático de empoderamiento.

Es interesante tener en cuenta que los intereses de los pacientes están diferenciados de los intereses de los ciudadanos «no pacientes». Mientras que a estos últimos les interesa la accesibilidad al sistema (listas de espera), a los primeros les interesa (además) el acceso a los últimos fármacos (aunque estén en fase de investigación) y tecnologías «cuesten lo que cuesten».

Pero tenemos otro ejemplo muy cercano de empoderamiento, me refiero al que a lo largo de las últimas décadas han ido conquistando los profesionales de enfermería. Aún queda avanzar más, sobre todo en lo más importante, la investigación, pero en ello se está. Pero hay algo en lo que aún se está lejos, es posible que ni se lo hayan planteado, y este área a la que me refiero constituye el paso de la investigación a la acción (aunque es bien cierto que aquí vamos todos muy lentos) y del empoderamiento profesional al empoderamiento político. Esto se empezará a conseguir cuando comencemos a reflexionar sobre planificación de las políticas de salud, sobre cómo llevar la salud a todas las políticas, sobre cómo influenciar las agendas, los boletines (los planes de salud que se aprueben en los parlamentos) y los presupuestos. En definitiva, cómo pasar de ser un *lobby* profesional a ser un *lobby* político capaz de transformar la realidad y hacer prevalecer los valores que impregnan nuestra disciplina en alianza con otros colectivos sociales que comparten estos mismos valores.

GOBERNANZA/BUEN GOBIERNO

El término «gobernanza», actualizando su sentido, se puede definir como «el arte o la manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el estado, la sociedad civil y el mercado de la economía».

La formulación de la Comisión de las Comunidades Europeas reduce a cinco los principios que constituyen la base de una buena gobernanza: apertura, participación, responsabilidad,

eficacia y coherencia. Estos principios no solo son la base de la democracia y del estado de derecho, sino que son de aplicación a todos los niveles de gobierno: mundial, europeo, nacional, regional y local.

Según la OMS, la gobernanza en el ámbito sanitario se refiere a «la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles». Para ello, la información debe ser relevante y fácilmente accesible para los políticos, gestores, profesionales sanitarios y el público general. A todos los niveles, el buen gobierno sanitario requiere transparencia, responsabilidad e incentivos para promover la participación.

Los Worldwide Governance Indicators, particularmente importantes por su validez y amplitud de dimensiones cubiertas para medir la calidad de las instituciones que han de facilitar el buen gobierno, son:

1. Participación y responsabilidad, o voz y rendición de cuentas *(voice and accountability)*.
2. Estabilidad política y ausencia de violencia.
3. Efectividad gubernativa *(government effectiveness)*.
4. Calidad regulatoria.
5. Imperio de la ley o estado de derecho *(rule of law)*.
6. Control de la corrupción.

Actualmente, el gobierno sanitario podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que se caracteriza por una escasa rendición de cuentas, baja transparencia (opacidad de funcionamiento), escaso control de la corrupción, burocratismo, dirigismo, nuevas e imaginativas formas de gestión escasamente evaluadas, ausencia de profesionalismo en la gestión, primacía de la gestión y la política de partido frente a la política de Estado, políticas coyunturales frente a políticas estructurales y estructurantes y utilización de formas peculiares de participación

DE LAS «COMUNIDADES EPISTÉMICAS» A LOS *LOBBIES*. CAMINO PARA INFLUENCIAR LAS POLÍTICAS (fig. 83-3)

Se trata pues de influenciar las políticas para contribuir en la toma de decisiones que hagan realidad el cambio necesario, ¿Cómo hacerlo? Aquí va una propuesta.

En primer lugar, debemos asumir nuestro compromiso social como actores sociales y dentro de ellos como «agentes socializantes» construyendo tejido social (y capital social); luego debemos pasar a identificarnos y ser identificados como «comunidad epistémica» definida (Subirats) como «nicho ecológico de generación de conocimiento» y constituir (construir) o integrarnos en «coaliciones promotoras» (p. ej., la Asociación Pro Lactancia Materna) y unirnos a comunidades de intereses más «macro», más genéricos, con un mayor nivel de abstracción y, por lo tanto, susceptibles de un mayor nivel de integración, que serían

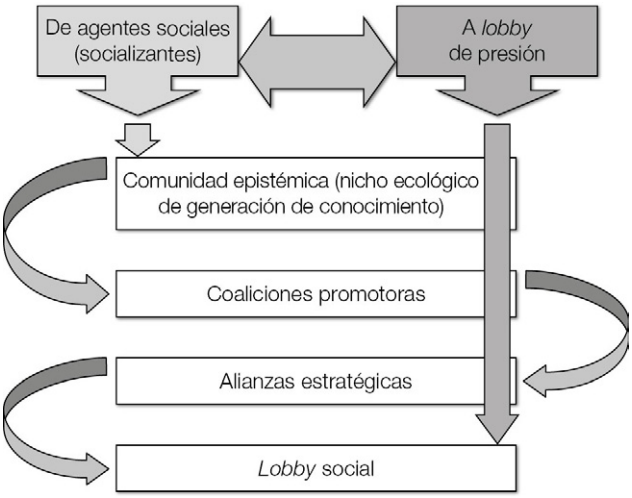


FIGURA 83-3. *Lobbies.*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

las «alianzas estratégicas» que estén en la línea de nuestros intereses. Pues bien, estos tres últimos pasos no son posibles sin la ciudadanía. El fin de este proceso de construcción de empoderamiento es la constitución en *lobby* y el reconocimiento a todos los niveles como tal.

Las asociaciones para los *lobby* se pueden agrupar en dos grandes grupos: asociaciones «proactivas», tales como la Asociació Pro Lactancia Materna (a la que se hizo referencia) o asociaciones pro parto natural y «reactivas», tales como las de afectados por el Síndrome Tóxico, de Víctimas del Terrorismo o del Fórum Filatélico por poner tres ejemplos de campos muy diferentes. Pues bien, la experiencia parece demostrar que tienen más «éxito» (repercusión social) estas últimas.

Las «ventanas de oportunidad» para una acción con más probabilidades de éxito las podemos encontrar en varios contextos: en el político, midiendo la relación de fuerzas (poder) y los tiempos políticos (a las puertas de unas elecciones no es el mejor momento para plantear un pacto por la sanidad que requiere una amplia alianza); en el económico (en tiempo de crisis financiera y con problemas de solvencia son los mejores momentos para plantear reformas estructurales de amplio consenso que requieren de largos plazos), en el social (según esté en situación de inhibición, de participación o de rebeldía), y en el contexto mediático, en función de su sensibilidad y posicionamiento ante los anteriores.

PLANIFICACIÓN SANITARIA Y PLANIFICACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

El objetivo central de la planificación debe ser el de contribuir a la creación de condiciones que posibiliten la realización de acciones conducentes a cambios sociopolíticos y económicos en los países. Se planifica para cambiar y como dice Repullo, hay dos alternativas a la planificación, una es la improvisación, la otra la resignación.

Planificar no es predecir el futuro («La mejor forma de predecir el futuro es inventarlo», Alan Kay, EE. UU., 1940). Planificar es ir construyendo día a día un futuro de visión compartida. El problema es que los modelos tradicionales de planificación (sanitaria) es decir la planificación normativa (tu mandas y yo obedezco) o, como la llama Antonio Durán, planificación prescriptiva (prescribo que para el 31 de diciembre de 20XX, habremos disminuido la tasa de diabetes mellitus en un X%) no funcionan, y de que no funcionan hay sobradas evidencias y experiencias hasta el punto de que la propia OMS va abandonando el «terreno de la prescripción de metas y objetivos» por inoperantes y frustrantes y, empieza a seguir la senda de los modelos más avanzados de planificación (planificación estratégica, estratégico-situacional, planificación dialéctica, emergente o creativa) que incorporan la incertidumbre y la categoría «poder» en los análisis y la experimentación «local» (pilotajes) como fuente cercana no solo de evidencia, sino también de experiencia e innovación.

A pesar de esto, aún la ONU se empeña en el modelo prescriptivo de los objetivos de desarrollo del milenio. Sería mejor marcar una senda (estructurante, socializante y pedagógica) y comprometerse «de verdad» en recorrerla, que definir el objetivo e ir viendo cómo se avanza hacia él.

Esta planificación estratégica, emergente o «creativa» enfrenta el cambio (para eso se planifica, para cambiar) en dos fases: una primera fase «dialéctica», fruto de un proceso propositivo, ideológico, estratégico, interactivo, dialogístico, tensionado, que tiene que llegar a una segunda fase «pragmática» en la que se describan las etapas constituyentes de una nueva praxis, fase de concreción, de consenso, táctica, resolutiva, fase donde se hacen presentes las «propuestas estratégicas de avance limitado» (Testa) con una parte de «contenido simbólico» (genérica, más o menos etérea, de intenciones) y una parte de «contenido operativo» utilizando términos acuñados por Rosana Peiró et al. con contenidos explícitos y compromisos concretos.

En la lógica de planificación emergente se acepta la inestabilidad del entorno y el plan de salud como instrumento político con fuerte componente técnico sirve para gestionar un proceso complejo de cambio progresivo, aprendiendo de una serie de demostraciones sobre el terreno y generalizando los cambios cuando sean positivos.

Hay muchas reflexiones que deben enfrentar la «crisis de la planificación». Solo por citar algunos de los dilemas: en escenarios «turbulentos» (creativos), planificación «creativa» (turbulenta). De la búsqueda de la eficacia y eficiencia como hacemos hasta ahora a la búsqueda de la efectividad de las políticas. De la coordinación de estructuras primaria-especializada-sociosanitaria-salud pública a la integración de sistemas (el sistema sanitario/

sociosanitario es un sistema, pero el paciente y su entorno forman otro sistema). Descentralización de la acción coordinada, pero centralización de la información.

De la investigación a la acción sí, pero pasando por la planificación. Planificar en entornos complejos, inestables, mal definidos de límites borrosos y de poder compartido. Este es el reto de la nueva planificación.

El sistema sanitario (en teoría de la complejidad) es un sistema complejo adaptativo (diverso, dinámico, independiente e interdependiente, interrelacionado, simbiótico con el entorno y que tiende a autoorganizarse y aprender de la experiencia), pero es también un sistema complejo, de bordes mal definidos y de poder compartido. A menudo integramos al paciente en el sistema y olvidamos que el paciente/ciudadano tiene su propio sistema, hablamos de nuestras «agendas» (médicas y de enfermería) y olvidamos que el paciente también tiene su propia «agenda» y que centrar la atención en el paciente pasa también por tener muy presente en nuestras agendas la suya.

PLANIFICACIÓN. PLANES Y PACTOS

Como ya hemos insistido, los sistemas complejos irrumpen en sanidad para entender el proceso salud-enfermedad-cuidados de una forma muy diferente a la actual.

Hemos aprendido a dirigir organizaciones y lo hemos hecho basándonos en que eran parte de sistemas simples, bien definidos y poder concentrado (jerárquico —yo mando tu obedeces—); vamos entendiendo que las organizaciones/instituciones de salud forman parte de sistemas complejos, fractales, caóticos, mal definidos, de límites borrosos (¿dónde empieza y dónde termina lo sociosanitario?) y de poder compartido, cada persona en el sistema tiene su «poder» y un solo médico o enfermero a través de la prescripción o de la mala utilización de los recursos diagnósticos o terapéuticos a su disposición, puede poner en peligro la sostenibilidad económica del sistema.

Pasar de dirigir/planificar organizaciones/instituciones a dirigir/planificar «sistemas» (conjunto de actividades con un conjunto común de objetivos) es el reto.

Hablamos con frecuencia de incorporar la evidencia científica, que nos proporcionan los investigadores, en la toma de decisiones políticas pero sabemos que ni los clínicos siempre guían sus decisiones basándose en la evidencia. Al discurso de la evidencia debemos incorporar el discurso de la experiencia sobre la base de que esta experiencia (efectividad, que no eficacia) nos aporte, a través de proyectos de pilotaje (bien consensuados, dotados, formulados, implementados y evaluados) la evidencia de efectividad, coste-efectividad, eficiencia, satisfacción, etc.

Una cosa es diseñar el camino y otra muy distinta recorrer el camino, es fundamentalmente aquí donde surgen los problemas. Por otro lado el problema es que nos preguntamos (y nos respondemos) muchas veces qué hay que hacer y pocas veces cómo hacerlo (Bengoa). Si la investigación se queda en conocimiento no nos sirve para transformar la realidad

Los pactos deben tener una perspectiva tanto intra- como intergeneracional (lentes divergentes) para evitar el cortoplacismo (miopía) político. Como «propuesta estratégica de avance limitado» en esta línea se podría ir empezando por los planes de salud que, como documentos políticos con gran componente e influencia técnica, podrían ir perfilando y allanando el camino para esos tan deseados, pero tan inalcanzables (salvo el ejemplo del Pacto de Toledo de la Seguridad Social).

La necesidad de establecer estrategias de salud (objetivos de salud) en los niveles nacional y autonómico (planes de salud) es considerada como un instrumento imprescindible de direccionalidad para el sistema de salud.

Leyes de salud, planes de salud y mapas sanitarios son hoy en día tres puntadas con una aguja sin hilo. El reto es poner en sintonía, ponerle el hilo, a estos tres instrumentos de la planificación sanitaria y las políticas de salud.

Ante el debate de la respuesta del sistema de salud ante la crisis (estructural) actual van apareciendo algunas respuestas: hacer más con lo mismo (inercia activa, pulsión incrementalista), pero no de lo mismo (sin variar el foco), o hacer menos, aunque tengamos más (más no siempre es mejor y en sanidad este axioma está muy presente). Me inclino por este último, ya que, ¿dónde está la evidencia científica que avale que en sanidad «hacer más» es «mejor»?

En resumen, debemos pasar de dirigir (y estar formado para dirigir) organizaciones/instituciones a dirigir (mejor liderar) y (estar formado para

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

dirigir/liderar) sistemas (integración de niveles, estructuras, objetivos y actividades). Este es otro de los retos estructurales que tenemos por delante. La prioridad política debe ser la lucha contra las desigualdades sociales en salud, y esto solo es posible potenciando los sistemas públicos de salud.

LECTURAS RECOMENDADAS

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

Marina JA. La pasión del poder. Teoría y práctica de la dominación. Barcelona: Anagrama; 2008.

Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gac Sanit. 2011;25(4):333-8.

Prieto Martín P, Las alas de Leo. La participación ciudadana del siglo xx. Madrid: Asociación Ciudades Kyosei; 2010.

Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):118-25.

Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Gestión Clínica y Sanitaria. 2010;12(2).

Subirats J. El análisis de las políticas públicas. Gac Sanit. 2001;15(3):259-64.

Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

C A P Í T U L O 8 4

Precauciones estándar

Ángela Sanjuán Quiles, Marina Fuster Pérez y Concepción García González

GENERALIDADES

La infección hospitalaria (IH) se define como el proceso clínico en cuya etiología interviene un microorganismo y del que la causa responsable es la exposición al medio ambiente hospitalario, circunstancias que la tipifican. La distinción entre IH y la originada en la comunidad no es fácil en ocasiones de diferenciar. Por ello, y de acuerdo con Gálvez-Vargas, la mayoría de los criterios diagnósticos de IH suelen incorporar la condición de que la infección no haya estado en período de incubación al ingreso del paciente. Este requisito no es fácil de cumplir. En algunos casos, el período de incubación de la enfermedad depende de la cantidad de inóculo, vía de penetración, patogenicidad del agente, susceptibilidad del huésped, etc.

La IH es uno de los problemas sanitarios más frecuentes en la población de un país desarrollado. Se estima, por ejemplo, que en EE. UU., con un nivel de tecnología sanitaria y unos hospitales similares a los existentes en España, cada año se producen más casos de pacientes infectados en el hospital que ingresos por cánceres, accidentes de tráfico e infarto agudo de miocardio. Esto es consecuencia involuntaria de la atención sanitaria, y a su vez ocasionan afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas y discapacidades de larga duración. También representa un alto coste imprevisto para los pacientes y sus familias, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario y, por último, pero no por ello menos importante elevan la mortalidad.

Los sistemas sanitarios actualmente obligan a incluir la IH dentro del control de calidad de la asistencia sanitaria. Para ello, se tiene en cuenta la vigilancia del proceso que se ha de concretar en unos indicadores a los que recurrir. Para que los indicadores sean comparables entre centros, los sistemas de vigilancia empleados por cada institución no deben establecer excesivas diferencias entre sí y las estimaciones según los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) deben ser fiables estadísticamente.

Por su propia naturaleza, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria tienen una etiología multifacética, por ejemplo con los sistemas y procesos de prestación de atención sanitaria, la tipología de los pacientes hospitalizados actualmente (de edad más avanzada, más inmunodeprimidos), nuevos patógenos en la epidemiología hospitalaria, las limitaciones políticas y económicas de los sistemas de salud y los países, así como con el comportamiento humano condicionado por la aptitud y actitud para la aplicación de las precauciones estándar a todos los pacientes.

CARACTERÍSTICAS

Las precauciones estándar (PE) son las medidas que constituyen el núcleo común de todos los programas de prevención y control de infecciones asociadas a los cuidados de salud. Se deben utilizar siempre que se vaya a atender a un paciente y en todos ellos, independientemente de su patología o de la presencia de infección en estos. Tienen el doble objetivo de prevenir la aparición de infecciones asociadas a los cuidados de salud en los pacientes y en el personal sanitario.

Las recomendaciones revisadas por el grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) contienen **dos grupos de precauciones:** el primero y más importante se refiere a aquellas **precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes hospitalarios** independientemente de su diagnóstico o presunto estado de infección. La puesta en marcha de estas PE supone la estrategia básica para controlar satisfactoriamente las IH. El segundo grupo se refiere a las precauciones diseñadas solo para el cuidado de pacientes específicos. Estas «**precauciones basadas en la transmisión**» se usan para pacientes

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

en los que se conoce o se sospecha la existencia de colonización o infección con patógenos epidemiológicamente importantes y que pueden ser transmitidos por cualquier vía.

Las PE sintetizan los aspectos más importantes de las precauciones universales (diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos hemáticos) y el aislamiento de sustancias corporales (diseñadas para reducir el riesgo de trasmisión de sustancias corporales húmedas). Están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de los microorganismos independientemente de que su origen sea conocido o no. Se basan en medidas simples, de fácil aprendizaje y manejo, que van a disminuir gran parte de las infecciones. Entre ellas destacan: higiene de manos, uso adecuado de guantes en actividades en las que están indicados, uso adecuado de métodos barrera, manejo adecuado de objetos cortantes y punzantes.

Todo el personal sanitario deberá estar debidamente formado para utilizar de manera rutinaria estas PE destinadas a prevenir la exposición a la sangre y líquidos orgánicos.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Higiene de manos

La higiene de manos (HM) es reconocida como la medida más importante para prevenir IH. Está considera como la medida de mayor importancia, tanto por su eficacia demostrada, como por su reducido coste, para la prevención de las IH y de la diseminación de patógenos resistentes a los antimicrobianos.

Es la mano del personal que atiende al paciente (o del propio paciente) el vehículo más importante de transmisión de agentes infecciosos, actuando unas veces como reservorio (flora cutánea resistente), pero más frecuentemente como vehículo que porta los agentes desde un paciente enfermo o portador al paciente susceptible o desde el lugar reservorio del propio trabajador a la mano por gestos inaparentes (infección cruzada).

Sin embargo, la falta de cumplimiento por parte de los trabajadores sanitarios de los procedimientos recomendados en las guías de práctica clínica permanece en unos valores claramente inaceptables, ya que la frecuencia de cumplimiento en el caso del lavado de manos, generalmente no supera el 40% de las oportunidades en las que esta práctica está considerada como prioritaria.

Derivado de esto, las recomendaciones para realizar una adecuada HM son uno de los pilares básicos de los programas de prevención y control de IH en todos los centros sanitarios.

Las indicaciones para la realización de la HM aparecen descritas en la figura 84-1. El objetivo de la HM es la reducción de la colonización de las manos por la flora transitoria. La técnica ideal debería ser rápida de realizar, de gran eficacia en la disminución de la colonización y con escasos efectos secundarios sobre la piel de los trabajadores sanitarios.

La HM puede realizarse de forma convencional mediante la acción del agua y un detergente antiséptico, que ocasionan su efecto **por arrastre** y por la acción antiséptica del detergente (fig. 84-2). Esta técnica de HM tiene un número importante de limitaciones en su cumplimiento, entre las que se han de destacar la necesidad de un tiempo de realización elevado, la ausencia de puntos de lavado disponibles a la cabecera del paciente y la frecuencia importante de efectos adversos sobre la piel tras exposiciones repetidas durante la jornada laboral. En la HM convencional, el tiempo de lavado es esencial para su eficacia. La reducción de la contaminación de las manos por encima de tres logaritmos en el recuento de unidades formadoras de colonias requiere de un período de tiempo no inferior a 1 min.

En los últimos años se han introducido para la HM los denominados derivados alcohólicos, que permiten realizar esta práctica **mediante fricción** de una pequeña cantidad (2-3 ml del producto) de un agente antiséptico de acción rápida y altamente eficaz (fig. 84-3). Con el uso de un derivado alcohólico homologado (producto que cumpla con la normativa EN1500 de la Unión Europea) se consigue una mayor reducción de la contaminación de las manos. Esta circunstancia, unida a la posibilidad de colocar dispensadores en la cabecera del paciente o bien de utilizar dispositivos de uso individual y a la escasez de efectos adversos cutáneos relacionados, hace que en las recomendaciones actuales de la HM el uso de los derivados alcohólicos homologados constituya un elemento fundamental para su cumplimiento adecuado por parte del personal sanitario.

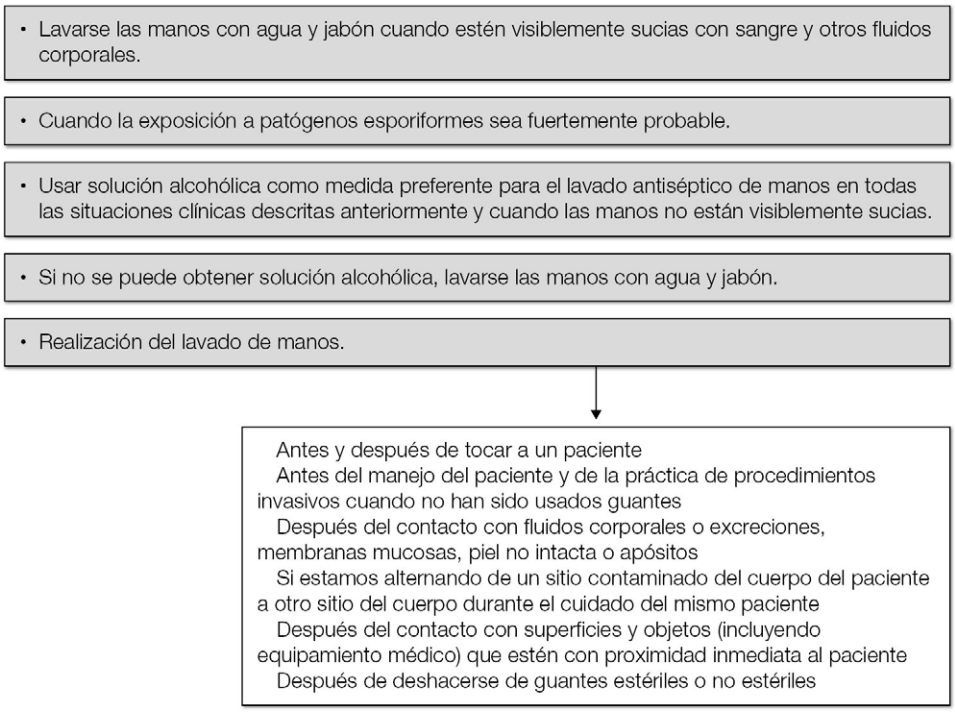


FIGURA 84-1. Indicaciones para la higiene de manos.

La importancia de este sencillo procedimiento no ha sido suficientemente reconocida por los profesionales sanitarios, y su incumplimiento se ha notificado y observado repetidamente en numerosos estudios. Así, hay que destacar cómo expertos en la seguridad del paciente están solicitando aunar esfuerzos por la mejora de la HM y prácticas paralelas en centros de atención de salud para contribuir a la reducción del creciente número de muertes y enfermedades resultantes de infecciones asociadas a la atención de salud.

La OMS, en su 57.ª asamblea celebrada en mayo del 2004, aprobó la creación de una **alianza internacional para mejorar la seguridad de los pacientes** como una iniciativa global. Entre los múltiples aspectos a tener en cuenta, esta alianza reconoció la necesidad universal de mejorar la HM en las instituciones sanitarias y elaboró una estrategia incluida en la *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare (Advanced Draft)* con un lema de actuación muy explícito: «Manos limpias son manos seguras» *(clean hands are safer hands)*. En el más reciente informe de la OMS, se lanza una nueva iniciativa global, «Salva vidas, limpia tus manos», fruto de las sesiones de trabajo del grupo de expertos.

Un elemento clave en la estrategia de implantación de la práctica de la HM fue el concepto de «mis cinco momentos para la HM» (fig. 84-4). Este concepto integra las indicaciones para la HM en cinco momentos esenciales durante la secuencia de los cuidados de salud y facilita la comprensión y la adecuación de esta práctica.

La HM debe ser también un motivo de satisfacción de nuestra conciencia profesional. Así pues, ha de ser siempre una técnica habitual. Los pacientes son personas que pueden o no tener conciencia de las prácticas higiénico-sanitarias y perciben al profesional como la persona que cuidará su salud. La impresión que los profesionales sanitarios dejan en los pacientes en el momento antes de atenderlos realizando la HM previamente es de seguridad y confianza. Esta práctica debe ser independiente de la condición social y no modificarse según el aspecto de los pacientes o la situación de salud.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.



FIGURA 84-2. Cómo realizar la higiene de manos con agua y jabón. *(Fuente:* Guidelines for Hand Hygiene in Health Care (Avanced Draft). *Geneve: World Health Organization; 2006.)*

Uso adecuado de guantes

La utilización de guantes es una medida adicional que contribuye en la reducción de la transmisión de patógenos entre pacientes. Deben ser utilizados siempre que se prevea el contacto con sangre o fluidos biológicos (excepto el sudor), membranas mucosas o piel no intacta. Retirarlos de manera inmediata después de atender al paciente y no utilizar el mismo par de guantes para atender a más de un paciente. Además hay que cambiarlos al pasar de una zona contaminada a otra que no lo es, cuando estamos realizando el



FIGURA 84-3. Cómo realizar la higiene de manos con soluciones alcohólicas. *(Fuente:* Guidelines for Hand Hygiene in Health Care (Avanced Draft). *Geneve: World Health Organization; 2006.)*

cuidado del mismo paciente. Hay que realizar la HM inmediatamente después de su retirada. Su uso disminuye la contaminación de las manos del personal sanitario y la consiguiente posibilidad de transmisión de patógenos a otros pacientes.

Los guantes serán **estériles** si se manipulan espacios estériles; **de exploración** en los otros casos (piel no intacta y mucosas), y **de tipo doméstico** para efectuar la limpieza. Se procederá al cambio de guantes tras el cambio de paciente o actividad.

Aunque algunos autores apuntan que cuando se utilizan los guantes la frecuencia de realización de la HM es casi cuatro veces mayor que cuando no se utilizan. Sin embargo, en muchas circunstancias el uso de guantes es percibido por el personal sanitario únicamente como un sistema de protección personal para evitar la transmisión desde los enfermos de patógenos sanguíneos, como el virus de la inmunodeficiencia humana o los virus de la hepatitis, y su utilización no se acompaña de las medidas adecuadas de la HM. Asimismo, las manos pueden contaminarse durante el cuidado sanitario por perforaciones microscópicas de los guantes o durante su retirada, por lo que la HM es también necesaria después de la retirada de los guantes tras realizar un procedimiento de riesgo.

En definitiva, el uso de guantes es un importante factor coadyuvante, pero no un reemplazo adecuado de la correcta HM. Mientras que la flora transeúnte es fácilmente eliminable con el lavado, la residente lo es menos, pero también es menor su importancia como agente de infección.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

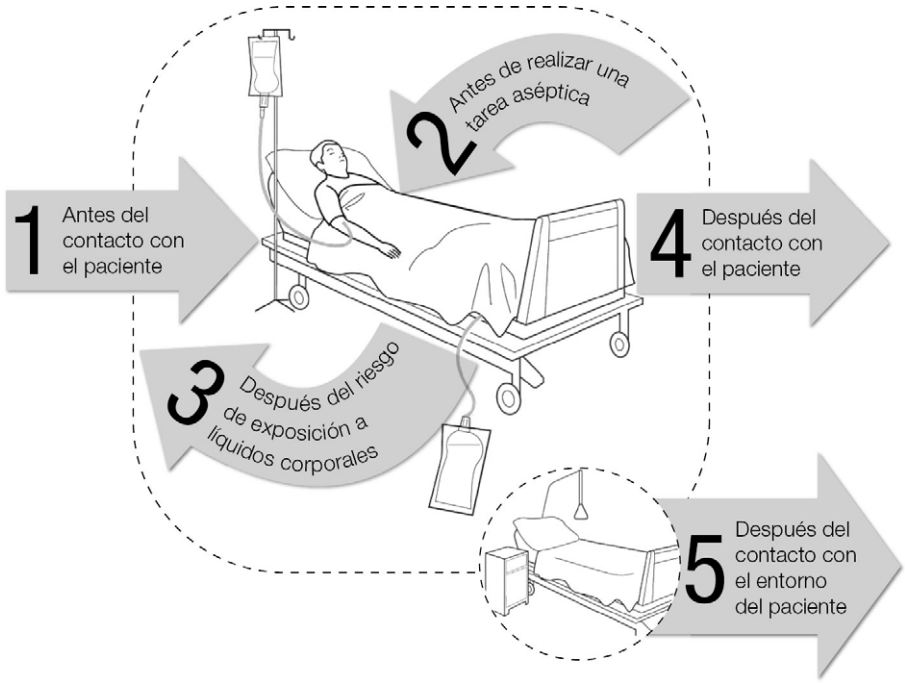


FIGURA 84-4. Momentos para la higiene de manos. *(Fuente: Adaptado de Sax et al. El concepto de «mis cinco momentos para la HM».)*

El lavado de manos y el uso de guantes en la práctica de las PE son actividades que el personal sanitario confunde en sus finalidades; de hecho la protección personal, que es una de sus finalidades, está reñida con la prevención de la infección «mano-portadora» si no se completa con el cambio de guantes y el lavado de manos entre paciente o entre distintas zonas de un mismo paciente. En brotes de bacteriemias y neumonías por especies de *Acinetobacter,* la dificultad de erradicar a este microorganismo multirresistente de las UCI ha sido atribuida al uso incorrecto de los guantes que no se cambian entre pacientes. Los guantes se mostraron como una medida protectora muy eficaz frente a la contaminación de las manos e indicaban la relevancia de retirárselos antes de salir de la habitación, debiendo realizar posteriormente la HM.

Uso adecuado de métodos barrera

El equipo de protección personal es el conjunto de elementos requeridos para brindar atención sanitaria a los pacientes de acuerdo con la forma de transmisión de la enfermedad de que se trate. El uso adecuado de los métodos barrera incluye:

- Utilización de mascarillas cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos a la mucosa nasal u oral. Las máscaras faciales son láminas transparentes que brindan cobertura a ojos y cara. Se usan en todo acto quirúrgico y, en general, en aquellos procedimientos de riesgo para el personal de salud, de sufrir salpicaduras de sangre en la cara. Existen distintos tipos de máscaras faciales, según el procedimiento o situación concreta de cada paciente: mascarilla autofiltrante y de filtro. Las mascarillas están disponibles con filtro de partículas, gases y vapores. Las mascarillas autofiltrantes son para usos reducidos, con o sin válvula y con un clip nasal ajustable, las mascarillas con filtro son para usos regulares, con uno o dos filtros, con o sin visera.
- Protección ocular, cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales a la mucosa ocular. El objetivo de su uso es prevenir salpicaduras en la mucosa ocular. No requieren de esterilización y, después de ser usadas, las gafas protectoras se

lavan con agua y jabón, se enjuagan y secan. Si se hubieran salpicado con sangre, se lavan con detergente enzimático y se desinfectan con una solución de hipoclorito de sodio al 1% u otro clorado o desinfectante aprobado por el comité de infecciones de cada centro sanitario. Se deben de colocar sobre los ojos y asegurarlas a la cabeza usando las piezas de los oídos o la banda de la cabeza. El equipo se debe ajustar para que se adapten cómodamente, las gafas deben sentirse ajustadas pero no apretadas. En caso de ser necesario existen pantallas de protección ocular y facial.

- Utilización de batas y delantales impermeables, cuando se prevea la producción de grandes volúmenes de salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos. La bata debe estar limpia (no es necesario que sea estéril). Cambiarse de bata si está manchada tan pronto como sea posible. Existen batas y delantales de un solo uso/desechables. De igual material existe cubrecalzado y cubrecabezas.

Manejo adecuado de objetos cortantes y punzantes

El riesgo biológico por una inoculación o exposición accidental es uno de los más frecuentes y el más específico entre el personal sanitario. Se denomina exposición accidental a una lesión percutánea (pinchazo o corte) o contacto de mucosa o piel no intacta (quemadura, dermatitis) con tejido, sangre u otro fluido corporal potencialmente infeccioso (semen, secreciones vaginales y líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico). El personal sanitario constituye un sector altamente expuesto, al que se presta particular atención desde la década de los ochenta, con la aparición del SIDA y los conocimientos adquiridos sobre la transmisión de virus hemáticos. El riesgo en estas exposiciones se centra en la posibilidad de transmisión de tres virus: de la hepatitis B (VHB), de la hepatitis C (VHC) y de la inmunodeficiencia humana (VIH). Dada la relevancia del problema, desde hace dos décadas, en diversos países se diseñan estrategias preventivas y normas que tienen por objeto reducir al máximo el riesgo de exposición del personal sanitario, o el contagio en caso de accidente.

Además de las PE, las medidas que previenen las exposiciones accidentales en el personal sanitario incluyen la implementación de guías de prácticas seguras, el entrenamiento, la creación de protocolos de manejo postexposición y, últimamente, el desarrollo de dispositivos de seguridad para limitar el contacto con sangre y agujas tras su utilización. Aunque el desarrollo de estas tecnologías ha demostrado reducir considerablemente las tasas de inoculación accidental, el conocimiento y cumplimiento de las PE por parte del personal sanitario es, sin lugar a dudas, el pilar fundamental para evitar este tipo de accidentes laborales.

CUADRO 84-1. Precauciones al eliminar el material cortopunzante desechable

1. Debe ser eliminado por el personal que realiza el procedimiento.
2. Debe ser eliminado en receptáculos resistentes a las punciones, deben llenarse solo a ⅔ de su capacidad, para evitar accidentes en la manipulación posterior del envase.
3. No debe manipularse su contenido, no deben cambiarse de envase.

Es necesario tomar precauciones para evitar lesiones cuando se utilizan agujas, bisturíes y escalpelos u otro objeto cortante, o cuando se manipule este material para limpiarlo o desecharlo (cuadro 84-1). No se han de tocar las agujas con las manos ni reencapucharlas, sino eliminarlas en contenedores rígidos, colocados en lugares de fácil acceso según el protocolo del centro. El personal sanitario que utiliza objetos cortantes o punzantes se responsabiliza de su eliminación, posteriormente hay personal específico responsable de la reposición de los contenedores y de su posterior eliminación.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Unas manos limpias son manos más seguras. Organización Mundial de la Salud; 2005. WHO/EIP/SPO/QPS/05.2.

Delgado-Rodríguez M, Sillero-Arenas M, Gálvez Vargas R. Metaanálisis en Epidemiología II. Métodos cuantitativos. Gac Sanit. 1992;6:30-9.

European standard EN 1499. Chemical disinfectants and antiseptics. Hygienic hand wash. Test method and requirements. Bruselas: European Committee for Standardization; 1997.

Ferrer C, Almirante B. Higiene de las manos: una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007;25(6):365-8.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Gálvez-Vargas R, Lardelli-Claret P, Delgado-Rodríguez M. Medidas generales de control de la infección hospitalaria. En: Gálvez Vargas R, Delgado Rodríguez M, Guillén Solvas JF (eds.). Infección hospitalaria. Granada: Universidad de Granada; 1993. p. 35-50.

López Matheu C. Lavado de manos. Rev Rol Enferm. 2003; 26(11):744-8.

López C, Limón E, Castillo E, López T, Gudiol C, Isla P, Domenech E. Precauciones estándar. Rev Rol Enferm. 2006;29(1):16-20.

Luis-Rodrigo MA, Lavado de manos. Ponerse y quitarse los guantes estériles. Metas de Enfermería. 2001;4(32):12-5.

Pittet D. Improving compliance with hands hygiene in hospitals. Infec Control Hospital Epidemiol. 2002;21:381-6.

Rubio T, García de Jalón J, Sanjuán F, Erdozain MA, Sainz de Murieta JL, Escobart E. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. An Sist Sanit Navar. 2000;23(Suppl 3):105-21.

Sánchez-Paya J, Fuster M, García C, García RM, García P, Sanjuán A, et al. Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. An Sist Sanit Navar. 2007;30(3):199-205.

Sánchez-Payá J, García Shimizu P, Barrenengoa-Sañudo J, Martínez H, Fuster Pérez M, García González C, et al. Resultados de un programa de prevención de exposiciones accidentales a fluidos biológicos en personal sanitario basado en la mejora del grado de cumplimiento de las precauciones estándar. Trauma Fund MAPFRE. 2009;21(1):64-71.

Sanjuán-Quiles A, García-González C, Fuster-Pérez M, Moreno de Arcos-Fuentes E, Arnau Santos M, Cartagena-Llopis L, et al. Evaluación de un programa para mejorar el grado de cumplimiento de las precauciones estándar. Med Prev. 2009;15(1):192.

Sartor C, Jacomo V. Centers for Disease Control and Prevention. 4th Decennial Internacional Conference on Nosocomial and Healthcare-Associated Infections. Atlanta Georgia, march 5-9, 2000. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000;21:86-174.

Sax H, Allegranzi B, Uckay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. My five moments for hand hygiene: a use-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. J Hosp Infect. 2007;67:9-21.

World Health Organization. WHO Guidelines on hand hygiene in Healh Care (advanced draft). Ginebra; 2006. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/Challenge/en. [Último acceso el 27 de julio 2009.]

C A P Í T U L O 8 5

Prescripción enfermera

Inocente Baudet Montilla

INTRODUCCIÓN

En los últimos meses se está debatiendo en el Congreso de los Diputados la posibilidad de que la prescripción farmacéutica sea realizada por enfermeras, aunque en Andalucía desde el 21 de julio de 2009 es ya una realidad, gracias al Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Este decreto conlleva para la enfermería un reconocimiento de la práctica profesional enfermera y una mejora de la atención al paciente, tanto en calidad como en seguridad clínica.

La farmacología es una ciencia en continuo desarrollo y su conocimiento es fundamental para el ejercicio clínico de cualquier profesional sanitario, mucho más si nos estamos refiriendo a los encargados de la prescripción o de la indicación de los fármacos, indudablemente en el primer caso existe un inmenso bagaje histórico y cultural relacionado con la prescripción médica, pero si nos centramos en la indicación enfermera, vemos cómo se nos abre una ventana enorme en cuanto a la práctica clínica, puesto que no ha sido hasta fechas recientes cuando se ha dotado de capacidad legal a la enfermera, para ser la persona idónea de la indicación de los fármacos, efectos y accesorios que ella misma utiliza, como directora de los cuidados de su paciente/cliente; es por ello que las enfermeras deben realizar una formación específica en farmacología, donde puedan conocer indicaciones, posología, interacciones, efectos secundarios y seguridad del paciente para realizar una prescripción/indicación de acuerdo a las necesidades del paciente.

CONTENIDO

En la actualidad, en el Congreso de los Diputados se está debatiendo la reforma de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en la que solo se faculta a los médicos y odontólogos a la prescripción de estos productos, tal como aparece en el artículo 77.1: «La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos»; aunque la misma Ley 29/2006, de 26 de julio, autoriza en su artículo 19.4 que pueden existir medicamentos no sujetos a prescripción médica («La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá calificar como medicamentos no sujetos a prescripción médica aquellos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica…»), en diciembre de 2009 el Congreso de los Diputados ha aprobado la modificación de la Ley 29/2006 en su artículo 77.1 para autorizar la prescripción enfermera.

Pero desde julio de 2009 en el ámbito de actuación de la Junta de Andalucía se ha otorgado al personal de enfermería la función de prescribir/indicar ciertos medicamentos y todos los efectos y accesorios, por lo que el personal de enfermería ha conseguido un reconocimiento y legitimación a su actividad profesional con el Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, dado que es Andalucía el único lugar de España donde las enfermeras pueden realizar la prescripción.

Desde la publicación del Decreto 307/2009 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se han producido dos trabas judiciales a su aplicación en Andalucía: una es la demanda en la sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Superior de Andalucía del Consejo General de Colegios de Médicos de Madrid donde señalaban que existían «vicios de legalidad», por lo que la Consejería de Salud tuvo que revocar dicho decreto por suspensión cautelar hasta finales de 2009, donde una sentencia jurídica daba la razón a la Consejería de Salud; otra demanda interpuesta en el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía por el Colegio de Odontólogos, que no provocó su suspensión, pero que en noviembre de 2010 también dio la razón a la Consejería de Salud.

La publicación del Decreto 307/2009 otorga a las enfermeras de Andalucía un respaldo institucional a su labor asistencial y una legitimación de dichas actuaciones. Con este decreto la enfermería andaluza consigue:

- Reconocimiento de la práctica profesional enfermera, lo que implica la utilización de ciertos medicamentos y todos los efectos y accesorios que están disponibles dentro de las prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
- Un aumento en la calidad de los cuidados realizados por las enfermeras, ya que les otorga una autonomía y una responsabilidad en la seguridad clínica de su trabajo.
- Una responsabilidad en la gestión de los recursos sanitarios donde debe realizarse sobre la base de un uso adecuado de los medicamentos y de los criterios de calidad.
- Se debe realizar una formación específica en farmacología y en seguridad clínica para conseguir una seguridad del paciente en la utilización de esta herramienta.

En la aplicación de este Decreto 307/2009, la Consejería de Salud ha facultado a las enfermeras a realizar tres tipos de prescripción/indicación:

1. Usar e indicar los medicamentos que no estén sujetos a prescripción médica y, en su caso, autorizar su dispensación con cargo a la prestación farmacéutica del SSPA para los pacientes a los que presten sus cuidados.
2. Podrán cooperar con los profesionales de la medicina y la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos. Este punto no se ha aplicado todavía, ya que estamos pendientes de la publicación de protocolos específicos y la formación especializada que requiere este punto.
3. Podrán indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SSPA.

Los puntos 1 y 3 se han desarrollado en toda Andalucía, realizando de forma centralizada una formación básica a todas las enfermeras, la cual les faculta para la indicación de los medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios y se ha dotado a las enfermeras prescriptoras de la orden enfermera, receta en color fucsia donde el profesional de enfermería puede realizar la indicación de estos medicamentos y productos para su dispensación por las oficinas de farmacias de Andalucía. Esta orden enfermera puede realizarse tanto en papel (orden enfermera color fucsia), como en formato electrónico (programa de historia digital Diraya).

El punto 2 que define el Decreto 307/2009 es la cooperación con médicos y odontólogos en el seguimiento de ciertos medicamentos que recogen los protocolos específicos, tales como la diabetes, donde con constancia documental los médicos y odontólogos autoricen la renovación de la medicación instaurada por estos profesionales, la cual no puede ser modificada en fármaco ni dosis establecida, solo estarán autorizadas las enfermeras a la renovación. Para poder renovar dichos medicamentos la Consejería de Salud está realizando unos protocolos específicos, y se realiza una acreditación de los profesionales antes de poder acceder a esta fase.

Las enfermeras que están facultadas en la prescripción/indicación dentro del SSPA son:

- Todas la enfermeras de atención primaria.
- En atención hospitalaria:
  - Enfermeras que gestionan altas de pacientes complejos (enfermeras gestoras de casos y mandos intermedios de enfermería de hospitalización).
  - Enfermeras de hospital de día.
  - Enfermeras de consultas hospitalarias con agenda propia (enfermeras en consulta de diabetes, cirugía, curas, etc.).

Andalucía ha sido pionera en la prescripción enfermera, dando una legitimidad a la actuación de miles de enfermeras con la promulgación del Decreto 307/2009. Esperemos que esta iniciativa se extienda a todo el territorio español con la promulgación de la nueva ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios con la redacción de nuevo del artículo 77.1, donde se autorice a las enfermeras la prescripción en aras de una mejora de la calidad de atención del ciudadano eje del sistema sanitario público.

LECTURAS RECOMENDADAS

Baudet I, et al. Guía para la indicación y prescripción enfermera. Distrito Sanitario Jaén Sur; 2001.

Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA n.º 151, de 5 agosto de 2009. Sevilla.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE n.º 178, de 27 de julio de 2006. Madrid.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 8 6

Programas de salud

José Ramón Martínez Riera

PROGRAMAS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con independencia del tipo de programa de salud a desarrollar, debe considerarse el contexto histórico en que se conciben y ejecuta. Desde los años cincuenta se ha transitado desde concepciones que adjudicaban a las condiciones sociopolíticas un papel relevante sobre la salud, a las basadas en avances tecnológicos para controlar problemas de salud, pero relegando el contexto social. Esta oscilación tomó visos de confrontación en Alma-Ata, donde en 1978 se reivindicó la necesidad de fortalecer la equidad, asignar recursos suficientes y adecuados, fortalecer la organización y participación comunitarias y las acciones intersectoriales. Pero los programas neoliberales impidieron, casi desde el principio, que se llevara a cabo este cambio con la consiguiente merma en la meta de *Salud para todos.*

En España, una vez aprobada por amplia mayoría la Ley General de Sanidad como punto de inflexión para la instauración del nuevo modelo de atención primaria, se empiezan a formar los primeros centros de salud como unidades básicas en las que desarrollar sus actividades los equipos de atención primaria. En esta primera fase, el principal objetivo era la expansión de la estructura mediante la apertura de nuevos centros muchas veces sin criterios razonables y exentos de una adecuada planificación. Las enfermeras se incorporaron con mucha ilusión pero con bastante desconocimiento sobre lo que tenían que hacer y cómo llevarlo a cabo, desarrollando una organización por actividades como continuación del modelo tradicional del que provenían, con un enfoque de las mismas biologicista y basado en el individuo y la enfermedad. Únicamente como diferencia del anterior modelo médico (aparte de la estructura física), se instauran las consultas de enfermería como espacio propio de las enfermeras para su actividad en el centro de salud, pero con una estructura vacía de contenidos, con ausencia de directrices claras respecto a las actividades que les correspondía realizar en las mismas y con una carencia significativa de formación apropiada para afrontar directamente los aspectos más relevantes de la atención (entrevista enfermera-paciente, intervención familiar y comunitaria, valoración y detección de problemas, planes de cuidados, diagnóstico enfermero), lo que condujo a refugiarse en los protocolos.

La distribución del trabajo por actividades y concretamente por patologías (HTA, diabetes, etc.) deriva en una «especialización» de las enfermeras, lo que les ofrece una mayor seguridad, pero les resta la visión integral de la atención al dividirla por aparatos y sistemas e impide la figura de la enfermera generalista. Esta organización genera una serie de inconvenientes y ventajas que influyen tanto en los profesionales enfermeros que las desarrollan como en los usuarios que reciben la atención (tabla 86-1). Los usuarios son atendidos por diferentes enfermeras dependiendo de la patología que padecen, lo que provoca por una parte la sensación de una mayor atención en comparación con el modelo tradicional, pero les retiene durante mucho tiempo en el centro de salud al tener que acudir a múltiples citas: un mismo paciente podía ser citado como diabético, como hipertenso, como obeso en tres consultas de enfermería diferentes y atendido por tres enfermeras distintas en varios días y horarios, aparte de las visitas que tuviese con su médico.

Las enfermeras empiezan a comprobar que tienen capacidad de autonomía, y esto aumenta su autoestima, al tiempo que favorece la interrelación con el resto de miembros del equipo. La actividad en el centro de salud limita la atención domiciliaria a la realización de técnicas a domicilio (inyectables, curas, etc.).

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 86-1. Evolución y expectativas de los programas de salud

	Punto de partida	Perspectiva de futuro
Percepción de las necesidades de salud por la población y los responsables políticos	Identificación del sistema sanitario con asistencia	Incluye promover y proteger
A quién se dirige la prevención	Individuo frente a población	De la comunidad (a la que se ofrece la prevención) a la persona (que se acoge a ella) y vuelta a la comunidad (morbilidad y mortalidad)
Ámbito y orientación de la prevención	Individual clínica, en los contactos del usuario con los servicios, a iniciativa del profesional	Poblacional, impacto sobre la salud de la población
Sobre quién pivotan las actuaciones preventivas	Salud pública, atención primaria u hospital (en menor grado)	Involucran a todo el sistema sanitario
Cómo se asignan las responsabilidades	Actividades preventivas desarrolladas por salud pública con colaboración de atención primaria	Organización de un sistema sanitario integrado por salud pública y asistencia sanitaria, orientado a las necesidades de salud de la población

Fuente: Adaptado de Salas D, Cuevas D. La salud pública en el diseño de actividades preventivas poblacionales en el sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(S1):28-32.

La expansión del nuevo modelo y de su estructura se vio ralentizada por la crisis económica. Por otra parte, el desánimo creciente de cuantos inicialmente participaron obligó a un replanteamiento de la organización. Así, se entra en lo que se podría denominar como etapa o generación de los programas. En esta etapa la prioridad se centra en la institución y en la metodología del trabajo que pretende ordenar las actividades de los diferentes miembros del equipo según el desarrollo de programas de salud. Se emprende de esta manera una carrera en el desarrollo de programas que acaban siendo en muchos casos documentos que se olvidan en las bibliotecas de los centros o, en el mejor de los casos, una oportunidad para presentar trabajos en congresos. Todos los centros se lanzan a elaborar sus propios programas sin criterios de homogeneidad, otorgándoles una gran rigidez y no favoreciendo su evaluación. Se les dota de un ficticio valor superior o «divinización» en el desempeño de las actividades, que hace que sea contemplado como la única vía o guía de actuación posible. La falta de una adecuada metodología en la mayoría de ellos genera un aumento de los obstáculos burocráticos y organizativos. Se centra en patologías (HTA, diabetes, hiperlipidemias) intentando unificar criterios de tipo administrativo y burocrático y olvidando de nuevo la atención integral. En la mayoría de las ocasiones se realizaban de manera aislada sin contar con el equipo, lo que posteriormente provocaba rechazo en el resto de miembros (cuadro 86-1).

Su incorporación en las consultas de enfermería generaba dependencia en los usuarios, dado el carácter exclusivamente profesional de la actuación sin participación del usuario en su cuidado, lo que derivaba en una cronificación de los problemas y una mayor burocratización del proceso, al tiempo que se producía un aumento de la demanda insatisfecha, al no contemplarse

CUADRO 86-1. Efectos perversos de los programas

- «Divinización» (valor superior)
- Aumento de los obstáculos burocráticos y organizativos
- Enfoque analítico y lineal
- Documentos para bibliotecas y ponencias
- Elaboración pensando en su presentación
- Inmovilidad
- Se considera «algo extra» no incluido en el trabajo habitual
- Se utiliza para unificar criterios y procedimientos administrativos
- Carece de indicadores de evaluación

Fuente: Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España, 41-73. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). *Enfermería en atención primaria.* Madrid: DAE; 2006.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CUADRO 86-2. Consulta de enfermería basada en programa por patología

La necesidad de su reiteración indica que el problema sigue presente, pero puede dar lugar al efecto contrario al deseado por:

- Dependencia
- Falta de capacidad personal
- Burocratización de la tarea profesional ante lo repetitivo
- Cronificación de los problemas
- Aumento de la demanda insatisfecha
- Aumento de costes

Fuente: Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España, 41-73. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

las necesidades reales de la población atendida, y un considerable aumento de los costes derivado de la falta de resolución de problemas atendidos (cuadro 86-2).

En esta etapa, a pesar de una mejor comunicación con el usuario y de la mayor información transmitida sobre su enfermedad, no se conseguía la atención integral ni se contemplaba el entorno social y comunitario en el que vivía. No existía tampoco un abordaje familiar adecuado derivado fundamentalmente del miedo a un rechazo por parte de la familia. Se contemplaba, sin embargo, el mismo como parte importante del proceso de cuidados e instrumento básico de trabajo, lo que permitía diversificar la atención entre el centro de salud y el domicilio, aunque sin conseguir todavía articular ambas actuaciones sobre la base de la integralidad y sin favorecer la intersectorialidad ni la intervención comunitaria.

El refugio de los programas otorgaba mayor tranquilidad a los profesionales, al tiempo que ampliaba sus conocimientos y les permitía adquirir mayores habilidades sobre determinadas materias y técnicas relacionadas con las patologías por las que atendían.

La protocolización de determinadas actuaciones favorecía el trabajo común de diferentes profesionales, lo que redundaba en beneficio del trabajo en equipo (tabla 86-2).

En una tercera etapa o generación, la organización se alejó de la figura del médico centrándola en la actividad de las enfermeras en los centros de salud, tratando de dar respuesta a las necesidades de la comunidad siguiendo una actuación que conjugase las dos anteriores etapas, es decir, las actividades y los programas. Pero en esta ocasión el objetivo se centra fundamentalmente en la salud, aunque sin descuidar la asistencia a la enfermedad (cuadro 86-3).

PREVENCIÓN Y PROGRAMAS DE SALUD INDIVIDUALES, POBLACIONALES Y COMUNITARIOS

La prevención es algo que nadie, en principio, cuestiona. Tanto es así que constantemente se plantean nuevas propuestas de prevención de enfermedades.

TABLA 86-2. Equipos de atención primaria: trabajo por programas

	Programas	
	Ventajas	**Inconvenientes**
USUARIO	• Es considerado como un ser biopsicológico • Recibe información unificada sobre todos sus procesos patológicos • Mejora la comunicación	• La atención integral no se produce • No se contempla el aspecto social
ENFERMERA	• Amplía sus conocimientos • Adquiere mayores habilidades • Amplía el campo de responsabilidad • Mejora la comunicación • Identifica la visita domiciliaria como instrumento básico de trabajo	• Desconoce a los componentes del grupo familiar y su influencia en el plan de cuidados • Interacción de varios profesionales en el grupo familiar • Peligro de inestabilidad emocional • Miedo a la acogida de la familia en el domicilio

Fuente: Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España, 41-73. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). Enfermería en Atención Primaria. Madrid: DAE; 2006.

CUADRO 86-3. Importancia de la consulta de enfermería integral

- Elemento integrador de:
  - Los recursos disponibles
  - Los servicios ofrecidos
  - La población a quien va dirigida
  - Los resultados previsibles
- Debe servir para el estudio de usuarios reales y potenciales
- Favorece la atención continua y longitudinal
- Permite priorizar
- Mejora la cobertura en los servicios que se identifican como prioritarios
- Mejora la calidad de los servicios prestados
- Facilita la coordinación con otros niveles asistenciales o instituciones
- Mejora la evaluación de la actividad
- Favorece la valoración de los resultados de salud de la población

Fuente: Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España, 41-73. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). Enfermería en atención primaria. Madrid: DAE; 2006.

Estas propuestas se centran mayoritariamente en las personas de manera individual, bien sean a demanda, de manera oportunista o de manera organizada a través de programas de salud individual.

Las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades bajo una perspectiva exclusivamente clínica muestran grandes limitaciones a la hora de modificar favorablemente la exposición a los riesgos para la salud derivados de los comportamientos personales, tanto en términos de eficiencia como en términos de equidad. Sin olvidar los efectos adversos directamente atribuibles a las intervenciones profilácticas y terapéuticas propiamente dichas, aunque estas estén rodeadas de un halo de inocuidad. Estos pueden ser bien la producción de yatrogenia o bien la no producción de beneficios (o que estos sean inferiores a sus costes. En cualquier caso, generan implicaciones éticas importantes.

La gran expansión y popularidad de las medidas preventivas ha sido la causante de que una gran parte de la población haya sido clasificada como enferma, provocando una gran dependencia de los servicios de salud (fundamentalmente, aunque no exclusivamente, de los centros de atención primaria) y generando falsas expectativas en la población sobre la capacidad de reducción de todos los riesgos.

A todo esto se une el que la medicina sea vista como el principal o único medio para lograr la salud, ignorando cualquier otra forma no médica para alcanzarla como, por ejemplo, los cambios en los estilos de vida, lo que llega a provocar en la población una importante ansiedad por la salud.

Además este modelo, supuestamente tan beneficioso, es altamente culpabilizante tanto para profesionales, cuando no están de acuerdo con las propuestas planteadas en estos programas, como para las personas a las que se dirige, al sentirse acusadas de no cuidarse o de sufrir problemas de salud supuestamente prevenibles por el hecho de disentir con la oferta de dichos programas de los que además no se les ofrece toda la información.

Así pues, los programas de salud basados en la prevención individual y la búsqueda del riesgo nulo no tan solo no son seguros y eficaces sino que, además, son muy caros y pueden poner en peligro la sostenibilidad de la cobertura universal y, por tanto, la equidad del sistema.

La idoneidad de la prevención poblacional, por su parte, se basa en la premisa de que el sistema sanitario está legitimado para dirigirse a la población asintomática y ofrecerle un programa de salud que asegure un balance favorable entre efectos beneficiosos y perjudiciales para la salud global, es decir, la prevención cuaternaria de los daños causados por el propio programa.

Las actividades preventivas no deben ser un factor de riesgo. La oferta de las opciones más saludables debe basarse en la sencillez para elegirlas. Los programas deben desarrollar fórmulas que permitan modificar o influir en la conducta individual, para promover e incentivar comportamientos saludables sin violentar la autonomía personal y transmitiendo la idea de que la salud es riqueza.

Los programas de salud poblacionales, por tanto, son aquellos cuyo objetivo principal es la salud integral de la población al dirigir sus actuaciones al conjunto de las personas y no al individuo. Se sitúan mayoritariamente en el ámbito de la prevención primaria (evitar que aparezca la enfermedad) y de la prevención secundaria (mejorar las posibilidades de curación o el pronóstico).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Los programas de salud poblacionales han sido recomendados por importantes y prestigiosos organismos y sociedades, debiendo cumplir los estrictos requisitos descritos desde 1968 por Wilson y Junger.

Para su implantación y eficaz funcionamiento, es imprescindible que exista integración entre las funciones de salud pública y las de atención sanitaria que elimine o minimice la confusión sobre el contenido y la organización de responsabilidades para la protección de la salud y la parcelación entre los componentes del sistema.

En este sentido, la reforma de la atención primaria, con la asignación de los equipos de atención primaria a la población de su zona básica de salud y el apoyo de los técnicos de salud pública, pareció crear una situación favorable al abordaje poblacional de la salud. Pero la fragmentación del sistema en sus objetivos y acciones, entre atención primaria y hospitalaria, y entre salud pública y asistencia, sigue siendo hoy día una realidad a pesar de las importantes aportaciones en la gestión integrada de demarcaciones poblacionales (v. tabla 86-1).

Los profesionales asistenciales recelan de la injerencia de la salud pública, al contemplarla como una sobrecarga de trabajo (burocrático fundamentalmente). Por su parte, desde salud pública se suele reclamar una mayor colaboración de los profesionales de atención primaria en los programas de salud que se desarrollan conjuntamente.

Los programas de salud comunitaria, por su parte, pretenden mejorar la salud de la población, pero también deben promover la autonomía de las personas y los grupos y, por ello, han de contar con la participación activa de la comunidad. Suelen desarrollarse en el marco natural de las comunidades, a menudo un territorio determinado habitado por una población donde pueden coexistir diversos grupos.

Los programas suelen incluir todos los aspectos relevantes de la salud de las comunidades, aunque a efectos prácticos se pueden dividir en proyectos globales que afectan al conjunto de la comunidad y proyectos más específicos, dirigidos a grupos seleccionados de la población, con objetivos seleccionados y limitados a un período de tiempo.

En España, los principales programas de salud comunitaria que se llevan a cabo son los desarrollados en el marco del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). El programa se inició en 1998 con el fin de lograr los siguientes objetivos:

- Estimular la calidad asistencial en los centros de atención primaria mediante la integración de un programa de actividades preventivas.
- Detectar las dificultades que genera su implantación e identificar las necesidades de personal e infraestructuras para llevarlo a la práctica.
- Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos basados en la evidencia científica, en los datos de morbilidad y mortalidad, en los recursos disponibles y en los resultados de las evaluaciones del PAPPS.
- Promover la formación y la investigación sobre la prevención en atención primaria mediante la realización de proyectos de investigación.

Actualmente, la función de los grupos de trabajo en los 675 centros de salud adscritos al PAPPS es la siguiente:

- Prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Prevención del cáncer.
- Prevención de las enfermedades infecciosas.
- Educación sanitaria y promoción de la salud.
- Prevención de los trastornos de la salud mental.
- Prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia.
- Prevención en el anciano.
- Evaluación.

Sin embargo, las limitaciones actuales de los programas de salud de promoción de la salud y prevención de las enfermedades por parte de los centros de atención primaria tienen que ver con el escaso efecto sobre los determinantes sociales de los comportamientos de las personas, las condiciones de vida que afectan los modos de alimentación, la movilidad de las personas, la vivienda, el trabajo y otros ámbitos de la vida social. Es necesario pues generar planteamientos que traten de armonizar las intervenciones clínicas y las comunitarias mediante programas integrales e integrados en los que las actividades clínicas y las comunitarias respondan a estrategias consistentes que mejoren la eficacia y la equidad de los programas de salud y, sobre todo, faciliten la participación activa de grupos y entidades de la comunidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Martín-Moreno JM. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPS. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):151-7.

Espinoza Fiallos E, Ruiz Cantero MT. ¿A quién benefician los programas de salud dirigidos a los más pobres? Éxitos y fracasos. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;26(S1):230-6.

Fiuzá Pérez MD, Aguiar Rodríguez JF, Monzón Batista N. Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(S1):37-41.

Márquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;26(S1):205-15.

Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España, 41-73. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R (eds.). Enfermería en Atención Primaria. Madrid: DAE; 2006.

Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):158-61.

Salas D, Cuevas D. La salud pública en el diseño de actividades preventivas poblacionales en el sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(S1):28-32.

Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;26(S1):104-10.

Segura Benedicto A, Molins Mesalles A, Muniente Pérez de Tudela G. Programas de salud comunitaria, 353-374. En: Martín-Zurro A, Jodar Sola G (eds.). Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011.

Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers. Geneve: World Health Organization; 1968.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 8 7

Promoción de salud

María Jesús Pérez Mora

INTRODUCCIÓN

Durante la última mitad del pasado siglo hemos asistido a una transformación en el patrón epidemiológico de los países del llamado mundo desarrollado. Hasta la aparición del SIDA, hemos visto cómo las enfermedades infectocontagiosas han sido controladas mediante los sistemas curativos y de prevención, y a cambio observamos cómo el aumento de la esperanza de vida desembocó en el auge de aquellas enfermedades relacionadas con los «estilos de vida»: las enfermedades crónicas y degenerativas.

Este cambio puso de manifiesto que el modelo sanitario basado en la curación y la prevención de enfermedades inmunoprevenibles no sirve frente a la nueva situación epidemiológica, en la que los factores sociales, ambientales y económicos, además de los estilos de vida, son el origen de las nuevas patologías.

La necesidad de abordar de forma diferente la nueva situación se puso de manifiesto a través de diferentes organismos internacionales. En 1974, el entonces ministro de Salud de Canadá publica el informe Lalonde sobre el estado de salud de los canadienses, en él se analiza los problemas de salud de la comunidad y se plantea que las causas principales de mortalidad de la población pueden ser evitables si se implican en su solución los sectores sociales que están fuera del sistema sanitario. Así el informe Lalonde se convierte en referente de las nuevas perspectivas de la salud pública y en inspirador de la filosofía del documento *Salud para todos* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Huertas, 1998). El informe Lalonde marca un punto de partida para las nuevas estrategias de salud del planeta y se convierte en referente de las políticas de salud de los países industrializados.

De los datos del informe Lalonde, Dever elabora en 1976 una tabla (tabla 87-1) en la que se recoge la aportación a la disminución de la mortalidad de los diferentes determinantes de la salud y el gasto público asignado por EE. UU. a cada uno de ellos, que ilustra la situación descrita.

La Conferencia de Alma-Ata, celebrada en septiembre de 1978, establece que la estrategia para alcanzar un nivel de salud aceptable en cada rincón del planeta pasa por el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS). El documento elaborado por los delegados de los diferentes países participantes en la conferencia, conscientes de la importancia de los determinantes de la salud y de la necesidad de implicar a todos los sectores sociales en la empresa de centrar su objetivo en la salud de la población, recoge en el punto 13 la siguiente afirmación: «El sector sanitario, por sí solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desarrollo humano. La APS, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles, entre el sector sanitario y todos los demás sectores interesados».

Años después, para apoyar el documento de objetivos *Salud para todos en el año 2000,* se organiza la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa entre el 17 y el 21 de noviembre de 1986. Esta conferencia nace para dar respuesta a la demanda de esta nueva forma de comprender la salud pública en el mundo, definiendo la promoción de la salud de la forma que recoge el siguiente párrafo:

> «La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 87-1. Disminución de la mortalidad según determinantes de salud

Contribución potencial a la reducción de la mortalidad en %	Determinantes de la salud	Asignación de los gastos de salud en %
27	Biología humana	7,9
19	Entorno	1,6
43	Estilos de vida	1,5
11	Sistema de salud	90

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.»

Si resumimos la información hasta aquí recogida, podemos decir que el informe Lalonde, la conferencia de Alma-Ata y la Carta de Ottawa son el punto de partida de una nueva era de la salud pública: la nueva salud pública, en la que el objetivo será la **salud** de las personas que habitan el planeta; la estrategia para conseguirlo será el desarrollo de la APS, mediante la participación coordinada de todos los sectores sociales de la comunidad y en la que la promoción de la salud es la herramienta prioritaria propuesta para abordar el cambio.

PROMOCIÓN DE SALUD

Desde que la OMS, en 1984, plantea la salud como un recurso para el discurrir de la vida cotidiana y no como un fin en sí mismo, la promoción de salud se convierte en la acción prioritaria de la APS, los programas de promoción de salud se desarrollan en todas aquellas comunidades donde la implantación del nuevo modelos de APS se lleva a cabo (Asthon, 1988).

Pero la promoción de salud requiere de unos principios recogidos de las experiencias que desde 1974 se han ido adquiriendo a lo largo y ancho del planeta. Estas experiencias se plasman en los siguientes principios:

- Implica la necesaria participación activa de la población general en aquellos **aspectos** de su vida cotidiana **que favorecen la salud.** No se restringe a las personas en riesgo de padecer enfermedades o que sean frecuentadores del sistema de salud.
- Debe actuar sobre los **determinantes de la salud** y sobre las **causas de las enfermedades,** ya sean de índole social, económica, psicológica, medioambientales o de estilos de vida.
- Actúa utilizando todos los enfoques y recursos legales necesarios para organizar acciones de **defensa de la salud.**
- Requiere de la **participación de la población.**
- Los **profesionales de la APS** deben colaborar y dinamizar el desarrollo de la promoción de salud.
- Debe entenderse como un concepto unificador para los que defienden que para promover la salud es necesario cambiar las condiciones de vida que impiden el desarrollo de la salud, así como actuando sobre los hábitos de vida que lo dificultan.
- Abarca a toda la población en el contexto de su vida cotidiana y no es posible sin la participación ciudadana en todas las etapas del proceso; desde la identificación de problemas a la toma de decisiones en la priorización de las acciones encaminadas a conseguir cambios en los determinantes de la salud que estén impidiendo la mejora de la situación en la comunidad. Ello implica la coordinación en la acción de todos los sectores sociales para asegurar que el «entorno global» promueva la salud (Nutbeam, 1986).
- La estrategia de promoción de salud se ha resumido en la frase: «Conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir: **"Hacer fácil la elección"».**
- Implica trabajar **con** la comunidad y no **sobre** o **para** la comunidad.
- Empieza y acaba en la **comunidad local.**
- Está orientada tanto a las **causas** inmediatas de la salud como a las causas potenciales.
- Son objeto, en el mismo nivel de actuación las **personas** y el **entorno.**

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Enfatiza los **aspectos positivos** de la salud.
- Debe involucrar a **todos los sectores** de la sociedad y el **medio ambiente.**

CARTA DE OTTAWA

Estos principios son los asumidos por la Carta de Ottawa y enunciados en ella como la necesidad de lo siguiente (Asthon, 1988):

1. *Construir políticas que ayuden a la salud.* Para ello es necesario identificar todos los obstáculos de los sectores sociales que impiden las políticas de promoción de salud y actuar para superarlos.
2. *Crear ambientes favorecedores.* Respetar el medio ambiente de una comunidad, cuidando el desarrollo ecológico del mismo, crear condiciones laborales y de vida segura, motivadoras, satisfactorias y placenteras.
3. *Reforzar la acción comunitaria.* La comunidad debe tener el poder necesario para desarrollar y controlar de forma autónoma sus iniciativas y actividades, por tanto los profesionales deben buscar los cauces para trabajar con la comunidad.
4. *Desarrollo de las habilidades personales.* Cuando los profesionales trabajamos con las personas para que estas desarrollen habilidades para manejar la situación de salud; cuando facilitamos la información y la educación para la salud imprescindible, estamos favoreciendo el autocuidado y, entonces, las personas son capaces de elegir las mejores opciones para mejorar su salud.
5. *Reorientación de los servicios sanitarios.* La responsabilidad de la promoción de la salud debe ser compartida entre los profesionales de la salud de los servicios sanitarios, los usuarios, las redes de apoyo social, los grupos comunitarios y la administración de los recursos públicos. La OMS plantea que todos deben trabajar juntos para construir un nuevo sistema asistencial que contribuya a la salud.

Los profesionales de la salud deben reconocer que las causas de enfermedad transcienden la influencia del sector sanitario, buscar las causas sociales que determinan la salud y posicionarse de manera que puedan influir en la producción de un cambio favorable. Por todo ello, podemos decir que estamos frente a un cambio de modelo de pensamiento sobre la salud, en el que el trabajar para promoverla, desde el seno de la comunidad, permitirá alcanzar una sociedad más desarrollada, más igualitaria y más justa.

Como hemos visto, la promoción de la salud requiere de órganos de participación ciudadana, porque sin la implicación de las personas que configuran una comunidad, sin que la población asuma su papel protagonista en el control de su salud y la de la comunidad, difícilmente la promoción de salud podrá ser una estrategia factible; con esto no estamos dejando caer la responsabilidad en la población y en la actuación individual de las personas sobre su propia salud «culpabilizando a la víctima», ello estaría en contradicción con la teoría de los determinantes sociales de la salud, lo que se plantea es que es imprescindible, para que la promoción de la salud sea una realidad, el que las políticas sociales de los gobiernos establezcan los órganos de participación; sin ellos las comunidades difícilmente podrán desempeñar el papel que hemos descrito.

El profesional de la salud que asume el reto que plantea el ejercicio de promocionar la salud debe ser consciente de que su papel se situará entre la comunidad y el conocimiento; las personas que trabajan en la promoción de la salud deben ser profesionales, pero no son una profesión (Ashton, Seymour, 1990).

En los momentos actuales, donde las políticas neoliberales han calado en gran parte de la población hasta poder percibir en las personas actitudes individualistas, actitudes que huyen del compromiso en la lucha por una justicia social, que nos llevan a atrevernos a hablar del desarrollo de una **«cultura neoliberal»,** pensamos que esta situación puede convertir a los profesionales que se comprometen con este nuevo enfoque de la salud, que se implican en la implantación de programas de promoción de la salud, en nuevos héroes de la salud pública.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ashton J. La promoción de salud: un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad. Traducción de Álvarez-Dardet C. Monografias Sanitàries, Generalitat Valenciana. Valencia: IVESP; 1988.

Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool. Barcelona: Masson; 1990.

Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Barcelona: El Viejo Topo, Fundación de Investigaciones Marxistas; 1998.
Nutbeam D. Glosario de términos de promoción de la salud. Traducción de la OMS/EURO, publicada con permiso de la Oxford University Press, Oxford; 1986.
OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-13 de septiembre, Ginebra; 1978.
OMS. Informes de la OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra; 1986.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Q

88. Quemaduras 551

C A P Í T U L O 88

Quemaduras

María del Carmen Solano Ruiz

CONCEPTO

Las quemaduras son lesiones tisulares causadas por la exposición excesiva a agentes térmicos, químicos, eléctricos o radiactivos. Los efectos pueden ser locales, provocando la lesión o muerte celular, y/ o sistémicos, siendo el resultado de la lesión proporcional al grado de temperatura y al tiempo de exposición o contacto, entre otros factores. Una lesión extensa de la superficie corporal requiere tratamiento en centros especializados, dejando importantes secuelas estéticas a largo plazo y a corto plazo graves repercusiones sistémicas que pueden llegar, en ocasiones, a conducir a la muerte.

La gravedad de una quemadura varía en función de la profundidad, la extensión y la zona anatómica afectada, además de otros factores que pueden influir en su evolución como son la edad y los antecedentes patológicos. Las zonas llamadas de riesgo (cara, cuello, mamas, manos, pies, genitales, zona perianal y todas las zonas de flexión) implican un factor de gravedad añadido por las importantes secuelas estéticas y funcionales que acarrean.

CLASIFICACIÓN

Clasificación según su profundidad (grados de la quemadura)

El grado de una quemadura indica la profundidad de la zona afectada, es decir, la lesión producida en los diferentes estratos de la piel. El grado por sí solo no es indicativo de gravedad, es decir, una lesión poco extensa de tercer grado conlleva menos gravedad que una lesión extensa de segundo grado.

Quemaduras de primer grado o epidérmicas

La lesión afecta principalmente a las células de la epidermis, sin llegar a afectar a células del estrato basal, apareciendo lesiones eritematosas con hipersensibilidad al contacto y sensación de picor y escozor. El dolor varía de leve a moderado, pero en algunas ocasiones y dependiendo de la localización el dolor puede ser más intenso. El ejemplo más característico es el de la quemadura solar (fig. 88-1).

Quemaduras de segundo grado o dérmicas

- Dérmica superficial: afecta a todos los estratos de la epidermis, llegando hasta la dermis papilar. El signo más representativo es la aparición de una flictena o ampolla. Se caracteriza por ser una lesión muy dolorosa con hiperestesia, ya que las terminaciones nerviosas están intactas y expuestas sin la protección de la epidermis (figs. 88-2 y 88-3).
- Dérmica profunda: afecta a todos los estratos de la epidermis, llegando a la dermis reticular, la dermis papilar queda necrosada. Pueden aparecer flictenas con zonas de dermis sin protección; en ocasiones la epidermis se retrae tomando una coloración rojo intensa o marronácea que se desprende con facilidad al frotar con una gasa. La lesión presenta un aspecto pálido debido al colapso de los capilares. La destrucción de las terminaciones sensitivas implica que este tipo de lesión sea menos dolorosa que la anterior (fig. 88-4).

Quemaduras de tercer grado o subdérmicas

Se produce toda la destrucción del grosor de la piel, afectando al tejido subdérmico, el tejido subyacente circundante (músculos, tendones…) y a los órganos anejos, produciendo además la destrucción de las terminaciones nerviosas. Su principal signo es la aparición de una escara de consistencia apergaminada y coloración variable desde el blanco hasta el negro. En general, son insensibles al tacto por la destrucción de terminaciones nerviosas, pero en ocasiones puede

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

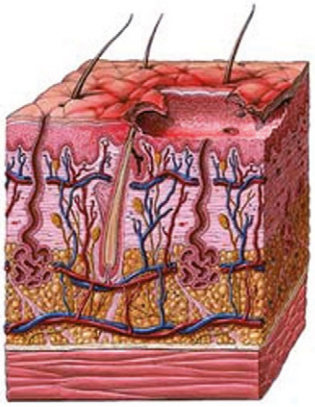




FIGURA 88-1. Quemaduras de primer grado o epidérmicas.





FIGURA 88-2. Quemaduras de segundo grado.



FIGURA 88-3. Flictenas o ampollas en quemaduras de segundo grado (I).

producir dolor intenso por irritación de tejido sano colindante. Para diagnosticar la profundidad de la quemadura, no se debe olvidar que durante las primeras 24-48 h la lesión puede evolucionar y durante este período la presencia del edema dificulta la certeza sobre la profundidad de la lesión, siendo necesaria una evaluación posterior. Para valorar la sensibilidad de una lesión se debe realizar una prueba que consiste en la aplicación de un pinchazo con una aguja estéril o el tacto de la misma con el capuchón, la respuesta al dolor indicará el grado de profundidad (fig. 88-5).

Algunos autores han hecho una cuarta clasificación de las quemaduras caracterizada por la afectación de músculos, huesos, vasos, tendones,



FIGURA 88-4. Flictenas o ampollas en quemaduras de segundo grado (II).



FIGURA 88-5. Quemadura de tercer grado o subdérmica.

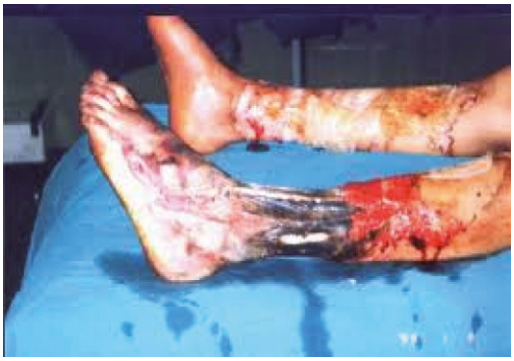


FIGURA 88-6. Quemadura de tercer grado o subdérmica con afectación muscular y ósea.

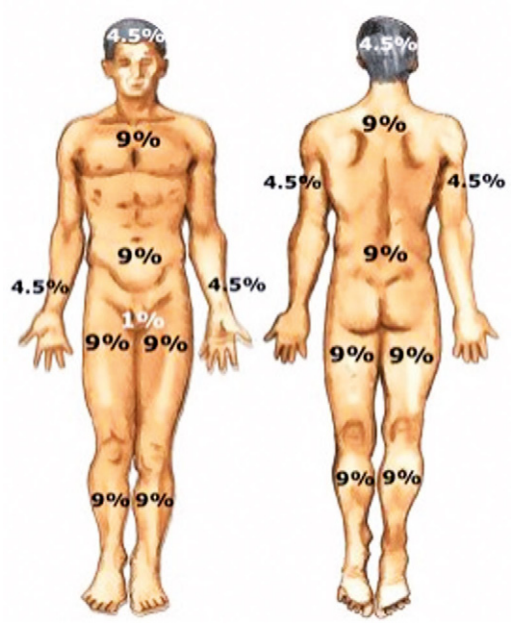


FIGURA 88-7. Regla de los nueve o de Wallace.

etc. Esta clasificación está en desuso ya que tiene un escaso valor práctico (fig. 88-6).

Clasificación según su extensión

La valoración de la extensión o la superficie corporal total quemada es de gran importancia, ya que es indicativa de riesgo vital. Cuando el tanto por ciento de superficie corporal total quemada (SCTQ) supere el 10% en niños y el 15% en adultos, existe un riesgo progresivo de deshidratación, hipovolemia, hipoperfusión sistémica y fallo multiorgánico, por lo que se debe enviar al paciente de manera urgente a un centro especializado para tratarlo, y es necesario canalizar una vía para la reposición de líquidos durante el traslado.

A pesar de que en la bibliografía consultada se muestran distintas herramientas para medir la extensión quemada, en este capítulo se expondrán aquella de uso más frecuente.

- La regla de los nueve o de Wallace (fig. 88-7): divide la superficie corporal en regiones corporales que representan un 9% o múltiplos del mismo. Esta herramienta no es válida para los niños, para ellos se utiliza la clasificación

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de Lund y Browder. La aplicación correcta implica considerar la porción de área quemada descontando el porcentaje de la porción de esa zona que no se ha visto afectada, dado que las quemaduras que se producen casi nunca afectan a áreas tan bien delimitadas como las propuestas por Wallace. Un error frecuente en el cálculo es incluir el eritema, ya que solo se debe contabilizar la zona desepitelizada.

- Para quemaduras poco extensas se utiliza la regla de la palma de la mano o del 1% (fig. 88-8), ya que la palma de la mano equivale al 1% de la superficie corporal. Se aplica con la palma de la mano del paciente con los dedos juntos y extendidos.
- Tabla de Lund y Browder (tabla 88-1): en esta tabla se especifican de manera muy detallada las proporciones del niño con respecto a su edad.

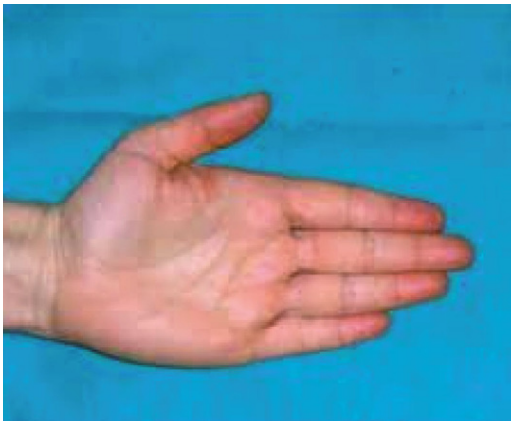


FIGURA 88-8. Regla de la palma de la mano o del 1%.

TABLA 88-1. Tabla de Lund y Browder

Zonas	0-1 año	1-4 años	5-9 años	10-16 años
Cabeza	19	17	13	11
Cuello	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13
Nalgas 2	5	5	5	5
Genitales	1	1	1	1
Brazos 2	8	8	8	8
Antebrazos 2	6	6	6	6
Manos 2	5	5	5	5
Muslos 2	11	13	16	17
Piernas 2	10	10	11	12
Pies 2	7	7	7	7

Clasificación según su etiología

Anualmente en el Reino Unido, alrededor de 175.000 personas consultan a los servicios de urgencias con quemaduras por diversas causas (fuego, líquidos calientes, contacto con objetos calientes, quemaduras por electricidad, radiación, quemaduras solares y por sustancias químicas). Esto representa el 1% de todas las visitas a los servicios de urgencias y alrededor del 10% de estos pacientes necesitan hospitalización en un servicio especializado. Otros 250.000 pacientes son tratados por médicos de atención primaria y otros profesionales. Muere un promedio de 300 personas al año por quemaduras.

Los mecanismos por los cuales se producen las quemaduras son muy variados, a continuación se enumeran algunos de ellos:

- Quemaduras solares: revisten poca gravedad, suelen ser quemaduras de primer grado.
- Quemaduras químicas: son producidas por sustancias ácidas o químicas, es importante retirar o diluir el producto que lo ocasionó para evitar una lesión mayor.
- Quemaduras radiactivas: producidas por radiación ionizante, en general son de primer grado y en ocasiones se acompañan de sintomatología sistémica.
- Quemaduras eléctricas: se pueden producir por bajo voltaje (menor de 1.000 V) y se caracterizan por la producción escasa de destrucción de tejido, pero pueden ocasionar parada cardíaca. Las de alto voltaje (mayor de 1.000 V) producen una importante destrucción del tejido de contacto ocasionando, además, parada cardíaca, alteración del ritmo cardíaco, fracturas o contusiones.
- Quemaduras por llamarada: se generan por cortocircuito eléctrico, pero deben contemplarse como quemaduras térmicas no eléctricas.

CUIDADOS GENERALES EN LAS QUEMADURAS

En las quemaduras es muy importante la valoración inicial atendiendo a los parámetros indicados previamente, pero tan importantes como esta son las valoraciones sucesivas, ya que la herida producida por una quemadura es un elemento

dinámico que precisa de evaluaciones continuas. Será necesario valorar y registrar las características de los tejidos, reflejando la presencia de tejido de granulación, esfacelos, necrótico, etc. así como el aspecto del mismo; la presencia de exudado, cantidad y olor; la aparición de edema y de signos inflamatorios, y la respuesta y sensibilidad al dolor.

La primera actuación posteriormente a la quemadura será enfriar el tejido con agua potable o suero fisiológico aplicándolo con paños limpios empapados o sumergiendo la zona, la temperatura no debe ser inferior a 20° y no se debe aplicar hielo o agua fría. El enfriamiento del tejido contrarrestará la energía de calor aplicada y calmará el dolor además de ayudar a inhibir sustancias inflamatorias. En quemaduras poco extensas (menor del 10% SCTQ) la duración del enfriamiento será de 20-30 min y en quemaduras más extensas y en niños no se deben sobrepasar los 10 min, ya que puede ocasionar una hipotermia grave.

Para la limpieza de la quemadura se utilizará como norma general agua o suero fisiológico, solo se utilizará un antiséptico en zonas con evidencia de suciedad o con riesgo de contaminación.

Está contraindicado proceder al cepillado o frotado de la quemadura, ya que contribuirá a la destrucción de células epiteliales, la diseminación de gérmenes además de provocar sangrado y gran dolor. En aquellas quemaduras por erosión con suciedad visible incrustada se recomienda la aplicación de pomadas emolientes tipo: sulfadiazina argéntica, colagenasa, hidrogel hipertónico; manteniendo el lecho de la herida húmedo y realizando curas cada 12-24 h, facilitando de esta manera el proceso de expulsión de cuerpos extraños a través de mecanismos fisiológicos. No se recomienda realizar cura seca con povidona yodada, ya que se mantiene el lecho seco dificultando la expulsión de cuerpos extraños.

El dolor producido por las quemaduras es intenso durante los primeros días y de intensidad variable durante el proceso de cicatrización, se recomienda tomar analgésicos tipo paracetamol o metamizol.

Cuidados en las quemaduras de segundo grado

Durante mucho tiempo se ha mantenido la teoría de no desbridar las flictenas en las quemaduras de segundo grado, debido principalmente a que la piel es la mejor protección contra la contaminación y además permite la reabsorción de su contenido evitando el dolor al paciente. La evidencia científica ha puesto de manifiesto la necesidad de un desbridamiento como una medida prioritaria para evitar la presión que ejerce el propio contenido líquido sobre el lecho de la quemadura que, junto con la secreción de sustancias citotóxicas que contiene, favorece una profundización de la misma, además la piel que la recubre es un epitelio desnaturalizado que puede favorecer el proceso de contaminación. Se hace, por tanto, necesario desbridar con material quirúrgico (pinzas, bisturí o incluso mano enguantada) cuanto antes, retirando a su vez los restos de tejido desvitalizados, estos no se deberán retirar de manera agresiva ya que se irán desprendiendo por sí solos progresivamente (fig. 88-9).

Ante una situación de emergencia o cuando el paciente requiera traslado a otro centro no se deberá proceder al desbridamiento.

Utilización de apósitos y pomadas

Estudios recientes han puesto de manifiesto la mejora en la evolución de la quemadura con la aplicación de apósitos capaces de propiciar un lecho húmedo. La creencia de que las quemaduras son heridas con elevado riesgo de infección no ha sido demostrada, (quemaduras menores) es por tanto que la utilización de pomadas bactericidas queda desaconsejada. El apósito ideal no solo propiciará la humedad, sino que además absorberá el exceso de exudado sin resecar, realizando de manera cuidadosa la retirada del



FIGURA 88-9. Cuidados en quemaduras de segundo grado.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mismo para evitar el sangrado y el dolor ya que así favorecerá el proceso de cicatrización.

Se puede utilizar: gasa hidrófila, hidrogeles, hidrocoloides, tul, malla de poliuretano o algunos apósitos que combinen estos elementos.

Ante la presencia de quemaduras con abundante exudado purulento, mal olor, celulitis o con cualquier signo que evidencie riesgo de infección se pueden utilizar apósitos que llevan incorporado plata o cadexómero yodado, o aplicar una crema de sulfadiazina argéntica al 1%.

Durante los primeros días es necesario mantener en reposo la zona afectada, colocando la suficiente cantidad de apósito para absorber el exudado y sujetándolo con material que no comprima y le permita la expansión de los tejidos blandos; se puede utilizar una malla tubular elástica o venda elástica que permita la movilidad de las articulaciones y la de los dedos en el caso de las extremidades. Si la quemadura afecta a una articulación, será necesario tener en consideración que durante el proceso de síntesis (3-5 días) se deberá mantener la articulación en hiperextensión para evitar retracciones del tejido.

Cuidados posteriores

Se recomienda la aplicación de cremas hidratantes de manera regular hasta que el proceso de epitelización se normalice; aunque en quemaduras profundas requerirán una hidratación complementaria el resto de la vida.

La aplicación de cremas solares protectoras debe realizarse durante varios meses después del cierre de la herida, evitando la exposición solar durante las horas fuertes de sol.

En algunos pacientes con quemaduras profundas o que hayan tenido que proceder a injertos de piel, pueden aparecer cicatrices hipertróficas y antiestéticas. La utilización de prendas elásticas hace que se realice una presión controlada sobre la cicatriz mejorando el aspecto de esta (fig. 88-10).



FIGURA 88-10. Cicatrización de quemadura.

El proceso de rehabilitación en quemaduras producidas en los miembros inferiores debe ser de manera gradual, ya que la bipedestación favorecerá la aparición de edema; se deberán colocar vendas elásticas o medias de compresión gradual con la finalidad de evitar el estasis venoso.

LECTURAS RECOMENDADAS

Allué M. Perder la piel. Barcelona: Seix Barral; 2002.

Enoch S, Roshan A, Shah M. Tratamiento de urgencia y tratamiento precoz de las quemaduras. BMJ. 2009;8(338):1037.

Ferraro GM, Arrastia MC, Ziella ME, Hrabar I, Santos Muñoz A, Tantignone MR. Tratamiento combinado de cicatrices de larga evolución. Resultado estético y reparador en una adolescente. Revista argentina de dermatología. 2007;88(4). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2007000400002.

Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Protocolo de tratamiento en las quemaduras en atención primaria. 2010. Disponible en: www.elsevier.es/fmc.

García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MC, Bellido JC. ¿Agua del grifo para las heridas? Evidentia. 2005;2(6). Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n6/143articulo. php. ISSN: 1697-638X.

Guía de actuación frente al paciente quemado. Madrid: Hospital R.U. Carlos Haya.

Tormo V, Julián I, Martínez C, Marín MJ, Sauvadet A, Bohbot S. Hidrocoloides y materias grasas en el tratamiento de heridas agudas y crónicas. Rol Enf. 2003;26(10):667-72.

R

89. Reanimación cardiopulmonar básica 559
90. Redes sociales 570

C A P Í T U L O 8 9

Reanimación cardiopulmonar básica

Juana Perpiñá Galvañ

CONCEPTO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) puede tener dos orígenes distintos: puede ser consecuencia directa de un paro cardíaco (debido principalmente a arritmias), que producirá un rápido deterioro del paciente con inmediata parada respiratoria, o puede ser consecuencia de una parada respiratoria inicial (asociada a intoxicaciones, obstrucción de la vía aérea, trastornos del sistema nervioso central, etc.). En este segundo caso el pronóstico mejora sustancialmente si se consigue detectar precozmente la situación y sustituir la respiración antes de que se produzca el paro cardíaco.

Los signos que permiten reconocer una PCR son:

- Inconsciencia.
- Apnea o movimientos respiratorios agónicos.
- Ausencia de pulso central en las grandes arterias (carótidas o femorales).
- En enfermos monitorizados electrocardiográficamente, aparición de arritmias letales como fibrilación ventricular (FV), taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), asistolia o disociación electromecánica.

La parada súbita cardíaca es una de las causas más importantes de muerte en Europa, y afecta a cerca de 700.000 individuos al año. En el momento del primer análisis del ritmo cardíaco, alrededor del 40% de las víctimas presenta una FV, y es de suponer que otros muchos pacientes tenían FV o TVSP, solo que en el momento del registro electrocardiográfico su ritmo se ha deteriorado hacia la asistolia. La FV se caracteriza por una polarización y despolarización rápida y caótica. El corazón pierde su función coordinada y deja de bombear sangre de forma efectiva. Muchas víctimas de parada cardíaca pueden sobrevivir si quienes presencian la parada actúan inmediatamente, mientras la FV está todavía presente, pero la reanimación suele ser inefectiva una vez que el ritmo se ha deteriorado hacia la asistolia. El tratamiento óptimo de la FV es la reanimación cardiopulmonar inmediata por los testigos (ventilaciones de rescate y compresiones torácicas combinadas) además de la desfibrilación eléctrica.

CONCEPTO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, SOPORTE VITAL Y CADENA DE SUPERVIVENCIA

Podríamos definir la **reanimación cardiopulmonar** (RCP) como el conjunto de pautas estandarizadas, de desarrollo secuencial, cuyo fin es sustituir primero y restaurar después, la respiración y la circulación espontáneas. Así, distinguimos la RCP básica y la RCP avanzada. El objetivo de la RCP básica es detectar la PCR y sustituir la respiración y la circulación, mientras que el fin de la RCP avanzada es recuperar dichas funciones. Las características de la RCP básica son: se debe realizar en el lugar donde ha sucedido la PCR, no requiere ningún tipo de equipamiento, debe ser aplicada por cualquier ciudadano e iniciarse en los primeros 4 min tras la parada. Las características de la RCP avanzada son: precisa equipamiento y formación específicos, debe ser realizada por personal cualificado, aunque en general es específica del medio sanitario, hoy en día se puede realizar *in situ* gracias a los servicios de atención médica urgente (SAMU), y debe iniciarse en los primeros 8 min de evolución.

Actualmente se prefiere la denominación de **soporte vital** (SV), que es un término más

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

amplio que el de RCP. Podríamos decir que el término RCP describe estrictamente las maniobras que intentan mantener la función respiratoria y circulatoria de una persona con PCR mediante compresiones torácicas externas y ventilación. Sin embargo, el término SV expresa todas las acciones encaminadas a la prevención de la PCR, reconocimiento, petición de ayuda o alerta a los servicios de emergencias y actuación en una situación de PCR.

Otro concepto impulsado en los últimos años es el de **cadena de supervivencia**, conformado por una serie de actuaciones básicas encaminadas a la rehabilitación y reinserción social del individuo. El European Resucitation Council (ERC) se refiere a la cadena de supervivencia como la coordinación necesaria para conseguir estadísticas aceptables de éxitos en la aplicación de la reanimación. Desde esta perspectiva adquiere relevancia la valoración de la situación y la priorización de las acciones a realizar, pues cada una de estas acciones por separado tiene poca eficacia, y son solo en su conjunto y realizadas ordenadamente y en el momento adecuado cuando han demostrado mejores resultados. La cadena de supervivencia está formada por cuatro eslabones (fig. 89-1):

1. Reconocimiento del estado del individuo y alerta a los servicios de emergencias (p. ej., telefonear al 112). Una respuesta precoz y efectiva puede prevenir la parada cardíaca.
2. RCP precoz por testigos. Esto aporta un flujo sanguíneo pequeño pero de trascendencia crítica al corazón y al cerebro. La RCP inmediata puede doblar o triplicar la supervivencia a una parada cardíaca súbita por FV.
3. Desfibrilación precoz. La desfibrilación interrumpe la despolarización-repolarización descoordinada que ocurre durante la FV. Si el corazón es todavía viable, el marcapasos normal recupera su función y producirá un ritmo efectivo y una recuperación de la circulación. La RCP seguida de desfibrilación dentro de los 3 a 5 min del colapso puede obtener tasas de supervivencia del 49 al 75%. Cada minuto de retraso en la desfibrilación reduce la probabilidad de supervivencia en un 10-15%.
4. El soporte vital avanzado precoz y los cuidados posresucitación para estabilizar al paciente.

Realizar estos pasos en este mismo orden es fundamental por la siguiente razón: como se sabe que la principal causa de la PCR en adultos es la FV, que esta tiene buena respuesta a la desfibrilación precoz, que el éxito de la desfibrilación disminuye rápidamente con el tiempo (debe iniciarse antes de los 8-10 min) y que la desfibrilación solo la pueden realizar profesionales cualificados, es por ello que se pone énfasis en la necesidad de solicitar ayuda a los servicios de emergencias para que lleguen al lugar del suceso, desfibrilen y después se siga con la RCP avanzada y el traslado

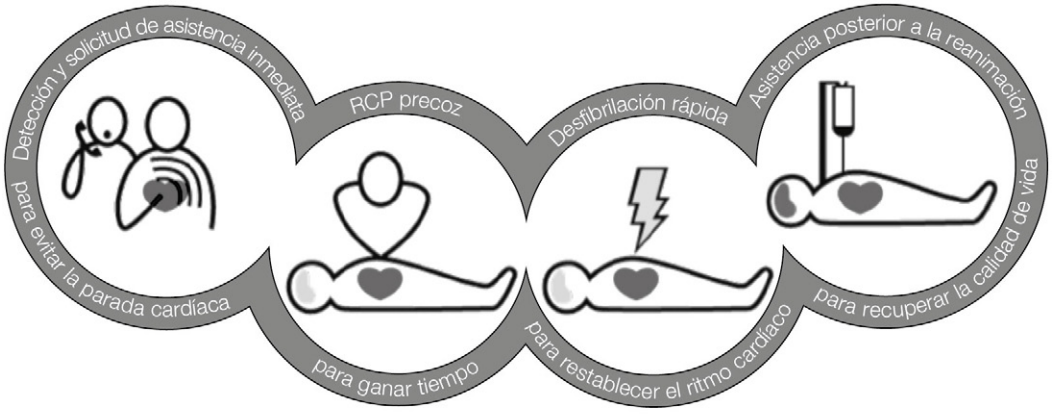


FIGURA 89-1. Cadena de supervivencia. *(Fuente: European Resuscitation Council.* ERC Guidelines for Resuscitation 2005.*)*

de la víctima al hospital. La atención al individuo que sufre una PCR es responsabilidad de todos y solo con la colaboración y coordinación de todos los eslabones (RCP básica, RCP avanzada extrahospitalaria, RCP avanzada hospitalaria y cuidados intensivos) puede lograrse una mejoría en la supervivencia. El primer agente o eslabón es el ciudadano testigo de la PCR, que debe iniciar inmediatamente la RCP básica y avisar a los sistemas de emergencias. Sin embargo, el número de reanimaciones iniciadas por el primer testigo no sobrepasa el 36% en Suecia o el 12,5% en España. Estos y otros datos han sido analizados a la hora de proponer nuevas modificaciones en las recomendaciones de RCP, ya que se ha evidenciado la dificultad de aprendizaje y recuerdo de las maniobras de reanimación básicas. Los algoritmos de actuación intentan ser cada vez más sencillos para poder ser recordados con el paso del tiempo. Las recomendaciones que aquí presentamos son un resumen de las recomendaciones sobre resucitación del European Resuscitation Council, publicadas en 2005, y que son las vigentes en el momento actual. Previsiblemente, en el próximo año, dicho organismo elaborará unas nuevas recomendaciones fruto de los últimos estudios de investigación.

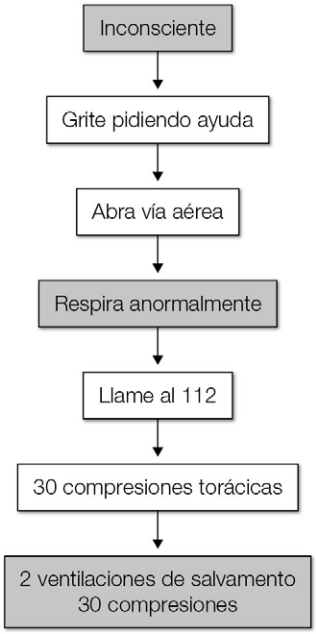


FIGURA 89-2. Algoritmo del soporte vital básico en adultos. *(Fuente: López González et al.* Metas de Enferm. *2007.)*

SECUENCIA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO EN ADULTOS

El soporte vital básico (SVB) consiste en el seguimiento de una secuencia de acciones. Deberemos valorar la capacidad de respuesta de la víctima. Para ello comprobaremos su nivel de conciencia, si tiene la vía aérea permeable y si presenta una respiración efectiva (fig. 89-2).

- Para valorar el **nivel de conciencia**, deberemos zarandear a la víctima por los hombros y preguntarle con voz fuerte: ¿se encuentra bien?
  - Si responde: deberemos dejarlo en la posición en la que se encuentra, intentar averiguar qué le ocurre y buscar ayuda si lo creemos oportuno.
  - Si no responde, significa que está inconsciente y deberemos valorar inmediatamente si la vía aérea está permeable, pues por el mero hecho de estar inconsciente la lengua (al igual que le ocurre al resto de músculos del cuerpo) pierde el tono y cae hacia atrás, ocluyendo la orofaringe y obstruyendo así la vía aérea.
- Para valorar la **permeabilidad de la vía aérea** se recomienda realizar la maniobra frente-mentón (fig. 89-3).
  - Colocar a la víctima en decúbito supino.
  - Colocar nuestra mano en la frente de la víctima y extender su cabeza hacia atrás, manteniendo el pulgar y el índice libres para tapar la nariz si se requiere ventilación de rescate.
  - Elevar el mentón de la víctima con los dedos de la otra mano.
  - Si al abrir la vía aérea observamos la presencia de algún cuerpo extraño (dentadura postiza, restos de alimento, secreciones, etc.), procederemos a extraerlo con el dedo en forma de gancho.
- Manteniendo la vía aérea abierta se valorará si hay una **respiración** normal. Para ello:
  - Colocaremos durante no más de 10 s nuestra mejilla junto a la boca de la víctima mirando hacia el tórax (fig. 89-4). De esta manera podremos comprobar si respira de tres maneras (ver-oír-sentir):
    - Ver si existe movimiento torácico.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

  - Oír en la boca de la víctima ruidos respiratorios.
  - Sentir el aire espirado en nuestra mejilla.
- En los primeros minutos después de la parada cardíaca, la víctima puede tener una respiración precaria o estar haciendo «boqueadas» ruidosas. No se deben confundir con la respiración normal. Si se tiene la más mínima duda de que la respiración sea normal deberemos actuar como si no lo fuese.
- Si la víctima respira normalmente se deberá voltear hasta la posición de recuperación o posición lateral de seguridad (PLS) (fig. 89-5) y buscar ayuda o llamar pidiendo una ambulancia.
- Si no respira normalmente, se considerará que la víctima está en PCR.

Cuando hayamos determinado que la víctima está en PCR, es decir, cuando valoremos que está inconsciente y no respira, nuestra actuación variará en función de si la víctima es un adulto o un niño y de la probable causa de la parada. En adultos, la principal causa de la PCR es una arritmia cardíaca letal (FV fundamentalmente), mientras que, afortunadamente, son pocos los niños que sufren problemas cardíacos y en ellos lo normal es que se produzca primero una parada respiratoria, y como consecuencia de ella acontezca la parada cardíaca. Así las cosas, lo prioritario en el caso de un adulto será avisar a los servicios de emergencias para que puedan acudir cuanto antes a desfibrilar a la víctima, ya que con las maniobras básicas de masaje cardíaco y ventilación por sí solos, no se consiguen altas tasas de éxito. Sin embargo, la actuación prioritaria en el caso de un niño será realizar ventilaciones de rescate e iniciar las compresiones



FIGURA 89-3. Maniobra frente-mentón. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*



FIGURA 89-4. Ver, oír y sentir si hay respiración normal. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*

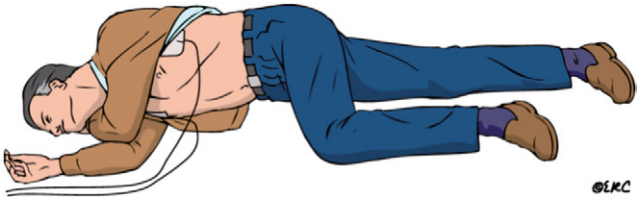


FIGURA 89-5. Posición lateral de seguridad. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*

torácicas y ventilaciones puesto que la causa de la PCR suele tener origen respiratorio y, en muchos casos, valorar la situación de apnea y administrarle ventilaciones rápidamente, puede evitar que se produzca la parada cardíaca que es más difícil de revertir. En el caso de adultos en PCR en los que se sospeche que la causa de la misma es de origen respiratorio (ahogamiento, asfixia, intoxicaciones por drogas, etc.), las prioridades en la actuación serán las mismas que en el niño.

- **Prioridades de actuación** ante una PCR en un **adulto:** deberá enviar a alguien a por ayuda o, si se encuentra solo, dejar a la víctima y alertar al servicio de emergencias (112, servicio de ambulancias). Deberá regresar lo antes posible y comenzar las compresiones torácicas.
  - **Pedir ayuda.**
  - Treinta compresiones torácicas.
  - Dos ventilaciones (iniciar relación 30 compresiones/2 ventilaciones).
- **Cómo realizar las ventilaciones y las compresiones torácicas:**
  - **Compresiones torácicas:**
    - Colocar a la víctima, si no lo está, en posición de recuperación o decúbito supino.
    - Arrodillarse al lado de la víctima.
    - Colocar el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima. Colocar el talón de la otra mano sobre la primera y entrelazar los dedos (fig. 89-6).
    - Asegurarse de que no se aplica la presión sobre las costillas de la víctima, ni sobre la parte superior del abdomen ni sobre la porción final del hueso del esternón.
    - Colocarse vertical sobre el pecho de la víctima, y con los brazos rectos (sin doblar los codos), comprimir sobre el esternón 4-5 cm (fig. 89-7).
    - A continuación, dejar de comprimir (es decir, descomprimir) sin perder el contacto entre las manos y el esternón. Emplear el mismo tiempo para las compresiones que para las descompresiones.
    - Comprimir-descomprimir a un ritmo de aproximadamente 100 ventilaciones por minuto (pm) (algo menos de dos compresiones por segundo).
  - **Ventilaciones:**
    - Mantener la vía aérea permeable con la maniobra frente-mentón (v. fig. 89-3).

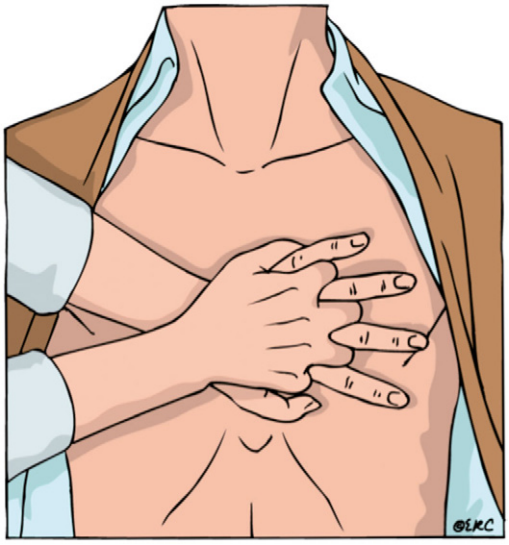


FIGURA 89-6. Colocación de las manos para realizar masaje cardíaco. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*



FIGURA 89-7. Masajear en posición vertical y sin doblar los brazos. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

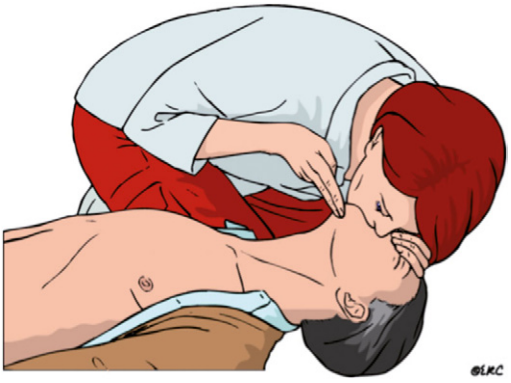


FIGURA 89-8. Ventilación boca a boca. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*

- Pinzar la parte blanda de la nariz, utilizando los dedos índice y pulgar de la mano que está colocada en la frente.
- Mantener la boca abierta, pero conservando la elevación del mentón.
- Tomar una inspiración normal y colocar los labios alrededor de la boca de la víctima, asegurándose de que el sello es correcto (fig. 89-8).
- Insuflar aire en la boca de la víctima observando si el pecho se eleva, con una duración aproximada de 1 s, como en una respiración normal. Evitar ventilaciones demasiado rápidas o demasiado fuertes.
- Manteniendo en todo momento la extensión de la cabeza, retirar la boca de la de la víctima y observar si el pecho desciende al salir el aire.
- Tomar otra inspiración e insuflar en la boca de la víctima una vez más.

La cadencia será siempre de 30 compresiones y 2 ventilaciones. Si hay dos reanimadores es importante que se coordinen bien para que no haya tiempos muertos, para lo que es importante que el reanimador que está comprimiendo marque en voz alta las últimas compresiones (28, 29 y 30), de manera que el otro reanimador se vaya preparando y cuando finalice la última compresión, inmediatamente se produzca la ventilación. Los reanimadores se deben intercambiar cada 1-2 min para evitar la fatiga. Procurar que el retraso sea mínimo en el cambio de reanimadores.

Si la primera ventilación no hace que el pecho se eleve, intentar lo siguiente antes de la segunda ventilación:

- Comprobar si en la boca de la víctima hay cualquier cuerpo extraño que obstruya la vía aérea (prótesis dentales, vómito, etc.). Si es sólido y visible se debe retirar con el dedo índice en forma de gancho (barrido digital).
- Comprobar la correcta hiperextensión de la vía aérea manteniendo la maniobra frente-mentón.

No se deben intentar más de dos ventilaciones cada vez antes de volver a las compresiones torácicas.

La ventilación boca a nariz es una alternativa efectiva a la ventilación boca a boca.

Si no se puede dar ventilación (traumatismos faciales y de cuello) o no se quiere (asco), administrar las compresiones torácicas únicamente a un ritmo de 100 pm. Esto es mejor que si no se hiciera nada.

Detenerse para reevaluar a la víctima solo si comienza a respirar normalmente; de otro modo no interrumpir las maniobras de resucitación.

El/los reanimadores deberán continuar la resucitación hasta que:

- Llegue ayuda cualificada que los releve.
- La víctima comience a respirar normalmente.
- Se agoten.

SOPORTE VITAL BÁSICO EN NIÑOS

Aunque la secuencia de SVB para adultos se puede utilizar para reanimar a un niño, algunas modificaciones hacen esa secuencia más adecuada para niños y para adultos cuya causa probable de PCR sea el ahogamiento, la asfixia o la intoxicación.

- **Prioridades de actuación** ante una PCR **en niños o adultos** ahogados o intoxicados:
  - Cinco insuflaciones de rescate.
  - Valorar signos de vida. Si aparecen, seguir ventilando a razón de 12 pm.
  - Si no aparecen signos de vida, iniciar 30 compresiones/2 ventilaciones durante 1 min.
  - **Pedir ayuda.**
  - Seguir con las compresiones/ventilaciones (normalmente a razón de 30/2).

En el caso de recién nacidos y lactantes, la ventilación se realizará englobando la boca y la nariz del niño a la vez (ventilación boca a boca-nariz). En estos casos dar la insuflación mediante pequeños soplidos. Comprimir el tórax aproximadamente un tercio de su profundidad; utilizar dos dedos para lactantes menores de 1 año, y una o las dos manos para niños mayores de 1 año, según las dimensiones del tórax, para conseguir

una adecuada profundidad en las compresiones. Si hay dos reanimadores se recomienda realizar la relación de compresiones/ventilaciones a un ritmo de 15/2.

USO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO

La importancia que en los últimos años le han dado los expertos a la desfibrilación dentro de las maniobras de la RCP ha hecho que se recomiende la instalación de desfibriladores externos automáticos (DEA) o desfibriladores externos semiautomáticos en lugares que reciban, o en los que transiten o permanezcan, gran número de personas (aeropuertos, instalaciones deportivas, casinos, etc.). Así, algunas consejerías de salud han comenzado a regular por decreto la utilización de estos dispositivos por personal no médico.

Los DEA pueden ser utilizados en niños mayores de 8 años. Para niños entre 1 y 8 años se deben utilizar parches pediátricos o colocar el DEA en modo pediátrico si lo tuviera. Si ninguna de las dos opciones estuviera disponible, se deberá utilizar el DEA para adultos. El uso de DEA no está recomendado para niños menores de 1 año.

La secuencia de uso de un DEA se muestra en la figura 89-9. Si la víctima no responde y no respira normalmente, deberá enviar a alguien a buscar el DEA y a llamar al 112. Inmediatamente se deberá comenzar la RCP de acuerdo con las

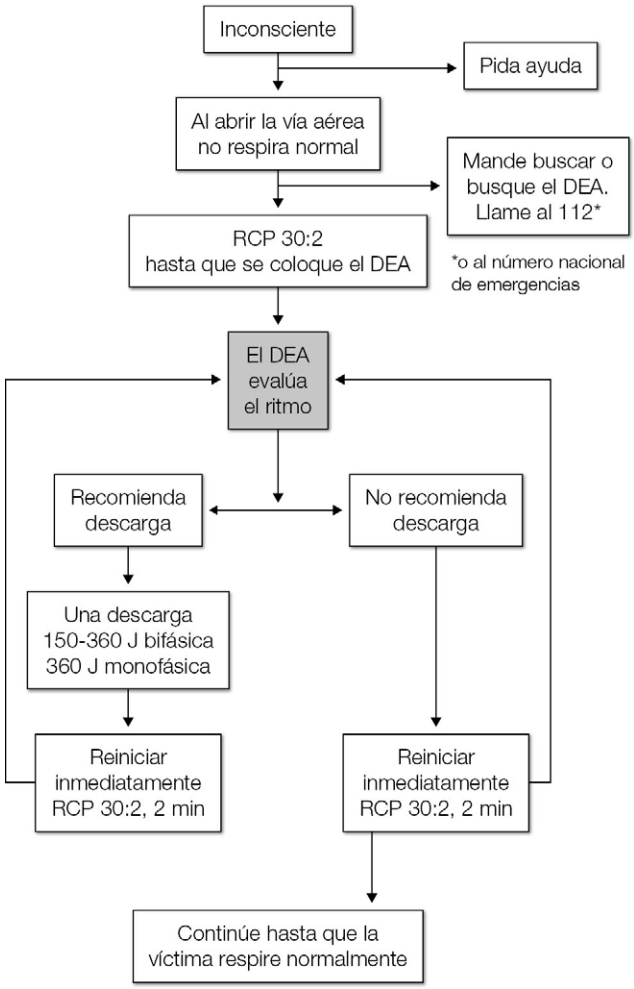


FIGURA 89-9. Algoritmo de uso de un desfibrilador externo automático. *(Fuente: Handley et al.* Resuscitation 2005.*)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

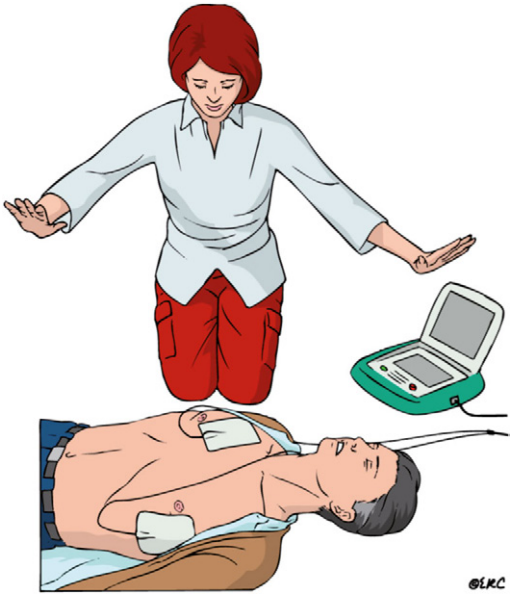


FIGURA 89-10. No tocar a la víctima mientras el desfibrilador externo automático analiza el ritmo. *(Fuente: European Resuscitation Council 2005.)*

pautas para SVB. Tan pronto como llegue el DEA se deberá aplicar del siguiente modo:

- Encender el DEA y adherir los parches-electrodo. Si hay más de un reanimador, la RCP debe continuar mientras se hace esto.
- Seguir las indicaciones habladas o visuales.
- Asegurarse de que nadie toca a la víctima mientras el DEA está analizando el ritmo (fig. 89-10).
- Si la descarga está indicada:
  - Asegurarse de que nadie toca a la víctima.
  - Pulsar el botón de descargas cuando el aparato lo indique (los DEA completamente automáticos liberarán la descarga automáticamente).
  - Continuar siguiendo los mensajes verbales y visuales que emite el DEA.
- Si la descarga no está indicada:
  - Continuar inmediatamente con la RCP, tal y como indicará el DEA, utilizando una ratio de 30 compresiones seguidas de dos ventilaciones.
  - Continuar siguiendo los mensajes verbales y visuales que emite el DEA.
- Seguir las indicaciones del DEA hasta que:
  - Llegue ayuda cualificada que tome el relevo.
  - La víctima comience a respirar normalmente.
  - El reanimador quede exhausto.

SECUENCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN ADULTOS

A diferencia de la RCP básica, la RCP avanzada precisa equipamiento y formación específicos por lo que debe ser realizada por personal cualificado. Su fin es la recuperación de la respiración y la circulación espontáneas, optimizando la RCP básica y tratando la causa desencadenante.

Al igual que en el SVB, en el soporte vital avanzado (SVA) el análisis de la situación constará de tres fases: valoración del nivel de conciencia, apertura de la vía aérea y valoración de la respiración. La diferencia es que para abrir la vía aérea se podrá colocar una cánula orofaríngea o de guedel, y para mantener permeable la misma se podrá aspirar con sondas el contenido de la orofaringe e intubar la tráquea si fuera necesario.

Si se constatara la situación de PCR, se podría ventilar a la víctima con un balón autohinchable (Ambú®) y mascarilla o, si se hubiera intubado la tráquea, con un ventilador mecánico. Para mejorar la oxigenación tisular se deberá administrar oxígeno a la más alta concentración posible. En una situación de PCR siempre es recomendable adaptar al Ambú® una bolsa reservorio para aumentar la concentración de oxígeno administrada. El masaje cardíaco se suele realizar de modo manual, aunque existen dispositivos que permiten la compresión-descompresión activa del tórax o el cardiocompresor mecánico, pero que no han mostrado ventajas respecto al masaje manual estándar. Hay que recordar que el masaje cardíaco es más efectivo si se realiza sobre una superficie dura, por lo que adquiere relevancia el uso del tablero dorsal. Una vez aislada la vía aérea mediante un tubo endotraqueal y conectado este a un respirador, no se mantendrá el ratio 30/2, sino que el respirador se encargará de ventilar y el masaje se realizará a un ritmo de 100 compresiones por minuto. Se conectará lo antes posible un monitor electrocardiográfico o un monitor-desfibrilador para valorar la arritmia cardíaca que presenta la víctima, que será la que determine la actuación a seguir. Solo cuando se trate de una FV (fig. 89-11) o TVSP (fig. 89-12)

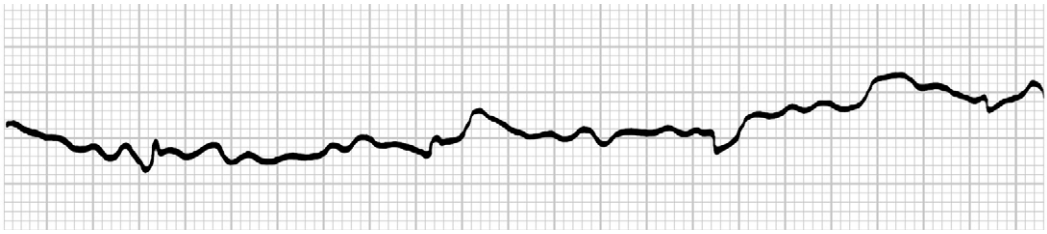


FIGURA 89-11. Trazado de una fibrilación ventricular. *(Fuente: Bubin D, 2007.)*

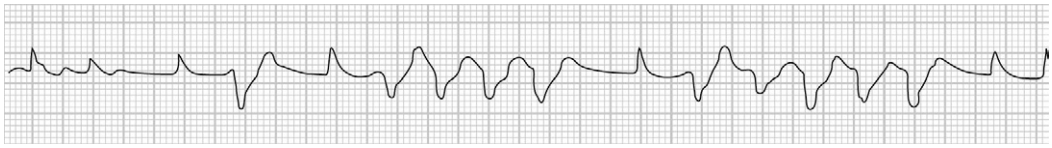


FIGURA 89-12. Trazado de taquicardia ventricular. *(Fuente: Bubin D, 2007.)*

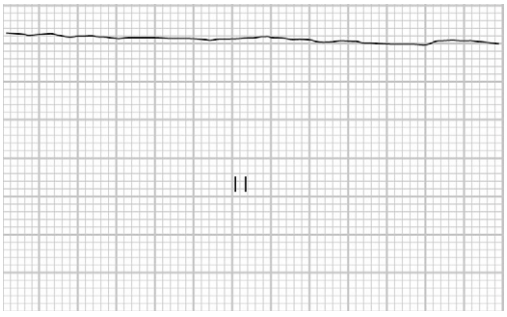


FIGURA 89-13. Trazado de asistolia. *(Fuente: Jiménez Murillo et al., 2008.)*

estará indicada la desfibrilación. Si aparece asistolia (fig. 89-13) o actividad eléctrica sin pulso no estará indicada la desfibrilación. La figura 89-14 muestra el algoritmo de actuación según el ritmo cardíaco aparecido.

A continuación, se señalan algunas consideraciones sobre el SVA en adultos que ayudan a interpretar el algoritmo de actuación de la figura 89-14:

- Sobre la estrategia de desfibrilación:
  - Tratar la FV/TVSP con una única descarga seguida de RCP inmediata (30/2). No reevaluar el ritmo ni buscar el pulso. Después de 2 min de RCP, comprobar el ritmo y dar otra descarga si está indicada.
  - La energía recomendada cuando se utilice un desfibrilador monofásico es de 360 J, tanto para la primera como para las siguientes descargas.
  - La energía recomendada para la descarga inicial con desfibriladores bifásicos es de 150-200 J. La segunda y siguientes descargas se darán a 150-360 J.
  - Para niños realizar las descargas con una dosis de 4 J/kg (de onda bifásica o monofásica).
- Sobre la administración de fármacos:
  - Adrenalina (epinefrina):
    - Ante una FV/TVSP: administrar 1 mg i.v. de adrenalina si la FV/TVSP persiste tras la segunda descarga. Repetir la dosis cada 3-5 min a partir de entonces.
    - Ante una asistolia o actividad eléctrica sin pulso: administrar 1 mg i.v. de adrenalina cada 3-5 min.
    - La dosis en niños será de 10 mcg/kg i.v.
  - Atropina:
    - Ante FV/TVSP: no está indicada la atropina.
    - Ante una asistolia o actividad eléctrica sin pulso: administrar 3 mg i.v. de atropina en dosis única.
  - Amiodarona:
    - Si la FV/TVSP persiste tras tres descargas, administrar 300 mg i.v. de amiodarona en bolo.
    - Si se carece de amiodarona, se puede utilizar 1 mg/kg de lidocaína como alternativa. No dar lidocaína si ya se ha administrado amiodarona.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

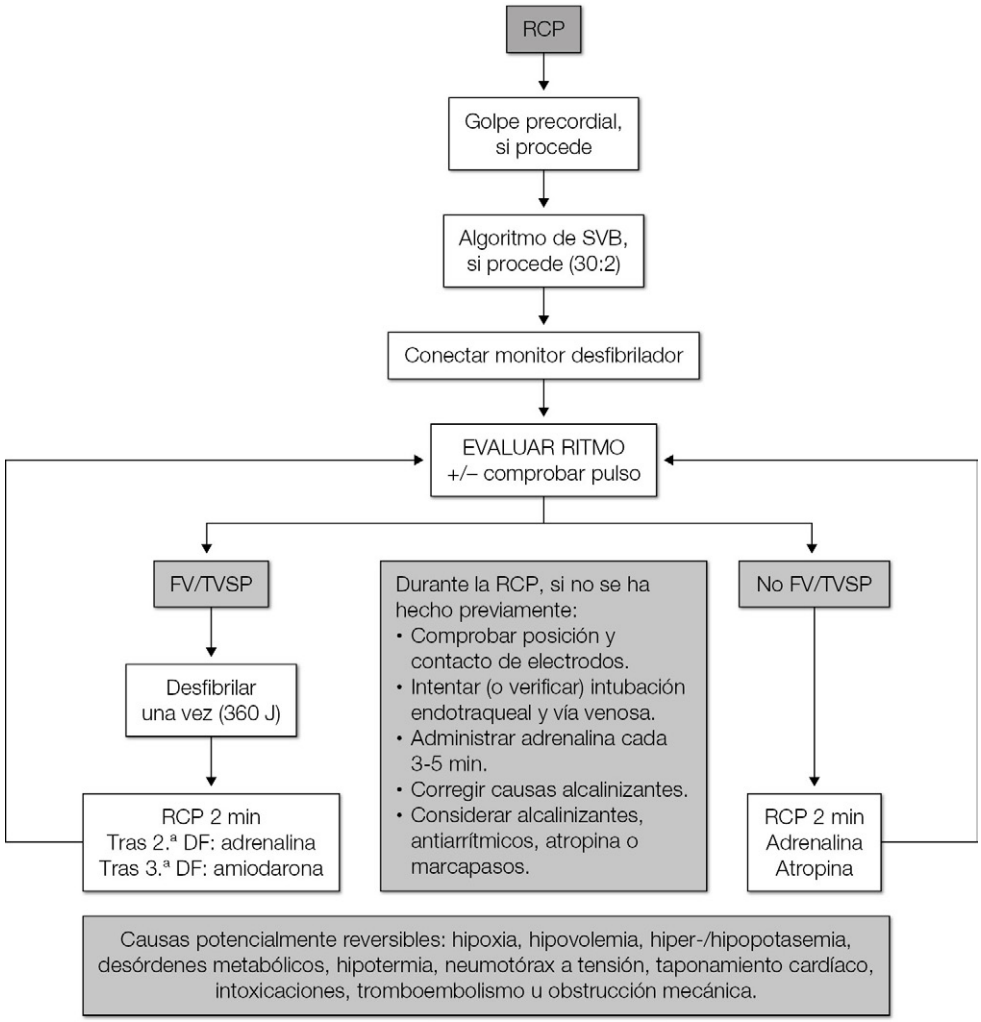


FIGURA 89-14. Algoritmo de actuación en la reanimación cardiopulmonar avanzada. *(Fuente: Perpiñá J.)*

- Sobre las vías de administración de fármacos:
  - Vía intravenosa (i.v.):
    - La primera vía de elección para la administración de fármacos y fluidos es la vía venosa periférica, ya que no interfiere con el resto de maniobras de RCP, su acceso es más fácil y tiene menos complicaciones.
    - Tras la administración del fármaco infundir 5-10 ml de fluidos para garantizar su rápido paso al torrente circulatorio central.
  - Vía intraósea:
    - Es la segunda opción ante la imposibilidad de la anterior, ya que su plexo venoso no se ve alterado en situaciones de PCR, hipotensión o shock.
    - Se puede administrar cualquier fármaco o fluido en la misma dosis que la utilizada por la vía venosa.
    - Se puede utilizar tanto en niños como en adultos.
    - El acceso preferido es la meseta tibial entre otros posibles (tibia distal, cresta ilíaca, trocánter mayor, etc.).
    - Se considera una vía de urgencia, por lo que no es recomendable que esté colocada más de 24 h.

- Vía endotraqueal:
  - Es la tercera opción, ya que presenta más problemas que las anteriores: su absorción es errática pues se puede ver influida por una patología pulmonar asociada y puede ocasionar marcados episodios de hipoxemia.
  - La dosis debe duplicar o triplicar la dosis normal i.v.; debe diluirse en 10 ml de suero salino isotónico (menor volumen en niños) y posteriormente deben administrarse cinco ventilaciones rápidas con la bolsa autohinchable (Ambú®) para garantizar su mejor distribución en el árbol bronquial.
  - Por vía endotraqueal solo se pueden administrar seis fármacos: adrenalina, atropina, lidocaína, diacepam, naloxona y midazolam.

LECTURAS RECOMENDADAS

Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J. Conceptos y prevención de la parada cardiorrespiratoria en niños. An Pediatr (Barc). 2006;65(2):140-6.

Casal Angulo MC, Carmona Simarro JV. Vía intraósea. Últimas recomendaciones del Comité Europeo de Resucitación (ERC). Enfermería Integral. 2007;17-9.

De la Fuente-Rodríguez A, Hoyos-Valencia Y, Gutiérrez-García L, Muñoz-Esteban C, Sevillano-Marcos A, León-Rodríguez C, et al. Guía rápida de fármacos en soporte vital avanzado. Semergen. 2009;35(8):376-9.

Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. Decreto 220/2007, de 2 de noviembre, por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por personal no médico. N.º 5633/06.11.2007.

Dubin D. Interpretación de ECG. Hong Kong: Cover Publishing Company; 2007.

Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. Recomendaciones sobre resucitación del Consejo Europeo de Resucitación 2005. Sección 2. Soporte vital básico y uso de desfibriladores externos automáticos. Resuscitation. 2005;67S1:S7-S23.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

Lafuente-Lafuente C, Melero-Bascones M. Compresión-descompresión activa del tórax para la reanimación cardiopulmonar (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007. n.º 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

López González A, Rovira Gil E, Arenas Fernández J. Recomendaciones en reanimación cardiopulmonar. Hacia la democratización de la reanimación. Metas de Enferm. 2007;10(6):24-31.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 9 0

Redes sociales

José Ramón Martínez Riera

REDES SOCIALES

En muchos países, la escasez de los servicios de salud alerta sobre la existencia de un segmento de la población que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que «aparentemente» depende de su familia para la supervivencia cotidiana; pero también se perciben otras expresiones de las redes sociales de apoyo que ayudan a mantener vínculos afectivos, obtener información estratégica en la vida diaria y, en conjunto, preservar cierta calidad de vida.

Uno de los recursos derivados de las relaciones sociales y de relevante importancia en contextos relacionados con los procesos de salud-enfermedad es el apoyo social.

A pesar de ser uno de los temas más estudiados en distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada de apoyo social. Y ello, tanto por la multitud de conductas aparentemente dispares entre sí que se incluyen bajo el término «apoyo social» (participación en asociaciones comunitarias, mostrar cariño, prestar un objeto, estar casado, etc.) como porque se trata de un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales como funcionales, reales y cognitivos, y distintos niveles de análisis.

Cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la configuración de las redes. No obstante, hay que tener presente que la importancia de las redes de relaciones varía en el tiempo y en el espacio; en coyunturas específicas pueden ser muy importantes, pero en otras son menos relevantes.

Una de las definiciones más completas, dado que trata de incluir todas estas dimensiones, es la de Lin, Dean y Ensel (1986), quienes conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

También se entiende por red de apoyo o red social al conjunto de contactos —formales o informales— con parientes, amigos, vecinos, etc., a través de los cuales los individuos mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información y desarrollan nuevos contactos sociales.

La red social es un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, los procesos en red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas, que aportan ayuda real y duradera a un individuo o una familia. Las redes sociales propician procesos de autogestión continua, en donde sus integrantes se comprometen y asumen el problema de alguno de sus miembros; ya sea por la relación directa que mantienen con él o por estar inmersos en circunstancias similares, conformando un sistema abierto de sujetos y entidades que a través del intercambio optimizan sus recursos.

Autoras como Lomnitz sugieren que el funcionamiento de la red social está basado en la disposición para dar y recibir. Aspecto que se transforma cotidianamente en un sistema de reciprocidad mutua, basado en el establecimiento deliberado de una dinámica para el intercambio informal de bienes y servicios.

REDES SOCIALES Y SALUD

El apoyo social desde la perspectiva estructural es definido por Lin como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. En dicha definición quedan claros tres niveles que no son independientes ya que están interconectados cuando se presta apoyo.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

El primer nivel está representado por la comunidad y hace referencia a la integración social, la regulación normativa y el orden social que esta ofrece, lo que le da significado en el apoyo ofrecido a las personas.

Las redes sociales ocupan el segundo nivel y hacen referencia a las relaciones y unión entre los diferentes miembros de la comunidad.

El sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros, es el tercer nivel, que es el más íntimo.

Las redes sociales, desde la perspectiva estructural, representan al ámbito social en el que se encuentra el individuo. Los beneficios que aportan las redes sociales, además, son directamente proporcionales a su tamaño y el obtener apoyo equivale a tener relación directa con ellas. Pero se deben tener en cuenta los posibles conflictos asociados a las redes sociales.

Desde esta perspectiva estructural podemos identificar como principales dimensiones de las redes sociales y que guardan relación con la salud, las siguientes:

- *Tamaño:* hace referencia al número de personas que componen la red social y al número de personas con las que se mantiene contacto desde la misma. Tiene relación directa con el bienestar y la salud.
- *Densidad:* se refiere a la conexión existente entre los diferentes miembros de la red con independencia del sujeto central. Se deben tener en cuenta a los propios sujetos, sus necesidades y su situación concreta.
- *Reciprocidad:* nivel de equidad en el intercambio de recursos de la red que se da entre las partes. Al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Cuanta mayor reciprocidad exista mayor promoción de la salud se consigue.
- *Parentesco:* variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales.
- *Homogeneidad:* semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc.

Los objetivos de las redes sociales son:

- Favorecer y aumentar las interrelaciones para lograr un mayor sentido de pertenencia y aumento de la calidad prestada.
- Optimizar los recursos a través de la identificación de los existentes en la comunidad y su óptima utilización.
- Complementar los servicios que ofrecen los diferentes recursos comunitarios.
- Descentralizar las intervenciones mediante la participación activa de los diferentes integrantes de las redes sociales.
- Promover la corresponsabilidad y la autoorganización a través de la toma de decisiones y la eficaz distribución de actividades, tareas y funciones.
- Socializar la información mediante una adecuada comunicación interna y externa que favorezca la correcta retroalimentación en la red social.

Por lo que hace referencia a las funciones relacionadas con la salud se puede establecer la siguiente clasificación:

Funciones del apoyo social sustentadoras de la salud. Hacen referencia a situaciones en las que no hay presencia de estrés, siendo su función principal la promoción de la salud, en especial hacia el mantenimiento y fomento de la autoestima, la autoimagen…

Funciones del apoyo social reductoras del estrés. Se refiere a situaciones generadoras de estrés entre las que cabe destacar la presencia de enfermedad.

Desde el punto de vista de la salud, cuando los profesionales utilizan o hacen referencia a la red social, se centran en los vínculos sociales con los que cuenta un individuo.

En el ámbito de la atención primaria, conceptos como la prevención, promoción y rehabilitación de la salud sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de la atención ofrecida por los profesionales de los equipos.

Desde el punto de vista de la intervención comunitaria, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual-familiar como colectivo.

CLASES DE REDES DE APOYO

Las redes sociales de apoyo pueden clasificarse de diferentes maneras. Según el nivel distinguimos:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- *Redes primarias:* son las formadas por la familia, los amigos y los vecinos. Estas cubren las siguientes necesidades:
  - *De socialización:* relaciones interpersonales que se dan tanto entre los miembros de la familia, como las que estos mantienen en el exterior.
  - *De cuidado:* protección que los miembros de la familia se brindan entre sí.
  - *De afecto:* emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia.
  - *De estatus económico:* recursos económicos que dan sustento financiero a la familia.
- *Redes secundarias* o extrafamiliares: son todas aquellas externas al ámbito familiar, como los grupos recreativos, los grupos organizados por sujetos de una misma condición y/o edad (jubilados), las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio. Sus principales funciones son:
  - *Compañía social*. Se refiere a las relaciones de dos o más personas para llevar a cabo actividades cotidianas o solamente para realizar una actividad específica. Las relaciones que se establecen pueden ser entre compañeros de un mismo grupo, compañeros ocasionales, con los promotores de un programa, entre otros.
  - *Apoyo emocional.* Se da en una relación de amistad y/o confianza, hay comprensión, empatía por el otro, se sabe que se puede contar generalmente con el otro en cualquier circunstancia.
  - *Guía cognitiva y de consejos*. Educador, coordinador, amigo, maestro, vecino reconocido, con los que se habla compartiendo información personal o de la comunidad.
  - *Regulación social.* Conjunto de normas o disposiciones, escritas u orales, aceptadas por el conjunto de participantes, mediante las cuales se fijan límites y establecen sanciones o recompensas.
  - *Ayuda material y de servicios.* Se reciben de especialistas, que otorgan un servicio muy concreto y particular. También se refiere a la ayuda en bienes e instrumentos específicos que necesite la persona o grupo (p. ej., material ortoprotésico).
  - *Acceso a nuevos contactos*. Vínculos que ayudan a establecer relaciones con nuevas personas y redes.
- *Redes institucionales o formales:* hacen referencia al conjunto de organizaciones (organizaciones sanitarias y/o sociales, casas de día, comedores públicos, ayuda domiciliaria…) del sector público o privado, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (estatal, autonómico, provincial, municipal).

Pero también se pueden clasificar según los tipos de intercambio y las interconexiones entre sus miembros en:

- *Redes basadas en la reciprocidad,* en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera.
- *Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios,* que se centran primero en un individuo o institución para luego distribuirse en la comunidad o sociedad.
- *Redes basadas en el mercado,* en las que los bienes y servicios se intercambian sobre la base de la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.

En términos de las interconexiones entre los miembros, se subraya el hecho de que el concepto de red supone interconexiones con otros miembros del entorno, sin que esto necesariamente implique una estructura de red fuera del sujeto de referencia. Según el grado de interconexión pueden identificarse al menos dos tipos de redes que, en la práctica, suelen ser complementarios:

- *Redes basadas en contactos personales,* semejantes a lo que en lenguaje informático se llama redes con topología de estrella, en las que cada persona se relaciona con individuos separados dentro de la constelación de posibilidades. Esta red también es conocida como red egocéntrica, debido a que se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas.
- *Redes basadas en contactos grupales,* en las que la persona se relaciona con miembros de grupos estructurados en torno a agrupaciones y organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se asemeja a las redes de intercambio recíproco, que en sí constituyen pequeñas estructuras colectivas.

Pueden ser «democráticas», en las que todos «valen» lo mismo, o pueden ser redes en mayor o menor grado dirigidas por una o más personas.

En cualquier caso, la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, ya que este puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Por eso, actualmente resulta fundamental saber si la ayuda tendrá continuidad, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica (cuadro 90-1).

CUADRO 90-1. Tipos de redes y sus componentes

Redes de apoyo personal

Familiares

- Relación vertical: esposa, esposo, padre, madre, abuela, abuelo, hijo, hija, nietos, nietas, bisnietos, suegra, suegro, etc.
- Relación horizontal: hermanas, hermanos, cuñadas, cuñados
- Relación transversal: tíos, tías, sobrinos, sobrinas

No familiares

- Semifamiliares: compadrazgo
- Amistades comprometidas: amigos y amigas íntimos
- Otras amistades
- Otras personas

Redes de apoyo comunitarias

- Organizaciones a nivel comunitario, no públicas, con actividades propias (privadas, organizaciones no gubernamentales [ONG], voluntariado, religiosas, otras)
- Instituciones públicas o adscritas al sector público a nivel comunitario (vinculadas a proyectos y actividades comunitarias)
- Organizaciones e instituciones públicas de gran alcance, vinculadas a políticas nacionales

Una agrupación posible de redes de apoyo podría asumir la siguiente forma

- Red centrada en la existencia del cónyuge
- Redes basadas en lazos familiares (hijos, nietos, hermanos y otros)
- Redes de amigos, colegas, vecinos
- Redes basadas en la participación/integración en organizaciones comunitarias

LECTURAS RECOMENDADAS

Abellán A, Puga D, Sancho M. Mayores y familia en la sociedad actual. En: Centro de Estudios del Cambio Social (ed.). Informe España 2006 una interpretación de su realidad. Madrid: Fundación Encuentro. p. 261-333.

Berckman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. Social Science & Medicine. 2000;51:843-57.

Campo MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Opiniones y actitudes, n.º 31. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2000.

Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2007. p. 217.

García-Calvente MDM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria. 2004;18(Supl. 1):132-9.

Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support, life events and depression. New York: Academic Press; 1986.

Lomnitz L. Redes sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana. México: Porrúa-Flacso; 1998.

Martínez Riera JR. Valoración sociocultural e intervención familiar. Redes sociales. En: Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Gonzalo Duarte G. Conceptos básicos de enfermería Familiar. Madrid: FUDEN; 2008.

Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Cuidados de larga duración a cargo de la familia. El apoyo informal. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ed.). Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO; 2005. p. 167-225.

Pillemer K, et al. Social Integration in the Second Half of Life. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000.

Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Abuín JM. The Environments of Ageing in the Context of the Global Quality of Life among Older People Living in Family Housing. En: Mollenkopf H, Walker A, (eds.). Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives. Dordrecht: Springer: Social Indicators Research Series. 2007;31:123-50.

Veenhoven R. Why Social Policy Needs Subjective Indicators. Social Indicators Research. 2002;58(1-3):33-46.

Yanguas Lezaun JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2006. p. 373.

Zabalegui Yarnoz A, Vidal Milla A, Soler Gómez D, Latre Méndez E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento. Enf Clín. 2002;12(1):35-44.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

S

91. Salud-enfermedad: conceptos sociales 577
92. Salud escolar: la enfermera escolar 585
93. Salud maternal: atención 590
94. Salud pública: funciones 599
95. Sectorización 603
96. Sexualidad humana 608
97. Sociosanitarios, aportaciones de la gestión de casos 615
98. Sociosanitario, espacio 621
99. Sondaje nasogástrico 627
100. Sondaje vesical 630
101. Sueroterapia 633
102. Suturas cutáneas 639

C A P Í T U L O 9 1

Salud-enfermedad: conceptos sociales

Óscar García Aboín

«La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla.»

Piédrola Gil

INTRODUCCIÓN

Demócrito decía que: «Los hombres esperan la salud de los dioses y no comprenden que ellos mismos son los artífices de sus vidas, de su salud, de su enfermedad y de su muerte, que son autores y dueños de su propia salud». Hoy podemos añadir que estos fenómenos están históricamente determinados y socialmente construidos.

Hernán San Martín dice que: «Es más bien a nivel de la toma de conciencia individual y colectiva en donde se sitúa el verdadero problema de la salud y del bienestar humano. Difícil problema para un ser tan contradictorio como es el hombre». Al hilo de esta reflexión, el profesor San Martín, en conversación con el autor de este capítulo en 1987 en Canarias, decía: «El problema es que antropológicamente aceptamos que el hombre proviene del *homo sapiens-sapiens*, cuando en realidad proviene del *homo sapiens-demencialis*».

El concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de su historia. Se trata de un término vivo, dinámico y por ello relativo, cuyo análisis puede ayudarnos a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época, ya que la salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en nuestra vida personal y social. El cultivo de modos de vida saludables se va convirtiendo en un objetivo al que mucha gente consagra parte de su tiempo y su energía (Sánchez-González, 1993). Y veremos cómo esto, aunque es muy importante, no es en absoluto suficiente.

PARADIGMAS CONCEPTUALES

Las culturas antiguas ponían todo el acento en la enfermedad y no en la salud.

El concepto de salud ha evolucionado en función del momento histórico, las diferentes culturas, los sistemas sociales y el nivel de conocimiento.

En la sociedad primitiva de cazadores y recolectores, la salud tenía una perspectiva sobrenatural y, por lo tanto, mágico-religiosa y la enfermedad era considerada un castigo divino; actualmente algunos pueblos de África, Asia, Australia y América aún mantienen esta perspectiva. En las sociedades agrarias y pastoriles esta perspectiva se traduce en animismo, totemismo y tabú dando pie a amuletos, fetiches, rituales, chamanes que aún siguen en nuestros días incluso dentro de los países más «avanzados».

En el antiguo Egipto se creía que la enfermedad y la muerte eran debidas a fuerzas extrañas, mediadas por objetos inanimados, fuesen estos seres vivos o espíritus demoniacos. Creían que «el soplo de la vida entraba por la oreja derecha y el soplo de la muerte por la oreja izquierda»; con el soplo de la muerte se rompía la armonía entre la parte material y espiritual del hombre. Sin embargo, y a pesar de estas creencias, según Herodoto, el pueblo egipcio era el más higiénico de los pueblos.

En Mesopotamia (aproximadamente el actual Irak) las enfermedades eran el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas, aunque también algunas enfermedades podían ser causadas por maleficio de alguna persona o por el capricho de demonios errantes. Por eso, para recuperar la salud era necesario restablecer la armonía entre el dios ofendido y el hombre pecador, y según fuese la causa de la enfermedad el paciente era objeto de ritos religiosos o bien expuesto a exorcismos y magia. Es el paradigma mágico-religioso.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Pero las civilizaciones egipcia, mesopotámica y hebrea también adoptaron una nueva perspectiva: la higiénica (individual y colectiva, alimentaria, sexual, profiláctica), que aún persiste en muchos colectivos humanos. Es el paradigma empírico-higienista.

En la filosofía China, el equilibrio entre el yin y el yang va a depender de que el hombre goce de salud o padezca alguna enfermedad. El exceso de yin conduce a enfermedades agudas, febriles, secas, mientras que el exceso de yang da lugar a enfermedades crónicas, frías y húmedas.

En la filosofía india (medicina Ayurveda o saber sobre la longevidad) la salud radica en la armonía de tres elementos: el viento, el fuego y el agua; en cambio, cuando entre estos hay un desequilibrio, o perturbación, se traduce en tres «desórdenes» o defectos que identifican a la enfermedad. Por lo tanto, un balance perfecto entre «Vata-Pitta-Kapha» (Tridosha) es esencial para las condiciones fisiológicas normales y cualquier desequilibrio conduce a la enfermedad.

En la cultura helénica la armonía del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte, la salud del cuerpo y del espíritu dependía de la isonomía, entendida esta palabra como equilibrio, equidad, armonía o, en cierto sentido, la democracia de las fuerzas húmedo-seco, frío-caliente, amargo-dulce y de otras. La preeminencia de una sola fuerza sobre la otra es causa de enfermedad. Pero la civilización griega con Hipócrates al frente también marca el inicio del carácter científico de la medicina y, por consiguiente, avanza de la concepción mágico-religiosa a la científico-racional.

Recordemos que fueron los romanos los que avanzaron la salud pública con el desarrollo de las grandes infraestructuras de saneamiento (acueductos y redes de alcantarillado), es la higiene pública.

Desde Hipócrates hasta bien entrado el siglo XVIII la realización de prácticas tales como el sangrado o la aplicación de calor eran el resultado de la teoría de los humores (en estos casos, para tratar los excesos de sangre y de bilis, respectivamente). La salud es, primariamente, el estado en el cual sangre, flema o pituita, bilis amarilla y bilis negra se encuentran, cada una, en su correcta proporción, en intensidad y cantidad, bien mezcladas. Es el paradigma de los cuatro humores (líquidos).

Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) fue el propulsor de la teoría de los «miasmas» (emanaciones fétidas) como causantes de las enfermedades. Es el paradigma miasmático.

Primero Girolamo Fracastoro (1478-1553), quien propuso que las epidemias se producían por gérmenes capaces de reproducirse en el cuerpo humano (*«de contagione et contagiosis morbis»,* 1546), especulaba que se transmitían por contacto con otras personas o por objetos contaminados; siglos después Robert Koch (1843-1910) descubriría el bacilo de de la tuberculosis (TBC, bacilo de Koch), y eminentes bacteriólogos postularían que:

- Las enfermedades son causadas por organismos infecciosos externos, los cuales ingresan al organismo, se multiplican en él e interfieren con las funciones corporales.
- Las enfermedades se pueden diagnosticar detectando un patógeno.
- Las enfermedades se pueden curar eliminando los patógenos.

Es el paradigma bacteriológico-microbiológico.

Los médicos árabes y judíos del siglo XIII establecieron los preceptos higienistas hipocráticos y los plasmaron en el libro *Regimen Sanitatis Salernitanum,* del que el médico social Henry Ernest Sigerist (1891-1957) dijo que: «La historia de la higiene desde el siglo XIII al siglo XIX podría ser escrita con solo discutir los hechos con este texto». El pueblo hebreo con la ley mosaica y el *Levítico* llevó muy lejos la cultura higienista. Es el paradigma higienista.

La idea de «equilibrio» sigue hasta nuestros días pasando por Willian Harvey (siglo XVII) o Claude Bernard (siglo XIX), pues «la salud del hombre depende de una «relación necesaria de intercambio y equilibrio» al interactuar con fuerzas físicas, objetos materiales, sustancias químicas y seres biológicos del ambiente externo». Es el paradigma ecológico.

Sin embargo, no es hasta el siglo XIX-XX cuando nos damos cuenta de que estamos hablando de la salud «individual» y no de la salud «colectiva». Rudolf L.K.Virchow (1821-1902) padre de la medicina social (mejor que «papá» de la medicina alemana, como también se le conocía) y Premio Nobel de Medicina escribió: «La medicina es una ciencia social y la

política no es otra cosa que medicina en gran escala», mostrando con ello que las transformaciones sociopolíticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. A partir de aquí no solo las condiciones individuales (causas) y las condiciones sociales (causas de las causas), sino también las condiciones políticas (causas de las causas de las causas), pasan a formar parte del concepto salud y del proceso salud-enfermedad. Es el paradigma científico-epidemiológico-social.

En las conclusiones de la reunión convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la promoción de la salud en el siglo xxi, que tuvo lugar en Yakarta en 1997 (Organización Mundial de la Salud. *The Jakarta Declaration on Health Promotion into xxi Century*. Yakarta: 1997) se establece que: «Los requisitos para la salud [de la población] son: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, "empoderamiento de la mujer", un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad». En la medida en la que se alcancen estos requisitos de convivencia social cabe esperar que la población goce de salud y bienestar.

En 1983, Maria Antonia Modolo, directora del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria de la dell' Universitá degli studi di Perugia (Italia), afirmaba que: «La salud aparece como un concepto cultural ligado a las necesidades del hombre y de su entorno, pero también a su forma de percibirlas y afrontarlas». Veamos a este respecto y en la medida en que la enfermería estudia las necesidades del hombre y de su entorno y en la que utiliza uno de sus muchos recursos de intervención, qué es la educación sanitaria/para la salud y cómo se ve esto desde este colectivo profesional.

Los profesionales de enfermería tienen un concepto holístico de la salud, mientras que los de medicina se centran más en la enfermedad. En 1978, Madeleine Leininger es la primera enfermera en afirmar que: «Existe una determinación sociocultural de los conceptos de salud y de enfermedad, por lo que la intervención de los profesionales de enfermería ha de ser consecuente con los valores culturales del individuo».

SALUD: ¿SE PUEDE DEFINIR LA SALUD? AL MENOS SE INTENTA, PERO ¿ES NECESARIO DEFINIRLA?

«Definición (definir)» es fijar con claridad, exactitud y precisión la significación de una palabra o la naturaleza de una persona o cosa, mientras que «concepto» es una idea que concibe o forma el entendimiento, es decir, un pensamiento expresado con palabras, y «conceptualizar» es forjar los conceptos, es decir, los pensamientos expresados con palabras. Ante esto me cabe la reflexión de si hemos estado y estamos hablando de «conceptos de salud» y no de «definiciones de salud».

Las definiciones muchas veces no se discuten como problemas científicos por dos razones: una es que están insertas en un análisis generalmente riguroso para el momento en que se realizan, cuya lógica confirma la validez de la definición, y otra es porque están cargadas de contenidos ideológicos. El problema que se crea es que una vez establecida una definición correcta para una circunstancia dada, su misma corrección impide su reformulación posterior como consecuencia de la toma de posición de muchos investigadores a favor de la definición.

Cualquier historia de la medicina muestra cómo cualquier definición de salud ha ido cambiando de acuerdo con la circunstancias de tiempo y lugar. Seguidamente, veremos algunos de los múltiples ejemplos de la evolución de la definición (¿o deberíamos decir «concepto»?).

El *Diccionario de la lengua española* define la salud como: «El estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones».

En 1946, la constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha en la que todos los años conmemoramos el «Día Mundial de la Salud». En ella la OMS formuló la definición marco aportada por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Como dice Leopoldo Vega-Franco (2002), en esta definición los elementos del discurso que traducen «salud» son trasladados al concepto de «bienestar»; cabe imaginar que si la tarea de este mismo grupo de expertos hubiese sido definir el concepto de bienestar, lo hubieran hecho

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

diciendo que es «el completo estado de salud física, mental y social y no solo la ausencia de algún malestar». Así, en esta definición la palabra bienestar es usada como sinónimo de salud, por lo que incluye la idea que pretende definir.

Sin embargo, también a renglón seguido, la definición más actualizada de la OMS añade algunas perspectivas a veces olvidadas:

- La salud como derecho humano: el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Como vemos, la salud ocupa un papel esencial en los derechos humanos: toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr en su sociedad.
- La salud y la paz: la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- La salud como bien global: los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y la protección de la salud son valiosos para todos.
- Las desigualdades en salud como peligro global: la desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.

La definición de la OMS si bien define la salud en términos positivos y con dimensión holística ha sido tachada de utópica, subjetiva, estática y de carácter finalista, por lo que se han levantado múltiples voces que intentan aportar más valor.

Para Milton Terris, del New York Medical College, es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad para la función (para funcionar) y no únicamente la ausencia de afecciones, enfermedades (en cualquier grado) o de invalidez. Esta definición es más operativa que la de la OMS y menos utópica.

Marc Lalonde, ministro de salud de Canadá (famoso por su *The Lalonde Report* de 1974), define la salud como: «Una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario». El sistema sanitario aparece en los factores determinantes de la salud.

Para Lambert, del Laboratorio de Antropología Física de París, «toda definición de salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana».

Para William Henry Perkins, químico británico, es el estado de equilibrio relativo de la forma y función del cuerpo humano que resulta del ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tratan de modificarlo.

Para René Dubos, microbiólogo y ecologista norteamericano de origen francés, es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las menores condiciones en este medio. Tiene una perspectiva ecológica similar a la de Hernán San Martín.

Para Hernán San Martín, salubrista consultor de la ONU, OMS y OPS, es la adaptabilidad del hombre a su medio ambiente dentro de cierta variación estadística considerada normal. La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o grupo, como la manifestación de un proceso mórbido.

Para Lluis Salleras San Martín, catedrático y director general de Salud Pública de Cataluña, aporta la importancia del contexto social, pues es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

En 1971, Alessandro Seppilli, político italiano, científico y educador para la salud introduce la idea de equilibrio y define la salud como: «Una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social».

En 1976, en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Perpiñán, se critica la definición de salud de la OMS y se elabora una definición de salud alternativa a la de la OMS aportada por Jordi Gol, en la que la salud: «Es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa» que agrega a la definición de la OMS del 1946, en palabras de Izabella Rohlfs, el sentido de movimiento y cambio y también los aspectos antinómicos ligados a las propias personas (autonomía personal) y a su entorno comunitario (solidaria), y también pone énfasis en la necesidad de la percepción personal de disfrutar de la vida.

Para Vlail Petrovich Kaznacheev de la Academia Rusa de Ciencias Médicas (1977) la salud

es el proceso de presentación y desarrollo de las funciones biológicas, fisiológicas y psicológicas, de la capacidad laboral óptima y de las actividades sociales con una prolongación máxima de la vida activa, con lo que incorpora las condiciones de trabajo y empleo dentro del concepto de salud.

Como vemos, tuvieron que pasar más de 20 años para que en el año 1978 en Alma-Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento histórico, convocado por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se legitimara esta noción integral de salud y que a ello se agregara el concepto de que la salud «es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo». Asimismo, el texto de la declaración de Alma-Ata reitera que la consecución de estos objetivos «exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud».

En 1985, la OMS define la salud como: «La capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente». Desde esta perspectiva la salud se considera como un recurso para la vida y no como un fin en sí misma, idea que ya aparecía en la Carta de Ottawa.

Richard Horst Noack (1994) epidemiólogo ocupacional (OMS) dice que la salud debe verse como un estado donde hay un balance o equilibrio productivo entre este estado y otros subsistemas, tales como un órgano, otra persona o grupo social.

La salud es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como una mejor educación o un empleo. La salud es, por tanto, una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades (Amartya Sen, economista indio, nacido en 1933 y Premio Nobel de Economía en 1998).

¿CÓMO DEFINIMOS LA ENFERMEDAD?

Parece que ya no vale eso de que es la «ausencia de salud». En 1940, Henry Ernest Sigerist afirma que: «La enfermedad no es otra cosa que la vida en condiciones anormales».

La enfermedad es «un deterioro de la salud o una condición anormal de funcionamiento» o dicho con otras palabras: «una condición del cuerpo en la cual las funciones son anormales o desequilibradas». En el concepto médico-clínico, la enfermedad se ve como un proceso biológico del individuo.

Siguiendo al profesor San Martín, podría más bien definirse como un estado de desequilibrio biológico/ecológico en el funcionamiento del organismo vivo o como un fallo de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. En el concepto ecológico, se ve a la enfermedad como el resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y su ambiente.

El paradigma dominante conceptualiza la enfermedad como un fenómeno biológico e individual y como un problema de equilibrio con el ambiente, pero frente a él se alza un nuevo paradigma que sostiene que la enfermedad puede ser analizada fecundamente como un proceso social (colectivo) de carácter histórico. La relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva y el del individuo entonces está dada porque el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual. Así, la medicina/enfermería clínica y la epidemiología abordan conscientemente el problema de modo distinto, ya que aquella tiene como finalidad profundizar en la enfermedad individual, mientras que esta pretende avanzar hacia la comprensión de los procesos colectivos.

Se manejan, de acuerdo a la literatura epidemiológica, dos conceptos de enfermedad, los cuales en el fondo son discrepantes. El primero es el concepto «médico clínico», que entiende la enfermedad como un proceso «biológico» del individuo (al que hemos hecho referencia) y el segundo es el concepto «ecológico», que ve la enfermedad como el resultado del desequilibrio en la intención entre el huésped y su ambiente. Este último concepto coincide con el primero, ya que una vez establecido el desequilibrio, la enfermedad se identifica igual que en el primer caso. La enfermedad definida desde este punto de vista no nos permite ahondar, porque el proceso biológico estudiado en el individuo no revela lo social. Para Asa Cristina Laurell, el objeto de estudio no se ubica en el individuo, sino en el grupo y nos anima a sentir la necesidad de avanzar de una posición de crítica a la explicación biologicista de la enfermedad hacia la construcción de una interpretación distinta del proceso salud-enfermedad

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

que teniendo como eje su carácter social puede impulsar la generación de un nuevo conocimiento respecto a este (La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico-Sociales*. 1982;19. México).

DE «SALUD» Y «ENFERMEDAD» A «PROCESO SALUD-ENFERMEDAD», Y DE AQUÍ A «PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADOS/ASISTENCIA»

El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente. No existe un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad, sino que existen distintos niveles y grados que a su vez tampoco tienen criterios establecidos. En el concepto de salud al menos hay tres componentes a considerar: el subjetivo (percepción de bienestar), el objetivo (integridad y capacidad funcional) y el adaptativo (integración biopsicosocial) (Hernán San Martín y Vicente Pastor, 1988).

El proceso salud-enfermedad (al que últimamente se añade «asistencia» o «cuidados») es el resultado de muchas interacciones de variables económicas, sociales, culturales, políticas, biológicas, de organización de los servicios, de los estilos de vida, de las condiciones de trabajo y empleo. En resumen, el proceso salud-enfermedad-cuidados/asistencia es un proceso biológico, social e históricamente determinado, es decir, que hace un análisis holístico de las enfermedades, y se observa que, más que por determinantes biológicos, estas han variado por razones económicas y sociales que han impulsado el desarrollo demográfico y mejorado las condiciones de vida y salud, eso sí a costa de un deterioro medioambiental sin precedentes en la historia de la humanidad.

En palabras de Pedro Luis Castellanos (República Dominicana, experto y consultor de la OMS-OPS de políticas públicas y gerencia social) el proceso salud-enfermedad hay que entenderlo como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población y comprender las articulaciones entre estas y los procesos sociales más generales. La epidemiología tiene como objeto de estudio los procesos salud-enfermedad a nivel colectivo, de agrupaciones de población, en grupos sociales. Lo colectivo, grupal, social, no es la mera sumatoria de procesos individuales, pero al mismo tiempo tiene su expresión no solo en grupos sino también en individuos. Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Al mismo tiempo esto representa el reto de demostrar que estos desarrollos realmente tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder en función de obtener cambios favorables en las condiciones de vida y perfiles de salud de diferentes grupos de población y para articularse con los desarrollos del pensamiento estratégico en salud y de la planificación estratégica que permitirían mayor eficiencia y eficacia de las acciones de salud (*Bol Epidemiológico OPS.* 1990;10[4]).

CONCEPTO DE SALUD HOY

¿Debería modificarse la definición de salud de la OMS?

La definición de salud de la OMS (1948) como «estado de completo bienestar» ya no es adecuada, dado el aumento de las enfermedades crónicas. Ha quedado desactualizada. En su momento, este enunciado fue innovador por su amplitud y su ambición. Superó la definición negativa de la salud como ausencia de enfermedad e incluyó las esferas física, mental y social. Aunque la definición ha sido criticada durante los últimos 60 años, nunca se la adaptó. Las críticas actualmente se están intensificando y, a medida que las poblaciones envejecen y los patrones de enfermedad cambian, esta definición puede ser incluso contraproducente. Así lo afirma un artículo recientemente publicado en *The British Medical Journal* (Huber M, Knottnerus JA, Green L. *BMJ.* 2011;343:d4163).

Al hilo de este recientísimo artículo, Agrest et al. reflexionan de la siguiente manera: la palabra «completo» (concepto nada operativo y menos mensurable) dejaría a la mayoría de la población fuera de la «salud» y daría margen a la «medicalización» de procesos «normales» y la mayor (aún) penetración de la industria farmacéutica que de esta forma producen fármacos para trastornos que antes no eran

«problemas de salud». Por otro lado, el continuo descenso de los umbrales de normalidad (PA, glucemia, lípidos, etc.) hace que las personas que se puedan considerar sanas vayan disminuyendo cada día más.

Además, la norma actual es envejecer con enfermedades crónicas. Estas son responsables de la mayor parte del gasto de los sistemas sanitarios, y ejercen presión sobre la sustentabilidad de los mismos. En este contexto, la definición de la OMS se vuelve contraproducente ya que considera enfermas a las personas con enfermedades y discapacidades crónicas. Reduce al mínimo la importancia de la capacidad humana para afrontar de manera autónoma los desafíos físicos, emocionales y sociales de la vida y para funcionar con sentido de realización y bienestar aún con una enfermedad o discapacidad crónica.

Necesidad de una reformulación

Se han hecho diversas propuestas para adaptar la definición de salud, la más conocida es la Carta de Ottawa (1986), que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en la capacidad física. Sin embargo, la OMS no tomó ninguna de estas propuestas y las limitaciones de la definición actual están afectando cada vez más las políticas sanitarias. Por ejemplo, en los programas preventivos y en la asistencia sanitaria la definición de salud determina los parámetros de resultados: los años de supervivencia pueden ser menos importantes que la participación en la sociedad y el aumento de la capacidad de enfrentamiento puede ser más importante y realista que la recuperación total.

Redefinir la salud es un objetivo ambicioso y complejo; se deben considerar muchos aspectos, consultar a muchas partes interesadas, reflejar muchas culturas, además de los adelantos científicos y tecnológicos en el futuro. Los especialistas que asistieron a la conferencia holandesa dieron amplio apoyo para cambiar la definición actual a una más dinámica basada sobre la resiliencia o la capacidad de enfrentamiento y de mantener y restablecer la propia integridad, equilibrio y sentido de bienestar. La formulación preferida de salud fue «la capacidad de adaptación y de autogestión».

El primer paso para emplear este concepto de salud es identificarlo y caracterizarlo para las tres esferas de la salud: física, mental y social.

- Salud física: el organismo sano es capaz de «alostasis», es decir, mantener la homeostasis fisiológica a través de circunstancias cambiantes.
- Salud mental: en esta esfera Antonovsky menciona el «sentido de coherencia», el cual comprende las facultades subjetivas que intensifican la comprensibilidad, manejabilidad y significatividad de una situación difícil.
- Salud social: la salud en esta esfera se puede considerar como un «equilibrio dinámico entre las oportunidades y las limitaciones», afectado por condiciones externas, como los desafíos sociales y ambientales. En el programa de Stanford de autogestión de la enfermedad crónica, pacientes con enfermedades crónicas, muy controlados, que aprendieron a manejar mejor su vida y a enfrentar su enfermedad, comunicaron mejor percepción subjetiva de su salud, menos malestar, menos cansancio, más energía y menor percepción de sus incapacidades y limitaciones en las actividades sociales después de su adiestramiento. Asimismo, los costes de su atención sanitaria disminuyeron. Si las personas pueden desarrollar estrategias de enfrentamiento exitosas (en relación con su edad) la alteración del funcionamiento no cambiará la percepción subjetiva de su calidad de vida, fenómeno que se conoce como la paradoja de la discapacidad.

El problema pasa ahora por medir la capacidad de enfrentamiento y adaptación o la fuerza de la resiliencia (capacidad que tiene una persona o un grupo de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro) fisiológica de una persona.

CONCEPTO DE SALUD «MAÑANA»

La geometría fractal está presente en nuestro organismo, redes/ramificaciones pulmonares o neuronales, que son fractales. Los objetos geométricos fractales están relacionados con los sistemas caóticos que, al contrario de lo que se puede (y se suele) pensar, no son sistemas desordenados y sometidos al azar (azarosos), sino ordenados aunque sin reglas estrictas. En las teorías mecanicistas el todo es la suma de las partes, en la teoría del caos, basada en el determinismo no lineal, dinámico y aperiódico y sensible a las condiciones iniciales, el todo es mucho más que la suma de las partes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hoy se trabaja con la idea de que la enfermedad es consecuencia de la pérdida de complejidad del organismo. La edad y la enfermedad rompen la complejidad, la organización, la resistencia y la irregularidad de estructuras muy complejas (pero a la vez muy simples como los fractales) y con una gran capacidad de adaptación. Esto en cuanto a la salud individual, aunque no nos olvidemos de la salud comunitaria y, más allá de esta, de la salud colectiva.

Quizá por aquí, despojándonos del paradigma cartesiano y explorando el paradigma pascaliano, encontrándonos a través de la teoría del caos, con la geometría fractal, estén las nuevas claves para la actualización del concepto salud y del proceso salud-enfermedad-cuidados. Aunque cabría preguntarse, parafraseando al profesor Piédrola, ¿por qué es tan importante «definirla»?

LECTURAS RECOMENDADAS

Berlinguer G. La enfermedad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1994.
Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. Bol. Epidemiológico OPS. 1990; 10(4).
Huber M, Knottnerus JA, Green L. . BMJ. 2011;343:d4163.
Isla Pera P. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. Enferm Clín. 2004;14(3):152-6.
Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. 1982;2.
San Martín H et al. Salud y enfermedad. México: La Prensa Médica Mexicana; 1981.
San Martín H et al. Salud comunitaria: teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos; 1984.

C A P Í T U L O 9 2

Salud escolar: la enfermera escolar

Valentín Ruiz Nieto

ENFERMERA ESCOLAR ¿POR QUÉ?

La promoción de la salud infantil a través de la escuela ha sido una importante meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la UNESCO, de UNICEF y otros organismos internacionales desde la década de los cincuenta.

La educación que se les proporciona a los niños, tanto el saber académico básico como los conocimientos, actitudes y técnicas relacionados con la salud, es vital para su bienestar físico, psicológico y social. Este principio es válido y no solo a corto plazo; una educación así asienta los cimientos para un desarrollo sano del individuo en su adolescencia y a lo largo de toda la vida.

La búsqueda bibliográfica en Medline, Cochrane y Library muestra estudios que confirman la efectividad de la educación escolar sobre la prevención de enfermedades o el fomento de hábitos saludables (términos: *textbook elementary school and child and adolescente health*).

La salud está intrínsecamente unida a los procesos educativos, la calidad de vida y la productividad económica. La adquisición de conocimientos, valores, técnicas y costumbres relacionados con la salud permite a los niños aspirar a una vida sana y actuar como intermediarios para cambiar la situación sanitaria de sus comunidades.

La escuela constituirá un marco promotor de la salud solo en la medida en que ella misma sea una institución saludable. Asimismo, cuando es una verdadera institución de salud, permite a los alumnos y al profesorado alcanzar los objetivos, adquirir los medios y recursos necesarios para ello y mediar ante las diversas instituciones y estructuras sociales que pueden colaborar en el empeño.

A finales de la década de los ochenta, la definición de los programas de salud escolar se modificó en respuesta a las funciones y responsabilidades cambiantes de la escuela. Se identificaron en esos programas los ocho componentes específicos:

- Servicios de salud escolar.
- Educación para la salud en la escuela.
- Entorno de la salud escolar.
- Fomento de la salud para el personal escolar.
- Proyecto escuela-comunidad y su divulgación.
- Nutrición e inocuidad de los alimentos.
- Educación física y actividades recreativas.
- Salud mental y actividades de orientación y apoyo social.

Esta definición revisada sirvió de base para adoptar una visión integral de la salud escolar. Los profesionales de la salud empezaron a comprender que los buenos resultados en materia de fomento de la salud a través de la escuela no dependían de la eficacia de cada uno de esos elementos, sino que era reflejo del enfoque organizado y coherente de una gran diversidad de problemas sanitarios, puestos en práctica mediante estrategias integrales y holísticas que adoptaron este enfoque y empezaron a denominarse «escuelas promotoras de salud», con el concepto de que «son aquellas en las que todos los miembros de la comunidad escolar trabajan de manera conjunta con el fin de proporcionar a los niños estructuras y experiencias positivas e integradas que protejan y promuevan la salud».

Sin embargo, la escuela no puede influir en la salud solo a través del plan de estudios o mediante el efecto combinado del plan de estudios y del entorno. Los servicios disponibles en la escuela o dispensados a través de ella (servicios de salud física, programas de prevención, servicios de salud psicológica, servicios nutricionales y de inocuidad de los alimentos, servicios sociales, educación física y otros) son el tercer elemento promotor de la salud y la educación. Para dispensar tales servicios, así como para recabar el apoyo y los refuerzos generales de los programas de salud escolar, resulta indispensable la colaboración

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

con las familias, con otras instituciones y con otros miembros de la comunidad.

Cabe destacar que los años de asistencia a la escuela son una etapa de formación clave en el desarrollo del ser humano. El entorno escolar constituye un medio eficaz para mejorar la salud, la autoestima, las aptitudes para la vida (relacionadas con la toma eficaz de decisiones, la comunicación, la comprensión de las emociones, el pensamiento crítico, la superación del estrés, etc.) y el comportamiento de los jóvenes. Además de ser el marco en que pueden llevarse a cabo intervenciones eficaces y económicas contra muchas enfermedades específicas, la escuela constituye también el entorno para introducir información y técnicas sanitarias en la comunidad, a la que puede orientar mediante la promoción de políticas y servicios de fomento de la salud.

Sin embargo, los programas de salud escolar están poco desarrollados en casi todos los países. La escasez de recursos (dinero, tiempo, profesionales cualificados, voluntad pública y política, etc.) mina la eficacia de esos programas en todo el mundo.

Desafortunadamente, se ha avanzado más en la idea de un enfoque integral de los programas de salud escolar, o de una escuela promotora de salud, que en su puesta en práctica. Aunque la terminología y las definiciones pueden ser diferentes, la mayoría de los países del mundo reconocen tres sectores para los programas de salud escolar: servicios sanitarios, educación para la salud y creación de un entorno sano, y con ellos trabajan. Sin embargo, es raro que la responsabilidad de esas actividades recaiga en una sola institución. En los últimos años, muchos países han tratado de organizar la planificación y el desarrollo de esos sectores tradicionales, así como de otros conexos, mediante un enfoque más integrado de los programas de salud escolar.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

La salud es un derecho y una responsabilidad personal que debe ser promocionada y fomentada por la propia persona, por la sociedad y por las instituciones. Uno de los instrumentos más eficaces para la promoción de la salud es la educación para la salud (EpS), cuyo principal objetivo es facilitar a las personas la adopción voluntaria de comportamientos que las conduzcan a su mayor nivel de salud. Pues bien, la mayoría de los comportamientos relacionados con la salud se aprenden en la niñez y la adolescencia, coincidiendo con el período escolar. Por eso, la EpS es un adjetivo de primer orden en todas las etapas educativas.

La mayoría de las definiciones de la EpS coinciden en considerarla como un conjunto de procesos y experiencias de aprendizaje que tienen como finalidad la de influir positivamente en la salud; dicha EpS afecta a la calidad de la vida y a la promoción del bienestar físico, social y mental del individuo.

Desde hace años la UNESCO, la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea han elaborado recomendaciones para que la EpS se integre plenamente en los centros docentes.

La EpS en la escuela es parte del proceso educativo encaminado de manera integral a las personas y debe estar orientado prioritariamente a la adquisición de hábitos y habilidades saludables, y está suficientemente demostrada la eficacia de implantar programas de EpS a edades tempranas antes de que aparezcan conductas de riesgo.

Los programas eficaces de fomento de la salud se basan en cinco elementos: política, entornos favorables, acción comunitaria, capacitación personal y reorientación de los servicios sanitarios.

El actual modelo, en que los profesionales de atención primaria (AP) solo acuden a los colegios de forma puntual, relega la EpS a una enseñanza ocasional, episódica, marginal y de escasa relevancia, sin estar enmarcada dentro de un plan de formación y sin partir de las necesidades de la comunidad educativa.

Tanto la normativa sanitaria como educativa en sus ámbitos nacional y autonómico resaltan la importancia de la adquisición de hábitos saludables y recogen la integración en las diferentes áreas educativas de la EpS.

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE 1/1990) incorporó los temas transversales entre los que incluía la EpS. Sin embargo, dada su complejidad, no se han logrado los resultados que se esperaba. Los maestros, por distintos motivos, no han podido interiorizar la EpS como asignatura transversal, por lo que los temas de salud son abordados de manera esporádica y con dudosa metodología.

En este contexto, y a pesar de la unanimidad que existe en la comunidad científica sobre la pertinencia de programas preventivos en la escuela, en la Ley Orgánica de la Educación (LOE), de 3 de

mayo 2006, la transversalidad desaparece; y desde la atención primaria han basado su actividad como agentes promotores de salud en la escuela (salvo contadas excepciones) en la realización de exámenes de salud y administración de vacunas.

La sociedad actual, y por tanto las familias, cada día demanda más una atención en la escuela que no sea solo educativa sino de atención social y que incluya aspectos sanitarios: programas preventivos, vacunaciones, revisiones, conductas alimentarias, atención de accidentes, medicación, distintas discapacidades, etc.

PATOLOGÍAS EN LA ESCUELA

Resulta interesante destacar que, según Díez Fernández et al., aproximadamente entre el 10 y el 15% de la población escolar tenga algún problema crónico de salud, siendo los más frecuentes: diabetes, asma, alergias, epilepsia, leucemia, tumores, espina bífida, etc.

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo xxi. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil. En España, el índice de obesidad infantil se ha triplicado en los últimos 20 años y según la última encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, el 7,92% de la población infantil de 2 a 17 años presenta obesidad, mientras que el 16,85% tiene sobrepeso, lo que sitúa a España entre los países con mayor prevalencia.

Asimismo, cada vez hay más niños con patologías o condiciones físicas crónicas que asisten con regularidad a los centros escolares y resulta importante conseguir para ellos un régimen de vida y escolarización normal. Durante su escolarización, pueden necesitar atención sanitaria u orientación sobre cómo cuidarse en determinados momentos o situaciones. La mayoría de los niños pasan la mitad de su jornada en el colegio y muchos profesores experimentan temor por la presencia de estos niños en las aulas.

Si bien es cierto que la mayoría de las lesiones accidentales acontecidas en el medio escolar no ponen en peligro la vida del niño, las consecuencias de la aparición fortuita de un accidente grave hacen que consideremos importante la presencia e intervención inmediata de un profesional de la salud hasta la llegada de servicios especializados.

A las lesiones accidentales más frecuentes en el medio escolar (contusiones, esguinces, heridas, etc.) se añaden otras no relacionadas con los accidentes como hemorragias nasales, fiebre, etc., que van a requerir intervención rápida y eficaz.

Así, el programa de EpS tiene como principal objetivo mostrar que educar para la salud no consiste únicamente en ofrecer información sobre los fundamentos científicos de los problemas de salud o sobre el peligro de ciertas conductas, sino en fomentar actitudes críticas, autónomas y solidarias que permitan analizar los problemas, acceder a la información adecuada, reflexionar sobre los valores que llevan implícitos cada acción, asumir responsabilidades y aprender a tomar decisiones.

Recordemos que la etapa de escolarización obligatoria coincide con la edad fundamental de adquisición de hábitos y actitudes, lo que permite desarrollar un trabajo institucional programado, continuado y evaluable.

Actualmente, son los profesores y maestros de primaria los responsables de abordar con eficacia estos problemas. Los docentes se ven desbordados para atender desde la escuela las necesidades que las familias demandan sin la colaboración de otros profesionales. A menudo, exigen que sea un profesional de la salud con aptitudes pedagógicas quien se encargue de formar a los alumnos en materia de salud

ENFERMERA ESCOLAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Desde este análisis, y entendiendo la escuela como un contexto de la comunidad con gran potencial para prevenir y promocionar la salud, la enfermera escolar (EE) es el profesional idóneo con competencias para ello. Ya existe en Francia, Inglaterra, EE. UU., Australia, Suiza, Escocia, trabajando en colaboración con la enfermera de primaria**.** Cada una presenta sus peculiaridades. Y con formación específica.

La EE es el profesional que, dentro del ámbito del centro y de acuerdo con el proyecto educativo del centro (PEC), tiene la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada o, en

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, ha de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud.

La presencia de personal de enfermería en los centros educativos, tanto de educación especial, integración u ordinarios, se hace necesaria para el desarrollo de los objetivos educativos de los alumnos, no solo como personal imprescindible para aportar la asistencia y asesoramiento con respecto al alumnado con necesidades sanitarias específicas, sino también como perfil más adecuado para dirigir y desarrollar programas de educación para la salud.

La figura de la EE en nuestro país es prácticamente desconocida y casi inexistente. Tiene una presencia simbólica y depende de las comunidades autónomas (CC. AA.): podemos encontrar CC. AA. donde la enfermera escolar está por normativa en los centros de educación especial como en Madrid y Valencia, mientras que en la mayoría de las demás CC. AA. su asistencia se reduce a reconocimientos puntuales, basados en los procedimientos escolares antes descritos.

Muchas de sus funciones no están claramente definidas. Solo se identifica la parte asistencial, por lo que algunos justifican que es innecesaria su existencia en un centro escolar. La LOE establece que uno de los fines de la educación es: «El desarrollo de hábitos saludables, ejercicio físico y deporte (cap. I, art 2)» y añade la necesidad de valorar «la higiene y la salud como objetivo a alcanzar dentro de la educación primaria».

La LOE establece que los profesionales de la salud tienen que formar a los docentes escolares. Pero los profesionales del centro de salud tienen gran carga asistencial y, en ocasiones, falta de formación comunitaria. En la misma línea, los profesionales de educación tienen un currículum muy apretado y no encuentran tiempo para implantar dichos programas. Además, están desprotegidos en cuanto a conocimientos en temas de salud: queda a la motivación e interés del docente.

La presencia permanente de la EE en los centros escolares permitiría y aseguraría una atención sanitaria adecuada a los alumnos, padres y profesores, que de otra manera queda relegada a una atención ocasional, episódica y de escasa relevancia, además de contribuir a crear un estilo de vida saludable como, por ejemplo, a través de juegos y talleres en los que los escolares se conviertan en protagonistas de su salud. La enfermería es la profesión por excelencia para este cometido.

La enfermería, por definición, entiende la escuela como un contexto de intervención en la comunidad con un gran potencial para prevenir y promocionar la salud de las personas, favoreciendo el proceso de maduración y crecimiento del alumnado. Es una fuente de apoyo para su desarrollo, pero también una fuente potencial de detección de riesgos, susceptibles todos ellos de los cuidados enfermeros, además de aquellas actividades de colaboración con todos los sectores que asumen la planificación, el seguimiento y la evaluación de la promoción de la salud en la escuela.

Por todo lo expuesto, el profesional más indicado para realizar todas las actividades antes descritas, con la formación adecuada es la EE con el perfil propuesto en el II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar:

1. El profesional que cuenta con título oficial universitario de enfermería, con una formación adicional académica de posgrado sobre EE, y que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa, por lo tanto, estando presente en el centro educativo durante el horario escolar.
2. Debe desarrollar todas sus funciones de acuerdo a la siguiente clasificación:
   a. Función asistencial: prestar atención y cuidados de salud integrales al alumno/a y resto de comunidad escolar formada por padres-madres y docentes y personal no docente, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión. Y se sirve del método científico para, a través del proceso de enfermería: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de salud a la comunidad educativa.
   b. Función docente: conjunto de actividades educativas y formativas dirigidas al alumnado, profesorado, padres y madres del alumnado, así como al resto de profesionales y trabajadores que forman la comunidad educativa.
   c. Función investigadora: abordar con rigor metodológico el estudio de la realidad con el fin de ampliar y profundizar en el conocimiento enfermero y evaluar la práctica y sus efectos.

d. Función gestora: a través de la misma se desarrolla la planificación, organización, dirección y control de todas las actuaciones y recursos.

LECTURAS RECOMENDADAS

BOE, 4 de octubre de 1990. Ley 1/1990, de 3 de octubre de ordenación general del sistema educativo (LOGSE). Madrid.

BOE n.º 106, 4 de mayo de 2006. Ley Orgánica de Educación 2/2006, de 3 de mayo de 2006. Madrid.

Castillo Ureña MJ. Prevención de la obesidad infantil desde la escuela. Revista digital Práctica Docente. [Revista en internet] 2007;7. [Consultado el 10 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.cepgranada.org/~jmedina/articulos/n7_07/n7_07_129.pdf.

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Conclusiones del II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar. Gandía, 29, 30 y 31 de octubre de 2009. [Documento en internet] 2009. [Consultado el 6 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.portalcecova.es/backoffice/_files/catalogue/DBCONTENTSdbcontent-Documents_U2237383_document.pdf.

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). I Congreso Nacional Enfermería y Salud Escolar. Alicante: CECOVA; 2008.

Díez Fernández T, Gómez Carrasco JA, Gómez González JL. Problemas crónicos de salud en el ámbito escolar. Rev ROL Enf. 2011;34(1):32-9.

Fernández Candela F, Rebolledo Malpica DM, Velandia Mora AL. Salud escolar: ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Hacia la promoción de la salud. 2006;11:21-8.

Gavidia V, Rodes MJ. Tratamiento de la educación para la salud como materia transversal. Alambique: Didáctica de las Ciencias Experimentales. 1996;9:7-16.

Jensen BB. Los conceptos de salud y de acción en la educación para la salud. Seminario de educación para la salud y democracia. Comisión de la Unión Europea. Copenhague 12-15 diciembre de 1994. Documentos de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, CIDE; 1995.

Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo. Educación para la salud en la escuela. Conferencia Europea. San Lorenzo de El Escorial. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.

Ministerio de Educación. Resumen del Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa, del Ministerio de Educación, acerca de la red de Escuelas para la Salud en Europa, red SHE (Antigua Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, REEPS). Madrid: Ministerio de Educación; 2008.

OMS. Objetivos de la estrategia regional europea de salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad; 1986.

OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles. Ginebra: OMS; 2011.

OMS. Fomento de la salud a través de la escuela. Serie de informes técnicos. N.º 870. Ginebra: OMS; 1997.

School for Health in Europe. Conclusiones de la Tercera Conferencia Europea acerca de Promoción de la Salud en la Escuela (15-17 de junio de 2009, Vilnius, Lituania) [Documento en internet]. [Consultado el 10 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/CuidadosSalud/HabitosvidasaludableP/romocionSaludEscuela/RedAragonesaEscuelasPromotorasSalud/Enlaces/Resolucion_Vilna-Espa%C3%B1ol.pdf.

Young I, Williams T. La educación para la salud en las escuelas: un análisis crítico. Peebles: Escocia; 1989.

Ziglio E. Innovación y cambio: aspiraciones de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Primeras Jornadas de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en España. Granada; 1995.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 9 3

Salud maternal: atención

Adoración Pulido-Soto, Antonio Frías Osuna y Casilda Velasco-Juez

INTRODUCCIÓN

El embarazo, como etapa biológica, es un proceso fisiológico trascendente en la vida de las mujeres, parejas y familias. La atención sanitaria y los cuidados de salud durante este proceso deben dirigirse a la promoción de la salud y a la prevención e identificación precoz de posibles riesgos. Cualquier intervención debe estar basada en la evidencia científica y tener en cuenta los aspectos psicosociales y las necesidades específicas de cada mujer. Todo esto con el objetivo de capacitar a las gestantes para la toma de decisiones informadas de forma autónoma.

Podríamos decir que la atención a la salud maternal persigue dos finalidades claves: la promoción de la salud durante el embarazo, garantizando el bienestar de las mujeres mediante una información y educación para la salud de calidad y fortaleciendo una relación de confianza y empatía, y el control y seguimiento del proceso de embarazo que garantice su evolución dentro de los parámetros de normalidad, con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para la mujer como para su hijo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido 10 principios en los que debe basarse la atención perinatal. El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Estar basado en las evidencias, lo que significa que está avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios clínicos controlados y aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como son parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y cientistas sociales.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias. Debe ser dirigido hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo como de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MATERNAL

Generales

- Contribuir a la mejora de la salud, la calidad de vida y el bienestar de la mujer gestante, su pareja y el recién nacido.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Específicos

- Prevenir los defectos congénitos.
- Identificar precozmente y controlar los riesgos asociados a la gestación.
- Disminuir las complicaciones asociadas al embarazo.
- Reducir los nacimientos pretérmino y la incidencia de niños con bajo peso al nacer.
- Garantizar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad del embarazo.
- Favorecer la adopción de estilos de vida saludables durante el embarazo y la adquisición de conductas preventivas.
- Contribuir a la preparación y vivencia positiva del parto, la maternidad y la paternidad.
- Fomentar la lactancia materna.
- Favorecer la implicación de la pareja, en su caso, en el proceso de embarazo y en el cuidado del recién nacido.

ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MATERNAL

Con respecto al número y tipo de actividades a desarrollar para el control y seguimiento del embarazo, no existe un acuerdo internacional sobre las mismas, la mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. La OMS ha desarrollado diferentes estudios con el objetivo de aportar evidencia científica sobre este tema. El Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP para Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) implementó un estudio clínico aleatorizado y multicéntrico. Este estudio comparó el modelo occidental estándar de control prenatal (realización de 10 a 12 visitas de control durante el embarazo) con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de consultas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados maternos y/o perinatales. Los resultados de este estudio demostraron que no existían diferencias significativas (clínica y estadística) entre el modelo estándar y el modelo nuevo en términos de anemia severa posparto, preeclampsia, infecciones del tracto urinario o neonatos de bajo peso al nacer. De manera similar, no hubo diferencias significativas (clínica y estadística) en los resultados secundarios maternos y/o perinatales, entre los cuales se incluyen eclampsia y muerte materna y neonatal. En 2001, la OMS llevó a cabo una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas, para evaluar la efectividad de los distintos modelos de control prenatal, comparando un modelo basado en un número reducido de visitas prenatales con el modelo occidental estándar; en esta revisión no se encontraron diferencias entre los dos modelos con respecto a preeclampsia, infección del tracto urinario, anemia posparto, mortalidad materna, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. El coste de los modelos con un número reducido de vistas prenatales fue igual o menor que el modelo estándar.

Teniendo en cuenta los estudios anteriores, la OMS recomienda incluir en la práctica clínica modelos con un número reducido de visitas prenatales sin que esto suponga riesgo de consecuencias adversas para la mujer o el neonato.

En nuestro caso, especificamos a continuación las diferentes actividades a desarrollar y en la tabla 93-1, de acuerdo con el proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud, 2005), se realiza una propuesta de cronograma de estas actividades.

Atención preconcepcional

Las medidas de promoción y prevención de la salud en el embarazo deben iniciarse cuando la mujer manifiesta su deseo de gestación y/o abandona un método anticonceptivo seguro, es decir en el período preconcepcional.

Las actividades a realizar en este período son:

- Identificar los posibles riesgos que la gestación puede tener para la mujer y su descendencia. Entre ellos, las exposiciones laborales o ambientales, hábitos tóxicos y consumo de medicamentos y otras drogas, así como valorar la situación de salud actual y situación vacunal de la mujer y los antecedentes personales y familiares de enfermedades hereditarias.
- Fomentar estilos de vida saludables, tanto en la mujer como en la pareja: eliminación de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras drogas, etc.), alimentación saludable, protección frente agentes teratógenos, sexualidad, prevención de enfermedades infecciosas, etc.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TABLA 93-1. Cronograma de seguimiento del embarazo

Semanas de gestación	Prec	< 12 (8-12)	12 (12-14)	16 (16-18)	20 (18-22)	24 (24-28)	28 (28-32)	32 (32-34)	36 (35-37)	38 (37-39)	> 38
Nivel asistencial	**AP**	**AP**	**AE**	**AP**	**AE**	**AP**	**AP**	**AE**	**AP**	**AP**	**AE**
Contenidos/visitas											
Valoración de posibles riesgos para la madre y el feto		Valoraciones todas las visitas									
Historia clínica		Registro de datos en todas las visitas									
Documento salud embarazada (DSE)		Sí	Registro de datos en todas las visitas								
Exploración general		Sí									
Exploración constantes		Talla en la primera visita, peso y PA en todas las visitas									
Exploración genital y mamaria		Sí	Sí								
Altura uterina-latido fetal				Sí		Sí	Sí		Sí	Sí	
Exploración ecográfica			Sí		Sí			Sí			
Analítica											
Hb, Hto y uricemia		Sí				Sí			Sí		
Cribado incompatibilidad D		Sí				Sí*					
Cribado infecciones de trasmisión perinatal (serología)		VIH, sífilis, toxoplasma, rubéola,* HB*		VIH*			Sífilis* VIH* HB				
Cribado diabetes gestacional		Si factores de riesgo			Sí						
Diagnóstico prenatal		Sí									
Urocultivo		Sí (12-16)			Sí						
Cribado estreptococo grupo B									Sí		
Coagulación									Sí		
Vacunación de tétanos-difteria							Sí*				
Identificación factores de riesgo de ETS		Sí	Sí				Sí				
Educación maternal grupal		Sí				Sí					
EPS/recomendaciones		En todas las visitas									
Baremo de riesgo		En todas las visitas									
Ácido fólico		Sí									
Yodo		En todas las visitas									
Quimioprofilaxis con hierro		Se darán suplementos de hierro cuando la hemoglobina < 11 g/l y hematocrito < 33% en primer y tercer trimestre y hemoglobina < 10,5 g/l y hematocrito < 32% en el segundo trimestre									

Fuente: *Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio.* 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.

CUADRO 93-1. Evaluación del riesgo obstétrico

Riesgo I o riesgo medio

1. Anemia leve o moderada.
2. Anomalía pélvica.
3. Cardiopatías I y II.*
4. Cirugía genital previa (incluida cesárea).
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
6. Control gestacional insuficiente: primera visita > 20 SG o < 4 visitas o sin pruebas complementarias.
7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.
8. Dispositivo intrauterino y gestación.
9. Edad extrema: < 16 o > 35 años.
10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.
11. Embarazo gemelar.
12. Embarazo no deseado: situación clara de rechazo de la gestación.
13. Esterilidad previa: pareja que no ha conseguido gestación en los 2 años previos.
14. Fumadora habitual.
15. Hemorragia del primer trimestre (no activa).
16. Incompatibilidad D (Rh).*
17. Incremento de peso excesivo: IMC > 20% o > 15 kg.
18. Incremento de peso insuficiente: < 5 kg.
19. Infecciones maternas: infecciones sin repercusión fetal aparente.
20. Infección urinaria: BA y cistitis.
21. Intervalo reproductor anómalo: período intergenésico < 12 meses.
22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > 28 SG.
23. Obesidad: IMC > 29.
24. Presentación fetal anormal: presentación no cefálica > 32 SG.
25. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: factores de riesgo asociados a CIR.
26. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.*
27. Riesgo laboral: trabajo de contacto con sustancias tóxicas.
28. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.
29. Sospechas de macrosomía fetal: peso fetal estimado a término > 4 kg.
30. Talla baja: estatura < 1,5 m.

Riesgo II o alto riesgo

1. Abuso de drogas:* consumo habitual de drogas, fármacos, etc.
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
4. Anemia grave:* Hb < 7,5.
5. Cardiopatías grados III y IV.*
6. Diabetes pregestacional.*
7. Diabetes gestacional con mal control metabólico.
8. Embarazo múltiple: gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.
9. Endocrinopatías (otras):* alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo, etc.
10. Hemorragias del segundo y tercer trimestre.
11. Trastorno hipertensivo del embarazo: hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve.
12. Infección materna:* cualquier infección con repercusión materna, fetal o RN.
13. Isoinmunización*.
14. Malformación uterina.
15. Antecedentes obstétricos desfavorables: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR, etc.
16. Pielonefritis.
17. Patología médica materna asociada:* cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular, etc.).
18. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: biometría ecográfica fetal < que edad gestacional.
19. Tumoración genital: uterina, anexial, etc.
20. Embarazo gemelar.

Riesgo III o riesgo muy alto

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
2. Malformación fetal confirmada.
3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas).
8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino.
9. Embarazo prolongado.
10. Patología materna asociada grave.*
11. Muerte fetal anteparto.
12. Otras.

*Conveniencia de que la gestante acuda al tocólogo con informe del especialista respectivo (cardiólogo, nefrólogo, endocrino, hematólogo, etc.).

Fuente: *Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio.* 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Recomendar profilaxis de los defectos del tubo neural con ácido fólico (0,4 mg/día desde al menos 1 mes antes de la concepción y hasta, al menos, las 12 primeras semanas de la gestación).
- Realizar serológica: lúes, toxoplasma, rubéola y VIH.
- Informar sobre la importancia de realizar la visita prenatal precozmente, siempre antes de las 12 semanas de gestación.

Control y seguimiento del embarazo

Las actividades a desarrollar en el control y seguimiento del embarazo se centrarán en la realización de una valoración exhaustiva de la situación de salud y necesidades de cuidado de la gestante, la identificación de posibles riesgos y complicaciones, así como la aplicación de medidas preventivas y de promoción de salud. La frecuencia y periodicidad de estas actividades vienen determinadas por la edad gestacional. En la tabla 93-1 se propone un cronograma de las diferentes actividades a desarrollar en el control y seguimiento del embarazo.

Valoración de la gestante

- **Anamnesis-entrevista:**
  - Confirmación diagnóstico de embarazo.
  - Grado de aceptación del embarazo e información, si procede, de IVE según normativa vigente (Ley Orgánica 2/2010).
  - Antecedentes familiares: diabetes, hipertensión arterial, cromosomopatías, genograma.
  - Antecedentes personales: enfermedades previas y actuales, hospitalizaciones y/o intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas.
  - Grupo sanguíneo y Rh.
  - Estado vacunal e inmunitario.
  - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, otras drogas, etc.
  - Exposición a agentes teratógenos (ambientales, laborales, medicamentos, etc.).
  - Actividad laboral.
  - Factores de riesgo de enfermedades de trasmisión sexual.
  - Antecedentes obstétricos: menarquia y fórmula menstrual, embarazos previos (número y patología), hijos vivos (estado de salud, peso al nacer), abortos y patología en partos anteriores.
  - Embarazo actual: fecha de última regla, fecha probable de parto, estado general, peso anterior, controles ginecológicos anteriores, movimientos fetales y dinámica uterina.
  - Valoración de diferentes necesidades básicas y/o patrones funcionales (alimentación, actividad física, reposo-sueño, eliminación, sexualidad, etc.).
  - Evolución del embarazo, vivencia, estado emocional y presencia de posibles molestias y sintomatología relacionada con el embarazo.
  - Actitud ante la lactancia materna.
  - Riesgo social y posible maltrato.
- **Exploración:**
  - General: peso, talla (IMC en la primera visita), presión arterial, estado nutricional, coloración de mucosas, edemas, varices.
  - Obstétrica: altura uterina, auscultación de latido fetal, exploración genital y mamaria (inspección de genitales, tacto bimanual y exploración de mamas), maniobras de Leopold para determinar estática fetal.
- **Pruebas complementarias:**
  - Analítica:
    - Hemoglobina y hematocrito.
    - Grupo y Rh, test de Coombs indirecto.
    - Uricemia.
    - Serología: lúes, toxoplasma, rubéola, VIH, hepatitis B,
    - Test de O' Sullivan.
    - *Screening* bioquímico de diagnóstico prenatal.
    - Urocultivo.
    - Estudio de coagulación.
    - Cribado estreptococo grupo B.
  - Ecografía.
  - Citología, si procede.
- **Evaluación del riesgo obstétrico** (cuadro 93-1).

Tratamiento y plan de cuidados

- Ácido fólico y yodo.
- Vacunación Td y gripe, si procede.
- Gammaglobulina anti-D a gestantes Rh(–) no sensibilizadas.
- Tratamiento y otros cuidados, si procede.
- Educación para la salud sobre autocuidados:
  - Cuidados generales durante el embarazo, parto y puerperio.
  - Ejercicio físico, trabajo, sueño y descanso.
  - Higiene corporal y bucal, ropa y calzado.

- Abandono de hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Alimentación equilibrada, medicamentos y agentes teratógenos.
- Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo.
- Signos y síntomas de alarma.
- Prevención de enfermedades infecciosas.
- Controles de embarazo y educación maternal grupal.
- Sexualidad y embarazo.
- Lactancia materna.
- Dinámica uterina y pródromos de parto.
- Dar respuesta a dudas e inquietudes.

Registro

- Cumplimentar documento de la salud de la embarazada.
- Cumplimentar historia de salud.

Educación y promoción de la salud maternal

El embarazo y el parto como hechos biológicos se encuentran fuertemente condicionados por factores culturales. A lo largo de la historia y en las diferentes culturas se han desarrollado diversas formas de entender y vivir este proceso vital. Esta realidad, respecto a las diferentes formas de vivir el embarazo y el parto, nos permite plantearnos la posibilidad de intervenir educativamente y ayudar a las mujeres y sus parejas para que la vivencia del embarazo y parto se produzcan de una manera positiva y satisfactoria. Del mismo modo, la eliminación de conductas de riesgo y adquisición de hábitos saludables durante el embarazo van a contribuir directamente a la prevención de complicaciones y a la promoción de la salud de la futura madre y del recién nacido.

En nuestro entorno cultural y desde principios del siglo xx se vienen desarrollando diferentes estrategias dirigidas a mejorar las percepciones y vivencias del parto. Diferentes experiencias empíricas han puesto de manifiesto que las actitudes ante el parto condicionan la evolución del mismo.

En este momento estamos asistiendo a una variada oferta de modelos, orientaciones y actividades dirigidas a la preparación de la pareja ante el embarazo, el parto y la maternidad. Como elementos comunes, que caracterizan esta preparación, se encuentran la educación para la salud sobre autocuidados en esta etapa biológica y la preparación psicofísica de la mujer y su pareja. La educación para la salud sobre autocuidados en el proceso de embarazo, parto y maternidad/paternidad tiene como propósito favorecer la adquisición de hábitos saludables, disminuir el temor y miedo a lo desconocido y preparar a la pareja ante la experiencia de ser padres. La preparación psicofísica de la embarazada y su pareja, incluyendo ejercicios físicos, respiratorios y relajación, pretende mantener y mejorar su forma física y su equilibrio emocional, a lo largo del embarazo, facilitando la adaptación a los cambios que progresivamente se van a ir produciendo a lo largo del embarazo, parto y posparto.

Las actividades de promoción y educación para la salud se desarrollan en dos ámbitos:

Educación maternal individual/pareja

Desarrolladas en las diferentes consultas de atención al embarazo en las que se incluyen contenidos educativos referentes a: importancia del diagnóstico prenatal, alimentación durante el embarazo, hábitos tóxicos, sexualidad, actividad física y descanso, higiene, vestido y calzado, signos y síntomas de alarma, medicamentos y agentes teratógenos, cambios físicos y psíquicos, prevención de enfermedades infecciosas, lactancia materna, importancia y necesidad de la educación maternal grupal.

Educación maternal grupal

Llevadas a cabo con grupos de embarazadas y parejas, en su caso. Las sesiones educativas se inician en el primer trimestre del embarazo, en grupos reducidos (8-12 personas) de similar edad gestacional, con el objeto de facilitar la interrelación y el intercambio de conocimientos, experiencias y necesidades. La frecuencia y duración de las sesiones dependerán de la disponibilidad y necesidades de cada grupo, aunque lo más frecuente es la realización de una sesión semanal con una duración aproximada de 90 min, en las que se desarrollan diferentes tipos de actividades grupales:

Educación para la salud sobre autocuidados

Los contenidos abordados en estas sesiones deben adaptarse en todo momento a las necesidades, expectativas y demandas del grupo. Entre otros contenidos, se podrán abordar la importancia y

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

necesidad de la preparación psicofísica al parto y la maternidad; los cambios físicos y psíquicos durante la gestación; la prevención de factores de riesgo y eliminación de hábitos tóxicos; la alimentación y hábitos de vida saludables; la fisiología de la reproducción; la sexualidad y el embarazo; las molestias durante el embarazo, los mecanismos de prevención y cuidados; el parto, inicio y desarrollo; implicación de la pareja en el embarazo, parto, puerperio y cuidados del niño; cuidados durante el puerperio; cuidados del recién nacido; lactancia materna, etc.

Preparación psicofísica de la mujer y su pareja

Estas sesiones se centran en la preparación física y mental de la mujer y su pareja ante el embarazo, el parto y la maternidad. Se desarrollan ejercicios físicos, de relajación y respiración.

Los ejercicios físicos van destinados a favorecer el bienestar físico y la autoestima; mejorar el sueño y el descanso; favorecer la circulación sanguínea, el tono muscular y la flexibilidad; evitar la fatiga y mejorar la capacidad física; aliviar y prevenir dolores y molestias de espalda, y prevenir y disminuir edemas y varices. El programa de ejercicio físico durante el embarazo y puerperio debe ser un programa completo que incluya, además de un conjunto de ejercicios que favorezcan el fortalecimiento y la flexibilidad de los diferentes paquetes musculares y articulaciones, ejercicios destinados al mantenimiento de una postura correcta, fortalecimiento de la espalda, mejora de la funcionalidad y desbloqueo de la pelvis, mejora del retorno venoso y ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel).

Los ejercicios de relajación pretenden conseguir: disminuir la tensión muscular, disminuir la ansiedad y el estado de estrés, favorecer un estado emocional que permita vivir el embarazo y el parto de una manera positiva, reforzar la relación madre-hijo.

Los ejercicios de respiración se centran en el aprendizaje por parte de la mujer, de la realización de una respiración completa y correcta. No es necesario ni oportuno fomentar el uso de técnicas específicas de respiración, sino entrenarlas en una respiración en la que se utiliza toda la musculatura disponible, tanto abdominal, torácica y clavicular. El trabajo de parto supone un esfuerzo muscular intenso, por lo que resulta necesario aprender a respirar correctamente para evitar la fatiga y el agotamiento. Con el entrenamiento y la adquisición de una pauta de respiración completa y correcta se pretende aumentar la capacidad respiratoria, mejorar el rendimiento muscular, favorecer la tranquilidad y relajación, garantizar el aporte de oxígeno necesario al niño y a la madre durante el parto y facilitar el proceso de dilatación y parto.

En este momento estamos asistiendo a una variada oferta de modelos, orientaciones y actividades dirigidas a la preparación de la mujer y su pareja ante el embarazo, el parto y la maternidad. Entre ellos están adquiriendo especial protagonismo la práctica de yoga, pilates y la realización de ejercicios acuáticos.

Atención puerperal

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo (aproximadamente 40 días después del parto). La atención durante el puerperio persigue garantizar el mantenimiento de la salud de la madre y del recién nacido, detectar precozmente posibles complicaciones y riesgos, favorecer la autonomía de los padres en el cuidado del recién nacido y la adaptación del recién nacido al entorno familiar, fomentar la lactancia materna y la captación para otros programas de salud.

La atención al puerperio se lleva a cabo mediante la realización de la visita domiciliaria puerperal, la revisión posparto y la educación para la salud grupal posparto.

Visita domiciliaria puerperal

La visita domiciliaria puerperal se realiza dentro de los 10 primeros días posteriores al parto, y en ella se desarrollan las siguientes actividades:

- *Valoración:*
  - Valoración del entorno y la familia: vivienda, presencia de posibles riesgos, integración del recién nacido, actitudes de los diferentes miembros de la familia ante el recién nacido.
  - Valoración de la madre: estado general, presión arterial y temperatura; involución uterina, loquios y estado de las mamas; estado del periné o cicatriz abdominal; varices, edemas y flebitis; estado emocional; uso de medicación; hábitos tóxicos, y otras necesidades y patrones funcionales.

- Valoración del recién nacido: aspecto general; vitalidad, tono movilidad y reflejos; coloración de piel y mucosas; hidratación, estado nutricional y lactancia; cordón umbilical, y toma de muestras para la detección de metabolopatías (antes del quinto día de vida del recién nacido).
- *Tratamiento y otros cuidados, si procede.*
- *Educación para la salud dirigida a puérpera, pareja y familia:*
  - Educación para la salud sobre cuidados de la puérpera: higiene general y cuidados del periné, lactancia materna, descanso y actividad, alimentación, uso de medicamentos, cuidados de las mamas, sexualidad y anticoncepción, apoyo emocional, ejercicios de recuperación del periné (ejercicios de Kegel), circulatorios, oferta de servicios de salud: educación maternal posparto, revisión posparto, planificación familiar, etc.
  - Educación para la salud sobre cuidados del recién nacido: cuidados generales, higiene y ropa, características del entorno, cuidados del ombligo, sueño y descanso, llanto, lactancia, prevención de accidente y muerte súbita, oferta de servicios de salud: controles de salud infantil, vacunaciones, etc.

Revisión posparto

La revisión posparto se realiza a los 40-50 días después del parto, y en ella se desarrollan las siguientes actividades:

- *Valoración de la mujer:* estado general, situación y evolución del puerperio, estado emocional, peso y presión arterial, menstruación, sexualidad y anticoncepción, lactancia materna, estado del periné y otras necesidades y patrones funcionales.
- *Tratamiento y otros cuidados, si procede.*
- *Educación para la salud:* alimentación, sexualidad, anticoncepción, apoyo a la lactancia materna, ejercicio físico, recuperación del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) y actividad física.

Educación maternal grupal posparto

Consta de 4-6 sesiones de grupos de padres y madres en los primeros 2 meses después del parto. Dirigida a capacitar a los padres y madres en el cuidado del recién nacido, favorecer la vivencia de esta etapa de la vida de forma positiva, apoyar la lactancia materna, fomentar los grupos de ayuda mutua y favorecer la rehabilitación posparto de la mujer. Se desarrollan los siguientes contenidos educativos:

- Adaptación a la nueva situación del niño y la familia.
- Cuidados del recién nacido: lactancia materna, estimulación, cuidados generales y medio ambiente, signos y síntomas más frecuentes en el recién nacido, vacunaciones, prevención de accidentes, importancia y necesidad de los controles de salud.
- Cuidados durante el puerperio: problemas más frecuentes durante el puerperio, alimentación, sexualidad, anticoncepción, prevención de la depresión puerperal, ejercicios de suelo pélvico, recuperación física, relajación, importancia y necesidad de los controles de salud.
- Implicación de la pareja.

LECTURAS RECOMENDADAS

CDC. Guía para la vacunación de mujeres embarazadas. Centros para el control y enfermedades. Departamento de salud y servicios humanos; 2005. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/pregnant-woman-s.htm.

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001;28:202-7. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/recomendacionesOMS.htm.

Consejería de Salud. Guía para la educación maternal en atención primaria. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 1988.

Consejería de Salud. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf.

Consejería de Salud. Embarazo, parto y puerperio Recomendaciones para madres y padres. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2006. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf.

Conselleria de Sanitat. La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. Valencia: Generalitat de Valencia; 2004.

Donat Colomer F, Maestre Pota MS. Cuidados de salud en el puerperio normal. En: Donat Conomer F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2001.

Frías-Osuna A, Pulido-Soto A, Cantón-Ponce MD. Salud del lactante y preescolar. En: Frías-Osuna A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Boletín Oficial del Estado. 4 de marzo de 2010. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf.

Linares Abad M. Programa de embarazo, parto y puerperio. En: Frías-Osuna A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

Ministerio de Sanidad Consumo. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf.

Moreno Llopis C. Cuidados de salud en el embarazo normal. En: Donat Colomer F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2001.

OMS. Nuevo modelo control prenatal de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30_spa.pdf.

Pulido-Soto A. Opinión y satisfacción de las mujeres con el Programa de Educación Maternal. Centro de Salud El Valle. Jaén 2003-04. Baeza: Universidad Internacional de Andalucía; 2004.

Sebastián G. Entrenamiento psicofísico en la gestante. Matronas profesión. 2000;1:4-13.

Sergas. Guía técnica do proceso de consulta preconcepcional. Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia; 2008a. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/gal/muller/docs/PMG02.pdf&hifr=900&seccion=0.

Sergas. Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal. Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia; 2008b. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/gal/muller/docs/PMG03.pdf&hifr=900&seccion=0.

Sergas. Guía técnica do proceso de educación maternal, prenatal e posnatal. Servicio Gallego de Salud, Xunta de Galicia; 2008c Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/gal/muller/docs/PMG05.pdf&hifr=900&seccion=0.

Sociedad Española de Pediatría. Manual de vacunas en pediatría 2008. 4.ª ed. Sociedad Española de Pediatría, Comité Asesor de Vacunas; 2008. Disponible en: http://www.vacunasaep.org/manual/index.htm.

Soto Villanueva S. Atención integral de la mujer durante el embarazo y el puerperio en atención primaria. En: Mazarrasa G, Sánchez M, Sánchez G. Merelles A. Salud pública y enfermería comunitaria. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.

C A P Í T U L O 9 4

Salud pública: funciones

María Jesús Pérez Mora

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Remontarnos a los orígenes de la salud pública requeriría un ejercicio de búsqueda y reflexión sobre la evolución de las formas en que la sociedad se ha organizado para librarse de las enfermedades, que a lo largo de la historia han diezmado a las poblaciones del planeta que, por otra parte, no correspondería al objetivo de este documento. Podríamos centrarnos en el período que va desde la Edad Media hasta el siglo xx, pero para ilustrar los antecedentes más cercanos a nuestra realidad será suficiente con retroceder a la etapa de la llamada «revolución industrial», momento en el que en Europa y Norteamérica se producen cambios que llevarán a las autoridades sanitarias a plantearse la necesidad de intervenir desde nuevos planteamientos.

La revolución industrial, que surge en torno a la segunda mitad del siglo xix, supuso un movimiento migratorio desde el campo a las ciudades debido, por un lado, a la mecanización de los trabajos agrícolas y, por otro, a la atracción que ofrecían las ciudades y el desarrollo industrial de las mismas. Ello supuso el abandono del hábitat rural de una gran masa de población, para vivir en el hacinamiento y la miseria en la periferia de las ciudades.

En estas condiciones no era extraño que se desencadenaran epidemias de enfermedades relacionadas con el hacinamiento y la pobreza como la tuberculosis, la neumonía, la viruela, el sarampión e incluso el cólera que en condiciones normales se transmite por el agua, ejemplo de ello son las epidemias de cólera de 1847 y 1857 en Londres.

Como respuesta a esta situación, comenzó en Europa el movimiento sanitarista que promovía la necesidad de que el estado se implicará en la mejora de los niveles de higiene de las personas, abasteciendo y garantizado el suministro de aguas y alimentos bacteriológicamente seguros que permitiesen el desarrollo de la vida en condiciones de salud por un lado y por otro, no debemos olvidarlo, para que las personas pudieran ser productivas en las fabricas e industrias.

Una vez que consiguieron controlar el hábitat y el entorno ambiental, las intervenciones derivaron hacia posiciones más individualistas en el sentido de tratar a las personas de aquellas enfermedades que contraían y que tenían su origen en la teoría microbiológica de la enfermedad, que los científicos comenzaban a estudiar. Es el momento de la epidemiología científica y también el de científicos como Koch, Pasteur, Ferrán i Clúa entre otros; del desarrollo de la inmunización contra algunas enfermedades a través de la vacunación, ya iniciada por Jenner en 1768, al que se le debe el término «vacuna» y debemos destacar el papel del Dr. Balmis a principios de siglo por su expedición para vacunar de viruela a la población de las colonias españolas en América y Asia. De entonces a la actualidad muchos han sido los que contribuyeron a hacer de la vacunación uno de los mayores logros de la salud pública.

Como podemos ver, el enfoque de la salud pública se centró en los servicios preventivos individuales, entre ellos destacó la inmunización y la planificación familiar y más tarde se introdujeron programas de enfermería comunitaria, enfermería escolar y servicios de salud escolar. Esta etapa de la salud pública destaca por la participación del estado en las mejoras sociales de la población.

No obstante, para los profesionales de la salud pública el interés se centraba y se centra en los servicios colectivos y socializados, más que en los individualizados y privados.

Sobre la evolución de la salud pública en España y el papel desarrollado, recomendamos consultar a los autores que en los últimos años han aportado y publicado importantes documentos

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

históricos que nos permiten conocer a las personas, que en nuestro país lucharon y luchan por crear, desarrollar y mantener la salud pública en un escenario donde el hospitalocentrismo sigue siendo la base del sistema de salud. Algunas de estos documentos se recogen en la bibliografía de este capítulo.

DEFINICIONES

Empezaremos por recoger una definición de salud pública del higienista español Mateo Seoane que en 1837 decía que era necesario: «… considerar en conjunto a los individuos que componen la sociedad entera, examinando los agentes físicos y morales que obran sobre ellos, buscando los medios de dirigir ordenadamente la acción de los que sean útiles, y de evitar la influencia de los que sean dañosos, y señalando el modo de que las instituciones sociales contribuyan a dar a la especie humana el vigor y la energía suficiente para que pueda resistir con facilidad a las causas de destrucción que le rodean» (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

Recogemos, también, tres definiciones de salud pública actuales, que reflejan el papel actual de la nueva salud pública, con el fin de analizar cómo evoluciona el concepto: «La salud pública implica la **intervención técnica planificada** sobre el ambiente ecológico-social de vida de la población humana y sobre la población misma, con el objeto de eliminar **los riesgos** para la salud; promover la salud; prevenir la enfermedad; curar la enfermedad cuando se ha producido, así como sus consecuencias, y hacer educación para la salud».

En 1973, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía el concepto de la siguiente manera: «El término "salud pública" implica la preocupación de los problemas de salud de las comunidades humanas, el estado sanitario del ambiente, la **organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud,** incluyendo la atención médica curativa y la educación para la salud».

Para Hernán San Martín: «El concepto actual de salud implica que la salud pública debe referirse al nivel de salud de las comunidades y de las sociedades humanas, a los «determinantes sociales» que producen los estados de salud-enfermedad y a los recursos y actividades de todo tipo que se planifiquen para modificar favorablemente la situación **con la participación organizada y consciente de la comunidad».**

Si analizamos las tres definiciones, podemos observar como cada una de ellas, además de recoger conceptos de la anterior, incluye algo que permite ampliarla. Así, para la primera definición son los técnicos quienes trabajan sobre la población y su entorno para evitar los riesgos, Para la OMS, la salud pública debe no solo planificar las intervenciones, sino organizar los sistemas de servicios de salud. Por último, el profesor Hernán San Martín introduce la necesaria participación de la comunidad, una participación que debe partir de la reflexión, consciencia y organización de las comunidades.

Llegados a este punto podríamos decir que el concepto de salud pública y el de salud comunitaria se confunden. ¿Dónde termina la responsabilidad de la salud pública y donde empieza el de la salud comunitaria?, se preguntarán ustedes. Durante la segunda mitad del pasado siglo, para los salubristas y los defensores de la salud pública y de los sistemas de servicios de salud organizados por las políticas sanitarias de sus gobiernos, estos conceptos han sido objeto de estudios y trabajos conjuntos, con el fin de definir y establecer pautas que guiaran las políticas de salud y la organización de los recursos, para conseguir la mejora continuada del estado de salud de las poblaciones y comunidades.

De nuevo recogemos una definición de San Martín sobre salud comunitaria: «Se puede hablar de "salud comunitaria" cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de una comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas a través de los programas locales de salud. En realidad lo que llamamos "salud comunitaria" es el programa de salud pública local, planificado sobre la base de las necesidades y problemas específicos de cada comunidad, ejecutado con la participación de esa comunidad. Se trata, entonces, de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública […]».

Lo que se explica en este párrafo es que para que el estado de salud de una comunidad sea realmente integrado en el desarrollo de vida de una comunidad, es necesaria la participación convencida de la comunidad y para ello se precisa

de cauces y estructuras de participación que solo con políticas sociales de participación pueden salir adelante. Intentar cambiar la participación de la comunidad por políticas de satisfacción de los usuarios solo conduce a la deslegitimación de los sistemas de salud. Un sistema de salud consigue su legitimación en la medida que la comunidad hace suyo el sistema y lo defiende como algo de valor personal y social, y esto se alcanza con la participación ciudadana.

Por último, queremos recoger la definición de Charles E. A. Winslow, de 1920, y que fue adoptada por la OMS. Esta define la salud pública como: «La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través del esfuerzo organizado de la sociedad» (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

La Organización Panamericana de la Salud y la OMS han publicado un documento conjunto, que recoge las funciones esenciales de la salud pública en 11 epígrafes, de los que aportamos sus enunciados y una sucinta descripción de sus contenidos.

Son funciones esenciales de la salud pública las siguientes:

Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

Ello implica el mantenimiento continuado del análisis de la situación del país, mediante el estudio de necesidades de salud satisfechas y no satisfechas de la población, la asociación de estas necesidades con los factores de riesgo de enfermedad, así como la creación y el manejo de un sistema de información estadístico que permitan el control de las situaciones de riesgo que a su vez permita la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios y la correcta utilización de los recursos sociales que se apliquen.

Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños

Para ello será necesario disponer de una infraestructura de salud pública capaz de llevar a cabo los análisis de población e investigación epidemiológica en general, de forma eficaz para identificar las posibles amenazas para la salud; y desarrollar programas de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades infecciosas. Hay que estar conectados con las redes internacionales que le permitan afrontar mejor los problemas de salud que puedan aparecer.

Promoción de la salud

Como función esencial de la salud pública, es responsabilidad de los profesionales que planifican y trabajan en programas de promoción de salud, el fomentar cambios en las condiciones del entorno y en los modos de vida de la población para impulsar una «cultura de salud», mediante la coordinación intersectorial con el fin de garantizar la eficacia de las intervenciones.

Forma parte de este apartado la evaluación del impacto de las intervenciones en la población, es decir, medir los cambios producidos en las conductas de los ciudadanos que mejoren su salud y que se deban al programa de intervención.

Liderar la reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Participación de los ciudadanos en la salud

Lo que significa promover el establecimiento de cauces de participación organizada de los ciudadanos con el fin de que se impliquen en cambiar los entornos insalubres y los hábitos de vida; además de ser parte activa del proceso de toma de decisiones, desde la planificación de los programas hasta su evaluación. Estos programas deberán incluir las actividades de prevención de enfermedades, de promoción de la salud, tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación física y la reinserción social.

Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública

Es responsabilidad de las instituciones de salud pública el establecimiento de los objetivos pertinentes y medibles, en todos los niveles del sistema de salud que garanticen la igualdad en salud, así como la gestión de los servicios de salud pública, su desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas dirigidos a resolver los problemas de salud de la población.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

Las instituciones de salud pública deben tener la capacidad de establecer y desarrollar un marco legislativo que proteja la salud pública y el control de su cumplimiento, ello significa garantizar, mediante la reglamentación, entornos saludables y la protección de los derechos de los ciudadanos en los servicios de salud.

Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

Es función de los organismos de salud pública, la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios, adoptando un enfoque multisectorial, multitécnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios. Además, debe promocionar la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.

Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Es responsabilidad de los servicios de salud pública la descripción de los perfiles profesionales necesarios para desarrollar actividades en el ámbito de esta, además de la capacitación y formación continuada en materia de salud pública de los profesionales, haciendo énfasis en el trabajo interdisciplinar y multicultural, inculcando principios y valores de solidaridad, equidad y respeto a la dignidad de las personas.

Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Debe promover la implantación de sistemas de evaluación que garanticen la calidad de las acciones en salud pública y los derechos de los usuarios, mediante la utilización de métodos científicos para la evaluación de aquellas intervenciones de diversos grados de complejidad en materia de salud.

Investigación en salud pública

Debe ser una investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento, que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles y que permita la ejecución, el desarrollo y la evaluación de soluciones innovadoras en materia de salud pública. Debe establecer alianzas y cauces de colaboración con otras entidades e instituciones académicas de dentro y de fuera del sector de salud para llevar a cabo estudios que apoyen las medidas necesarias para alcanzar los objetivos en todos los niveles de actuación.

Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Esta función incluye: el desarrollo de políticas y la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública; el enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país; la participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres, y la gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool. Barcelona: Masson; 1990.

Berdasquera D, Cruz Martínez G, Suárez Larainaga CL. La vacunación. Antecedentes históricos en el mundo. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2000;16(4):375-7.

Bernabeu Mestre J, Barona JL. La salud y el estado: movimiento sanitario internacional y la administración española. Valencia: Universitat de València; 2008.

Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Barcelona: El Viejo Topo, Fundación de Investigaciones Marxistas; 1998.

OMS. Enfermería de Salud Pública. 4.° Informe del Comité de Expertos en Enfermería. Ginebra: Serie de Informes Técnicos; 1959.

OPS/OMS. Funciones esenciales de la salud pública. [Consultado el 27 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP_03.htm.

Rodríguez Ocaña E, Martínez Navarro, F. Salud pública en España: de la Edad Media al siglo xxi. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (Nueva Salud Pública; 1); 2008.

C A P Í T U L O 9 5

Sectorización

José Ramón Martínez Riera

CONCEPTO

La sectorización es un modelo de organización del trabajo de las enfermeras en atención primaria (aunque puede serlo también de los médicos/pediatras). La sectorización tiene dos objetivos fundamentales:

- Atender a grupos familiares pertenecientes a un grupo geográfico determinado.
- Potenciar la intervención comunitaria en el ámbito geográfico determinado.

Aunque pueda parecer una forma de organización moderna o innovadora, lo cierto es que ya en el año 60 existen escritos de San Pablo en los que menciona cómo el diácono de cada distrito eclesiástico organizaba, con las mujeres que se dedicaban al servicio de la Iglesia (diaconisas), las visitas a los enfermos en sus hogares. Aunque su principal referente es más reciente y se centra en la *district nursing* (enfermera de distrito) británica, figura con más de 150 años de historia cuyo objetivo general es ofrecer cuidados de enfermería adecuados en un entorno comunitario para promover y optimizar la independencia. Sus funciones principales son:

- Visitar a las personas en sus domicilios o en las instituciones donde están ingresadas, atención a los pacientes y apoyo a la familia.
- Trabajar con los pacientes para que puedan ser autónomos o con miembros de la familia para ayudarles en el proceso del cuidado (cuidadores familiares), favoreciendo el descenso de los reingresos.
- Atender a las personas hospitalizadas con el objetivo de conseguir un alta hospitalaria más temprana.
- Identificar, atender las necesidades de atención de las personas y sus familias.
- Supervisar la calidad de la atención que está prestando.
- Atender las derivaciones de los profesionales de atención primaria y de los hospitales.
- Evaluar, gestionar y planificar los cuidados prestados.
- Ofrecer apoyo emocional a los pacientes y sus familias y cuidadores.
- Establecer vínculos con las familias de los pacientes, cuidadores y otros profesionales de la salud.
- Comprobar el cumplimiento terapéutico de los pacientes, familiares y cuidadores.
- Identificar los problemas sociales y gestionar los recursos comunitarios apropiados cuando sea necesario.
- Controlar constantes vitales, administración de fármacos, aplicación de curas, realización de pruebas diagnósticas complementarias (extracciones de sangre, recogida de muestras), etc.
- Trabajar con profesionales de diversas disciplinas.
- Prescribir ayudas cuando sea necesario.
- Servir de enlace con otros servicios en nombre del paciente, por ejemplo, comidas a domicilio, atención domiciliaria intensiva.

Todo ello en un ámbito geográfico delimitado (distrito) y con una población fija adscrita, en el que debe realizar un diagnóstico de salud que le permita determinar entre otras cosas:

- ¿Cuántos ancianos frágiles viven con las necesidades cubiertas?
- ¿Cuál es el impacto de las enfermedades crónicas y la discapacidad en su distrito?
- ¿Hay una aportación adecuada por parte de los cuidadores?
- ¿Cuál es el nivel de prestación de asistencia social?
- ¿Cómo llega el paciente al domicilio tras el alta hospitalaria?
- ¿Es necesario un servicio de atención domiciliaria las 24 h del día?
- ¿Cómo funcionan los diferentes recursos comunitarios disponibles?

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

También tiene como modelo el de la *community-oriented primary care (COPC), o atención primaria orientada a la comunidad (APOC)*, surgida en la década de los cuarenta en una zona rural de Sudáfrica, y cuyos conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento. La APOC es un proceso continuo en el cual se implementa la atención primaria en una población determinada según sus necesidades de salud, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la atención primaria en una población definida con base geográfica. Este enfoque permite que las enfermeras conozcan a los miembros de la comunidad de los que es responsable. La población cubierta constituye el denominador a partir del cual se realizará el monitoreo demográfico que permita identificar las necesidades de salud.

SECTORIZACIÓN EN ESPAÑA

Desde la implantación del nuevo modelo de atención primaria en España, la organización de los equipos en general y de la actividad de las enfermeras en particular ha sufrido diferentes cambios que en su mayoría no obedecían a necesidades de la comunidad sino a intereses de gestión oportunista o a las demandas de algunos profesionales del equipo. Los resultados obtenidos, tanto en términos de calidad percibida por parte de la población como de satisfacción por parte de los profesionales, no eran satisfactorios y el avance del modelo no se producía en la medida de lo esperado con la organización por actividades y tareas y la unidad básica de atención (UBA) también denominada unidad médico-enfermera (UMF), por lo que se planteó la sectorización como modelo organizativo de las enfermeras en atención primaria.

La implantación de la sectorización no estuvo exenta de polémica y rechazo, como muchas, por no decir todas, las propuestas de cambio en el devenir del nuevo modelo de atención primaria.

A pesar de que en su planificación estuvieron participando profesionales de todos los colectivos (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc.) y de que se intentó que la puesta en marcha fuese gradual e informada, los médicos en general y los pediatras en particular tuvieron un posicionamiento muy negativo ante este modelo organizativo.

El referente para su definición fue el de la enfermera comunitaria británica o *district nursing*.

Los principales objetivos que se pretendían alcanzar con la sectorización eran:

- Prestar atención integral, integrada e integradora a la población asignada, tanto de los que acuden al centro de salud como de los que no lo utilizan.
- Referencia clara de población/enfermera.
- Referencia clara de recursos comunitarios/enfermera.
- Potenciar la intervención/participación comunitaria.
- Individualizar la responsabilidad.
- Evaluar las intervenciones enfermeras.

La sectorización consistía básicamente en lo siguiente (fig. 95-1):

- Sobre la base de la población total de la zona básica de salud (ZBS) y contando con los censos de los ayuntamientos, se hacía una delimitación geográfica de los sectores (por censos electorales normalmente). Un sector por cada dos enfermeras.
- Tras la primera delimitación se realizaba un recuento de la población de dichos sectores por grupos etarios: de 0 a 14 años, de 15 a 65 años y > 65 años para calcular las cargas de trabajo. Sobre la base de dichos grupos etarios se establecían correctores de carga de trabajo para determinar la distribución de población por sector, de tal manera que las cargas estuviesen inicialmente compensadas. De esta manera la delimitación se ajustaba a estos criterios, lo que hacía que el tamaño de los mismos fuese diferente como consecuencia de la distribución poblacional. Por otra parte, se tenían en cuenta condicionantes sociodemográficos como el hecho de que alguno de los sectores coincidiese con zonas de especial atención o deprimidas/conflictivas, lo que introducía nuevas variables correctoras de carga por sector. Finalmente, se identificaban los principales recursos comunitarios comprendidos en cada sector (ayuntamiento, escuelas, iglesias, etc.). Como resultaba difícil la distribución de los recursos por sectores (ya que se podía producir concentración de algunos de ellos por sector o ausencia en otros), la asignación de los mismos se realizaba de manera compensada de tal manera que cada enfermera fuese referente de alguno de los recursos identificados.
- Otro factor de corrección para la distribución de población y delimitación de los sectores era

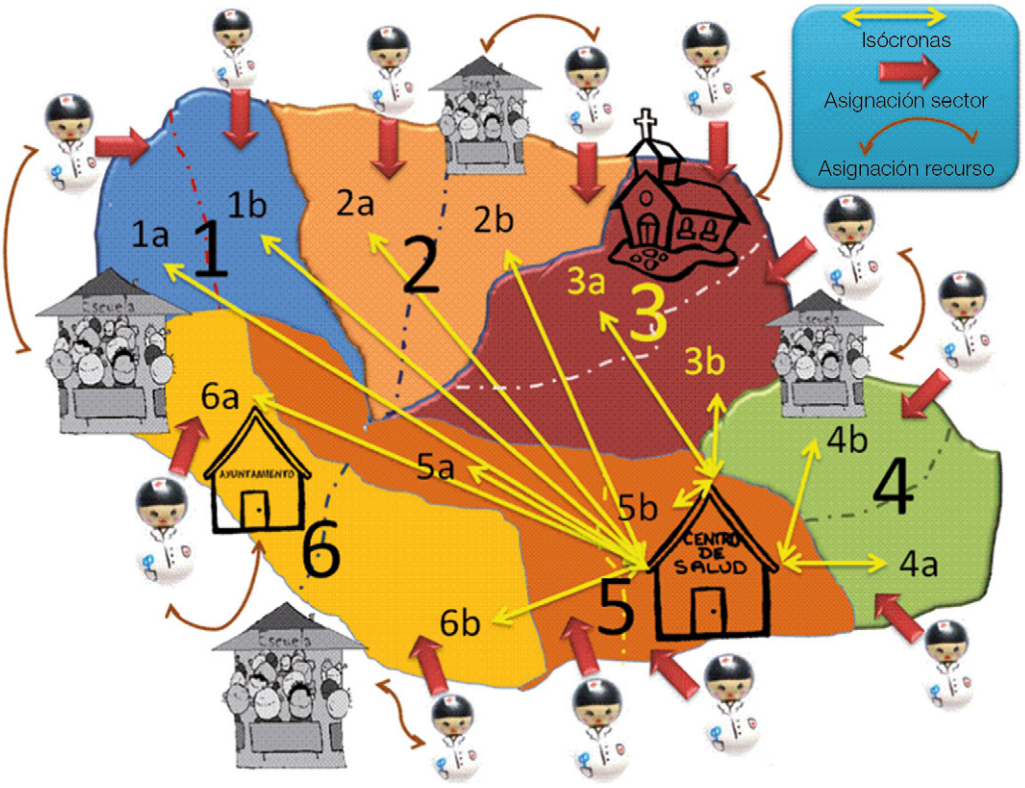


FIGURA 95-1. Representación de sectorización de una zona básica de salud.

la ubicación del centro de salud estableciendo isócronas de distancias en tiempo y población, que permitían corregir las cargas de trabajo por mayor tiempo de desplazamiento desde el centro de salud a un sector determinado.

- Una vez ajustadas las delimitaciones geográficas y la asignación de poblaciones de los sectores, se procedía a la partición de cada uno de los sectores en dos. Esta distribución se hacía con el objeto de que cada subsector correspondiese a una de las enfermeras asignadas al sector inicial de tal manera que se pudiesen establecer coberturas en caso de ausencias, bajas no sustituidas, etc.
- Posteriormente se realizaban listados de población y calles por enfermera (se podía dar el caso de que una misma calle perteneciese a diferentes sectores por lo que se detallaban los números de las casas), sobre la base de los censos poblacionales facilitados por los ayuntamientos.
- Se trasladaban a todos los miembros del equipo los listados para que tuviesen conocimiento de la asignación poblacional de cada enfermera a la hora de establecer comunicación o de facilitar la misma con la población.
- Cuando se completaba la sectorización, se trasladaba la información de la nueva distribución a la población a través de cartas personalizadas y de comunicados en los medios de comunicación locales.
- La población asignada a cada enfermera era responsabilidad, en materia de cuidados, de cada una de ellas en todos los aspectos de atención y a todas las edades (niños, adultos y ancianos). Esta distribución obligaba a una nueva organización de la atención tanto en el centro de salud como en la comunidad ya que la enfermera debía prestar cuidados personalizados a todas las personas de su sector con independencia de la edad y del

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

programa en el que estuviesen incorporados (niño sano, mujer, adulto, anciano frágil, etc.).
- Las actividades comunes (inyectables, curas no programadas, extracciones, etc.) eran atendidas por todas las enfermeras en horarios concretos, independientemente del sector al que perteneciesen. Asimismo, la atención a la urgencia era prestada por las enfermeras de guardia en cada caso.
- Cada enfermera debía presentarse como referente en los recursos comunitarios que le hubiesen sido asignados. Esta asignación no significaba que la enfermera tuviese que dar respuesta a todas las posibles demandas del citado recurso. Ella como referente del equipo debía identificar o recoger la/s necesidad/es y trasladarlas al equipo para, de manera conjunta y multidisciplinar, poder dar la mejor respuesta posible. Actuaba, por tanto, de referente, enlace y coordinadora/facilitadora entre el recurso comunitario y el centro de salud.
- Los registros de actividad eran individualizados (salvo los correspondientes a las actividades comunes y las urgencias) para cada enfermera.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA SECTORIZACIÓN

Su puesta en marcha, como ya se ha comentado, estuvo marcada por la polémica. Por una parte los médicos, y sobre todo los pediatras, argumentaban que perdían «su enfermera» y que resultaba muy difícil poder comunicarse con todas las enfermeras al no coincidir sus cupos con los sectores. En este sentido, en aquellos equipos de nueva constitución se llevaba a cabo la sectorización para todos los profesionales, de tal manera que se hacían coincidir los cupos médicos con los sectores de enfermería, lo que eliminaba el principal argumento utilizado en su contra. A pesar de ello siguieron oponiéndose con nuevos, aunque débiles argumentos, como el de la libre elección de médico (que siendo cierto representaba una casuística residual —no más del 5% en los casos de más demanda— que era perfectamente asumible y no repercutía en la organización por sectores).

Por otra parte, las propias enfermeras no acababan de ver claro el nuevo modelo organizativo y algunas de ellas adoptaron posturas de clara resistencia.

La población por su parte identificó una mejora en la nueva organización al identificar más claramente a su enfermera y ser atendida en todo su proceso por la misma profesional, tanto a nivel individual como familiar.

El problema estuvo en que su implantación fue irregular y adoleció, en muchos casos, de la necesaria información a los equipos que contrarrestase la resistencia ante el cambio. En cualquier caso, fue un modelo que en los lugares en los se implantó de manera gradual y con el consenso del equipo funcionó con éxito, generando satisfacción en las enfermeras, que veían incrementada su autonomía y reconocida su aportación específica, en el resto de profesionales del equipo, ya que se generaba un flujo importante de comunicación y favorecía el trabajo en equipo, y para la población, que era atendida de manera integral.

Con el tiempo, como respuesta a las persistentes protestas del colectivo médico y a la pasividad de muchas enfermeras, el modelo fue siendo sustituido de nuevo por las UBA a pesar de que existen estudios que demuestran su eficacia y, sobre todo, su eficiencia con relación a otros modelos organizativos. Por último, decir que son muchas más las ventajas que ofrecía la sectorización que los inconvenientes (alguno de los cuales eran ventajas potenciales) (fig. 95-2 y tabla 95-1).

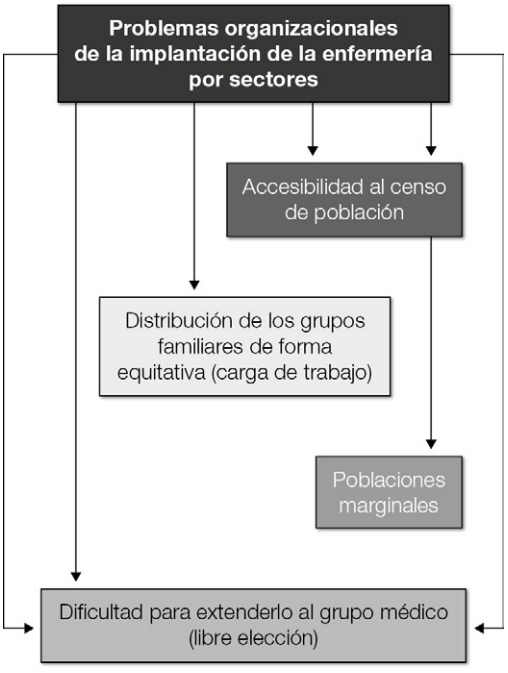


FIGURA 95-2. Problemas de la sectorización.

TABLA 95-1. Ventajas e inconvenientes de la sectorización

Ventajas	Inconvenientes
• Asignación de población por enfermera • Delimitación geográfica de su campo de actuación • Mayor autonomía profesional • Atención holística: integral, integrada e integradora a personas, familias y comunidad • Mejor identificación de los recursos comunitarios • Mayor facilidad para la identificación de necesidades de salud • Mejor cobertura de las demandas/necesidades • Delimitación de la responsabilidad; permite la planificación de objetivos individualizados • Favorece la atención continuada a lo largo de todo el ciclo vital • Reduce la concentración de actividad en el centro de salud/consulta de enfermería (nicho ecológico de las enfermeras) • Facilita el desarrollo de intervención comunitaria (visita domiciliaria, acciones comunitarias: escuelas, asociaciones, etc.) • Visibiliza la acción propia enfermera • Permite la identificación de la enfermera como referente en la comunidad y enlace con el centro de salud • Facilita la gestión de recursos • Racionaliza la asignación de enfermeras sobre la base de criterios poblacionales y de necesidades • Reduce costes en la atención prestada • Ahorra tiempos de desplazamientos • Potencia el trabajo en equipo	• Dificulta la comunicación con los médicos al no coincidir el sector con el cupo médico y tenerlo que hacer con todos los médicos del equipo (este inconveniente es potencialmente una ventaja al obligar a una comunicación más activa entre todos los miembros del equipo) • Rompe la unidad básica de atención (médico/enfermera) con lo que la población asignada al sector enfermero es atendida por diferentes médicos (este inconveniente se solventaba con la coincidencia del sector enfermero con el cupo médico) • Reduce la atención «especializada» (fragmentada por subprogramas: niño sano, diabetes, HTA, etc. —facilita, por tanto la atención integral —) • Resulta difícil (a pesar de las variables correctoras) compensar las cargas de trabajo en los diferentes sectores • Complejiza la organización y distribución del tiempo

A pesar de lo dicho en algunos centros (sobre todo en los que se hizo una adecuada implantación), sigue vigente la sectorización con algunas variantes en su funcionamiento.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aaltje PDJ, Hein PJ van H, Harm WJ van M, Giel N, Martine C de B, Judith EB, et al. (Cost)-effectiveness of case-management by district nurses among primary informal caregivers of older adults with dementia symptoms and the older adults who receive informal care: design of a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2005;5(1):133.

Audit Commission First Assessment-a review of district nursing services in England and Wales. Inglaterra: Belmont Press; 1999.

Freeman S, Shelley G, Gay M, Ingram B. Measuring Services: a district nursing dependency tool. Nursing Standard. 1999;11–13(47):39-41.

Glasser M, Holt N, Hall K, Mueller B, Norem J, Pickering J, et al. Meeting the needs of rural populations through interdisciplinary partnerships. Fam Community Health. 2003;26(3):230-45.

Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2–3):177-85.

Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care and primary health care. Amer J Public Health. 2005;95(5):757.

Kinnersiey P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting «same day» consultations in primary care. BMJ. 2000;320:1043-8.

Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, Smith H. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomized controlled trial. BMJ. 2000;320:1053-7.

Martínez Riera JR. Atención Primaria de Salud en España. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Enfermería y atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 41-73.

Martínez Riera JR. Gestión de centros de salud. ¿Es posible la reforma? Revista Centro de Salud. 2000(8);7:419-24.

Martínez Riera JR, Martínez Cánovas P. Análisis de la actividad de enfermería en atención primaria del Área 17 de Salud de Elda. Revista Cuadernos de Gestión. 1998;4(3):152-5.

Mullan F, Phillips RL, Kinman EL. Geographic retrofitting: a method of community definition in community-oriented primary care practices. Fam Med. 2004;36(6):440-6.

Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. Gerontologist. 2002;42:356-72.

Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomized controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ. 2000;320:1048-53.

Vidal Blanco G. Millet Pellicer I. La sectorización de la comunidad: una alternativa como instrumento de planificación. Enferm Integral. 2002;60:37-40.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 9 6

Sexualidad humana

Enrique Oltra Rodríguez

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la sexualidad?, sencilla pregunta que no tiene una respuesta fácil. La sexualidad es una realidad compleja y como tal no tiene una definición monolítica con unas cuantas palabras, no puede ser definida desde un solo punto de vista ni desde un solo paradigma científico.

Definir la sexualidad es algo que viene ocupando a pensadores, científicos, artistas, religiones, organizaciones humanas… desde el principio de los tiempos. Platón, en su obra *El Banquete,* pone en boca del personaje Aristófanes la teoría de los seres cortados para tratar de explicar lo que es la sexualidad y el amor. Maurice Merleau-Ponty, filósofo fenomenólogo francés, dijo: «Un hombre sin sistema sexual es tan incomprensible como un hombre sin pensamiento. Hay ósmosis entre sexualidad y existencia, la sexualidad es todo nuestro ser».

La World Association for Sexology (WAS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su pronunciamiento de 2002, comparten el concepto de salud sexual y lo definen como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.

Recientemente en España se ha publicado la ley de salud sexual y reproductiva, donde se define la salud sexual como el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.

La sexualidad es una constante en la vida del ser humano desde que nace, e incluso desde antes, hasta su último momento. Tiene que ver con la forma de vivir, de construirse y de expresarse por el mero hecho de ser sexuado. En los seres humanos es sexuado desde el código genético y la función fisiológica celular más básica, hasta la percepción, el pensamiento o la forma de relacionarse y construir cultura y sociedad.

La expresión sexual como necesidad básica está presente en todas las etapas vitales de la persona, pero en cada una sus manifestaciones serán específicas y diferenciadas. Evidentemente no es lo mismo la necesidad de autoexploración y autoconocimiento genital de un niño o una niña de 2 años que la utilización de la sexualidad como elemento de afirmación de la identidad en la adolescencia, o la necesidad de afecto y contacto físico en una persona aquejada de una enfermedad grave. Todas ellas son algunas de las infinitas manifestaciones posibles encaminadas a cubrir esta necesidad y es un error, frecuentemente repetido, el utilizar como *gold standard* o patrón de referencia de la sexualidad las vivencias sexuales de una persona adulta conviviente en pareja estable y además heterosexual.

Sabemos que la sexualidad vivida satisfactoriamente es una fuente de energía y armonía para la persona, potencia el amor a la vida y la actitud positiva hacia sí mismo, los demás y el entorno. En definitiva, sexualidad y salud están íntima e indisolublemente unidas.

Es por ello que llama la atención que el conocimiento científico del hecho sexual humano haya sido uno de los más tardíamente desarrollados en comparación con otras áreas del conocimiento, y a día de hoy aún quedan múltiples aspectos por investigar y esclarecer. Asimismo, las ciencias de la salud han vivido de espaldas a la sexualidad humana, ni los profesionales tienen una formación reglada en este aspecto. La

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

sexualidad no se integra en la atención sanitaria en los procesos de salud y enfermedad.

La perspectiva que las ciencias de la salud tienen acerca de la sexualidad ha sido y aún sigue siendo absolutamente reduccionista, limitándose a su vertiente más biológico-somática. Se la percibe como una real y no potencial fuente de problemas de salud, y de esta percepción surgen los mensajes preventivistas que desde el mundo sanitario se lanzan a la población partiendo exclusivamente del miedo a los posibles efectos indeseables del uso inadecuado de la actividad sexual. En ningún caso se contempla el placer como una aspiración humana y una entidad en sí mismo, ni la gestión de dicho placer como una estrategia en la educación para la salud eficiente también en la prevención de los potenciales riesgos. No es infrecuente observar más influencias de la moral y la ideología dominante en cada momento y en cada lugar, que de la evidencia científica.

A pesar de que solo una mínima parte de las manifestaciones sexuales en el ser humano actual están encaminadas a la reproducción y perpetuación de la especie, la atención sanitaria hacia la sexualidad aborda casi de forma exclusiva la vertiente reproductiva de la misma y actualmente también ha polarizado su enfoque hacia las situaciones de violencia que la sexualidad y la relación entre los géneros sufren. Ambos aspectos, la reproducción y la violencia de género, son de gran trascendencia y deben tener respuesta adecuada en los servicios de salud, aunque no serán objeto de atención en el presente capítulo.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA EN EL ÁREA DE LA SEXUALIDAD HUMANA

En la actualidad, pocos son los profesionales de la salud que integren sistemáticamente la atención sexual en su actividad normalizada, las causas las podemos encontrar en la falta de formación específica en los currículos tanto básicos como de especialización, en la orientación biologicista e individual de la atención sanitaria y en que tanto pacientes-usuarios como profesionales aún se encuentran imbuidos en el tabú sexual que preside las relaciones formales y profesionales en la cultura occidental, lo cual provoca una cierta conspiración del silencio en las relaciones terapéuticas que se establecen.

Para afrontar una relación de ayuda integrando el área de la sexualidad se debería disponer de:

- Capacitación.
- Conocimientos del hecho sexual humano, de la llamada respuesta sexual, del proceso evolutivo, de las necesidades sexuales en cada etapa de la vida, de la influencia de los procesos patológicos y los diversos tratamientos, etc.
- Habilidades fundamentalmente comunicativas.
- Actitudes positivas hacia la sexualidad, de respeto hacia la diversidad sexual y hacia la individualidad evitando estereotipos, de no enjuiciamiento ni de proyección de las propias experiencias y posiciones.
- Disponibilidad: interés, accesibilidad, cercanía y empatía.

Conceptualmente, por ser la sexualidad una realidad multifactorial y por ser sus alteraciones y problemas multicausales, múltiples profesiones y diversos ámbitos se la van a encontrar en su trabajo cotidiano, todas ellas deberían abordar la parte que les corresponde y en ocasiones lo hacen: urólogos, andrólogos, ginecólogos, psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos, médicos de familia, pedagogos, sexólogos, etc.; también enfermeras graduadas, enfermeras especialistas y sin ninguna duda especialistas en enfermería familiar y comunitaria.

Más allá de las competencias genéricas de una profesión o una especialidad, individualmente cada profesional, como en cualquier faceta de su quehacer, en la atención a la sexualidad debe asumir la responsabilidad ética de ser competente para ello y es exigible el compromiso de que cada intervención se ajusta al código deontológico y esté encaminada exclusivamente a la ayuda del paciente, respetando el derecho de confidencialidad de una forma especialmente cuidadosa por estar la sexualidad dentro de la esfera de la intimidad más profunda.

Todas las profesiones citadas y otras más tendrían o deberían tener alguna competencia sobre el abordaje de la sexualidad en situaciones concretas, sin embargo la figura profesional que integra la atención a las personas sanas o enfermas en su entorno familiar y comunitario es la enfermera especialista. La OMS considera que la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

de las interacciones que se producen entre ellos. Asimismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.». En este marco, la enfermera familiar y comunitaria debe integrar el abordaje de la sexualidad de las personas y en las comunidades como una parte consustancial a la atención de las mismas.

En el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, en su apartado 5.5, se recoge «la atención a la salud sexual, reproductiva y de género» detallándose las competencias al respecto y los resultados de aprendizaje esperados.

Hay varias áreas específicas donde, de una forma especial, la enfermera familiar y comunitaria puede y debe intervenir:

- Educación para la salud sexual:
  - Individual en consulta, aquí cabe destacar por su importancia aquellas consultas encuadradas dentro del llamado programa del niño sano, donde la enfermera no solo responderá a las dudas de los padres, sino que proactivamente orientará las diversas actitudes que estos deben mantener para facilitar el desarrollo de una sexualidad positiva. También existe un gran campo de actuación en aquellas consultas en las que se aborden momentos críticos en la vida de las personas (adolescencia, embarazo, puerperio y crianza, climaterio, etc.).
  - Grupal en las escuelas, en institutos de enseñanza secundaria, en instituciones comunitarias, en asociaciones juveniles, de mujeres y de otros tipos, etc.
- Cuando las personas presentan dificultades en el desarrollo o la vivencia sexual.
- En situaciones del proceso salud-enfermedad que afecten a la vivencia sexual o sean afectadas por ella.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

Al igual que sucede en otros aspectos del conocimiento y del comportamiento humano, la educación para la salud sexual (EpSS) siempre ha existido y siempre existirá. Se transmiten valores, opiniones, actitudes, conocimientos, etc. formal o informalmente, implícita o explícitamente, pero se transmiten. Por tanto, la única decisión a tomar es si se plantea la intervención profesional en ese proceso de aprendizaje.

Existen múltiples modelos de EpSS, el mayoritariamente utilizado por los profesionales de la salud es el denominado sanitarista o preventivista, cuya finalidad es el controlar los riesgos para evitar los efectos secundarios no deseados del ejercicio de la sexualidad, fundamentalmente los embarazos no deseados o mejor definidos como no deseables y las infecciones de transmisión sexual. Evidentemente se está entendiendo la sexualidad de forma reduccionista desde la perspectiva del coito entre adultos. La metodología ha sido de exposición de los riesgos y los mecanismos de producción de los mismos, con un cierto componente alarmista y desde una perspectiva fisiológica y descontextualizada.

La EpSS en general y especialmente desde el mundo sanitario no se ha planteado facilitar elementos de reflexión crítica modificadora de actitudes y la adquisición de habilidades negociadoras, de comunicación, de madurez, etc. que posibiliten la construcción de unas expectativas y unas prácticas satisfactorias y de riesgos minimizados. Debería plantearse la gestión del placer y la imbricación de la sexualidad dentro de los afectos, las emociones y el amor como punto de partida.

La OMS, ya en 1982, planteaba: «La educación sexual debe abarcar mucho más que la información. Debe dar una idea de las actitudes, de las presiones, conciencia de las alternativas y sus consecuencias. Debe aumentar el amor, el conocimiento propio, debe mejorar la toma de decisiones y la técnica de la comunicación».

El arquetipo de la EpSS desde el entorno sanitario ha sido el de un profesional transmitiendo conocimientos en un aula al frente de un grupo de alumnos en general adolescentes. La enfermera comunitaria debe asumir el reto de introducir metodologías más participativas, constructivistas y experienciales, y extender la EpSS a todos los grupos etarios y en todos sus contextos comunitarios.

Algunos ejemplos de entornos donde la enfermera especialista debe actuar y donde a día de hoy muchas enfermeras expertas en intervención comunitaria y EpS están llevando a cabo experiencias piloto son:

- La atención a madres y padres recientes: despejando dudas, desmontando mitos e ideas erróneas, abordando estrategias de apoyo

emocional y afectivo, enseñando cómo relacionar positivamente al niño con su propio cuerpo y las sensaciones que de él emanan y lo que es de absoluta trascendencia o potenciando los lazos de apego que condicionarán.
- La EpSS en escuelas e institutos de enseñanza secundaria: huyendo de las intervenciones aisladas y puntuales, incorporándose al equipo docente e introduciendo transversalmente en el currículum los valores de la sexualidad, independientemente de que también se realicen abordajes específicos. Aportando elementos críticos en el aprendizaje y facilitando el entrenamiento en habilidades sociales, de respeto, de negociación, asertividad, etc. entre los niños y adolescentes. Creando espacios donde los jóvenes disfruten individualmente, en parejas o grupos de iguales de la libertad, confianza, respeto e intimidad para que puedan consultar cuantas cuestiones consideren oportunas.
- La consulta individual: con una actitud abierta hacia la sexualidad que los usuarios-pacientes conozcan y perciban y que les facilite la exposición de las consultas que consideren oportunas. Además se deberá tener una actitud proactiva en el abordaje de la sexualidad cuando las personas aborden una etapa vital crítica o cuando una enfermedad o su tratamiento tengan incidencia en su vivencia sexual o viceversa.
- Los grupos de educación para la salud (EpS): de diabéticos o hipertensos, mujeres climatéricas, personas ancianas, mujeres mastectomizadas, padres con hijos discapacitados, etc. donde no sería concebible que se dejasen sin abordar los aspectos sexuales comunes al grupo o a la temática planteada.
- En organizaciones de la comunidad o entes institucionales: asociaciones de mujeres o de jóvenes, grupos de emigrantes, colectivos en peligro de exclusión social, etc. y en otros más se deberá desde una perspectiva constructivista, partiendo de sus realidades y sus construcciones conceptuales, avanzar hacia una sexualidad vivida satisfactoriamente.

La EpS en general y la EpSS en particular deben comenzar a plantearse la evaluación rigurosa de su efectividad, más allá de medir el incremento o la claridad de los conocimientos adquiridos por los discentes, esto hará que se pueda conocer la incidencia de las intervenciones de EpS en la consecución de los objetivos planteados y la eficacia de los métodos utilizados.

SEXUALIDAD, SALUD Y ENFERMEDAD

El cómo resuelvan las personas las necesidades de expresión sexual en cada etapa de la vida incidirá decisivamente en la energía y el equilibrio físico, emocional y social, así como en el bienestar percibido; sin duda y consecuentemente también incidirá en el nivel de salud ateniéndonos a cualquiera de las definiciones holísticas y dinámicas de salud existentes en la actualidad. Por otra parte, las alteraciones en el estado de salud determinarán decisivamente las necesidades sexuales y las posibilidades de experimentarlas. Pues ni en un sentido ni en el otro estos condicionamientos mutuos están suficientemente clarificados a través de investigaciones rigurosas.

La enfermedad implica cambios en los estilos de vida, y dentro de esta también en la sexualidad, que precisará un período de afrontamiento, una aceptación y por último unas adaptaciones necesarias para poder seguir viviendo. En todo este proceso la persona enferma precisa de un acompañamiento profesional que lo facilite, y es ahí donde el rol de la enfermera es determinante.

Desde la toma de conciencia de la importancia que tiene en un diabético un buen control para evitar una futura disfunción eréctil, hasta aceptar los cambios en la propia imagen personal que provocan algunas cirugías, especialmente de áreas con intensa connotación erótica (p. ej., mastectomías), desde las dudas e incertidumbres sobre el cuándo y el cómo reiniciar relaciones sexuales tras un infarto o una cesárea, hasta las sofisticadas técnicas y recursos existentes para afrontar la pérdida que supone ciertas lesiones medulares. Son solo algunos ejemplos en los que la intervención enfermera abordando la sexualidad de estas personas es perentoria.

Algunos datos para la reflexión: más del 50% de los postinfartados muestran preocupación por el futuro de su sexualidad en el momento del alta hospitalaria. Está establecido que un 80% de las personas que han sufrido un infarto podrían recuperar su nivel de actividad sexual previo al infarto, en la realidad esto solo sucede en un 25% de los hombres y en un 15% de las

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

mujeres. Una de cada tres mujeres a las que se les practica una histerectomía y doble anexectomía verán disminuida su libido. Hasta un 50% de los diabéticos sufrirán disfunción eréctil y en muchos casos será el signo que lleve al diagnóstico, hasta un 50% de mujeres mastectomizadas verán empeorada su vida sexual, un 60% de las mujeres puérperas refieren que al alta hospitalaria no saben cuándo ni cómo iniciar sus relaciones sexuales ni coitales, etc.

¿Cuándo hay que explorar la historia sexual u ofrecer consejo sexual? La respuesta es siempre, pero siempre que el profesional esté capacitado y cuando el ambiente, el momento y la relación profesional/paciente así lo aconsejen. Habrá que prestar especial atención cuando:

- El paciente de forma directa o indirecta sugiera alguna alteración o plantee alguna duda.
- Sobre todo cuando el paciente padezca algún problema de salud (diabetes, cardiopatía, etc.), algún cambio vital (embarazo, adolescencia, climaterio, etc.) o algún tratamiento (psiquiátricos, hormonales, etc.) que potencialmente interfieran en su sexualidad.

Alguna de las claves de intervención, muy someramente enunciadas, son:

- El respeto debe ser absoluto y explícito, garantizándose el ambiente de libertad de expresión, la intimidad y la confidencialidad. Para ello es fundamental evitar los enjuiciamientos.
- La intervención debe individualizarse y no estandarizarse, se debe partir de «sus» necesidades y no de las que el profesional considera que debe tener. El respeto a la individualidad y a la libertad debe extenderse incluso hasta aquellas personas que rechacen abordar esta cuestión.
- Se debe partir de un concepto amplio y abierto de la sexualidad y una aceptación incondicional de las diversas opciones, sin prejuicios ni rechazos de ninguna posibilidad, incluyendo aquellas situaciones en que la persona, debido a sus procesos patológicos, es incapaz de obtener placer sexual, pero puede facilitárselo a su pareja y obtener a la vez satisfacción personal aunque no sea en forma de placer sexual.
- Se evitarán actitudes compasivas y el ofrecimiento de soluciones preformadas. Es la persona quien debe encontrar sus propias soluciones y el profesional debe asumir el papel de acompañante facilitador del proceso.
- Se incluirá a la pareja siempre que exista y ambos miembros así lo deseen. El compartir expresión de sentimientos, dudas (sobre ciertas posibilidades y alternativas), temores (como a provocar recaídas), angustias (sobre posibles culpabilizaciones) y búsqueda de soluciones válidas con la pareja, es de gran ayuda.
- Hay situaciones en las que se puede recurrir a grupos de autoayuda en los que sus miembros han pasado con anterioridad por situaciones similares.

DIFICULTADES EN LA VIVENCIA SEXUAL

Otra de las áreas de intervención en salud sexual en el ámbito familiar y comunitario es aquella en las que las personas sufren dificultades para desarrollar plenamente sus expectativas relacionadas con los afectos y el placer, individualmente o en el encuentro de pareja.

Existe una gran diferencia entre el porcentaje de personas que solicitan ayuda a los profesionales de la salud referentes y las que aun precisándola e incluso siendo conscientes de ello, no lo hacen, las razones ya han sido esbozadas con anterioridad. Existen múltiples estudios que dimensionan el problema. Dunn et al. han encontrado que, entre la población de 18 a 78 años, a lo largo de la vida sufrirán problemas sexuales el 54% de los hombres y el 68% de las mujeres. Herrero dice que entre un 50 y un 70% de las parejas sufren disfunciones sexuales, aunque solo entre un 1 y un 10% lo consultan en atención primaria de salud. Otros autores apuntan que el 53% de los pacientes que acuden a un centro de salud refieren problemas sexuales, pero sí quien los atiende hace mención al tema. En cualquier caso la casuística es verdaderamente preocupante y la deficitaria respuesta que se le da desde los servicios de salud aún lo es más.

Se sabe que pocas situaciones suponen más desequilibrio en las persona que la existencia de las llamadas disfunciones sexuales, las cuales son una importante fuente de estrés; a su vez, el estrés provocado agrava el problema y dificulta la búsqueda de soluciones. Si el problema se presenta en una pareja, sus cimientos se tambalean y es una de las causas más frecuentes de ruptura.

Al igual que la enfermedad es antropológicamente una construcción cultural, las llamadas disfunciones sexuales también lo son. Cada sociedad y cada cultura, en cada momento histórico, regulan las vivencias sexuales de forma distinta a través de las costumbres, la moral e incluso las leyes, no existe un código universal de valores respecto a la sexualidad ni tampoco de expectativas, por tanto las disfunciones serán definidas de diferentes maneras según los contextos. Cabe aquí hacer una somera referencia al novedoso concepto de los «inventores de enfermedades» o «etiquetadores de situaciones vitales como entes patológicos», en ocasiones debido a la inercia que establece el paradigma biologicista predominante en la atención a la salud, pero en otras fomentado por oscuros intereses económicos de los «vendedores de remedios».

Hay ciertos problemas que tienen su etiología en alteraciones fisiológicas, otros pueden estar anclados en el complejo proceso de la sexuación dentro de la adquisición del rol vital de la persona y un importante porcentaje serán causados por dificultades o errores en el aprendizaje. Si bien en estos momentos existe abundante información sobre aspectos de la sexualidad, no toda es adecuada; además, siendo la información una premisa necesaria, nunca es suficiente y la formación es mínima o inexistente. Los estereotipos y los mitos difundidos por los medios de comunicación, el cine, la pornografía, etc., no contribuyen a facilitar el camino a los individuos.

Estos estereotipos dificultadores de la satisfactoria vivencia sexual que se presentan a los ojos de las personas, especialmente de aquellas en período de formación o maduración, llevan a conceptos erróneos que marcan las expectativas y el comportamiento sexual, generalmente hacen ser infelices a las personas y a sus parejas. Es necesario desactivarlos mediante la información, el análisis crítico y la formación. Es relativamente sencillo si el profesional tiene la formación suficiente y haciéndolo se resuelve una buena proporción de situaciones disfuncionales que en caso de mantenerse en el tiempo se pueden convertir en problemas más severos y de difícil resolución.

En cualquier acercamiento al asesoramiento sexual se debe partir de dos premisas básicas:

- Ni sexualidad, ni expresión sexual, ni relación sexual son sinónimos de actividad coital. El coito no es el único camino ni la meta del encuentro de pareja.
- El orgasmo no es la meta a perseguir como objetivo único y hasta mágico ni en el encuentro de pareja ni tan siquiera en el coito. Persiguiéndolo ansiosamente solo se consigue que cada vez se aleje más.

De forma caricaturesca, pero que define bien ambos errores, se les ha dado en denominar «coitocracia» y «dictadura orgásmica».

Existen distintos niveles de vivencias disfuncionales en las relaciones sexuales y que requieren distintos niveles de intervención. Se resumen en la tabla 96-1.

TABLA 96-1. Niveles de necesidad e intervención en alteraciones de las relaciones sexuales

Manifestación	Necesidad	Intervención	Abordaje
Preocupación por la «normalidad» de sus comportamientos o fantasías Sufrimiento por estereotipos, mitos o desinformación sexual	Información veraz y permisiva	Educación sexual	Sexólogos y otros profesionales con formación en sexualidad humana
Disfunciones sexuales	Sugerencias, modificaciones de conducta y terapia breve (terapia de Masters y Johnson, Kaplan, Annon, Lo Piccolo, etc.)	Asesoramiento sexual	Sexólogos y otros profesionales con formación específica en sexología y asesoramiento sexual
Alteraciones graves del comportamiento sexual (ciertas parafilias, comportamientos violentos, etc.)	Terapia sexual	Terapia sexual	Sexólogos especializados en estas alteraciones y profesionales de la salud mental especializados en sexología

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

LECTURAS RECOMENDADAS

Berdún L. En tu casa o en la mía. Madrid: Aguilar; 2000.

Berdún L. ¿Qué nos pasa en la cama? Dificultades en las relaciones sexuales. Madrid: Aguilar; 2002.

Cabello-Santamaría F. Guía rápida de intervención en disfunciones sexuales. Madrid: F. Toquero y J. Zarco editores; 2004.

Cabello Santamaría F, Lucas Matheu M. Manual médico de terapia sexual. Madrid: Psimática; 2002.

Carrobles JA, Sanz A. Terapia sexual. Madrid: UNED, Fundación Universidad y Empresa; 1998.

Casado Dones MJ, De Andrés Gimeno B, Moreno González C, Fernández Balcones C, Cruz Martín RM, Colmenar García C. La sexualidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio. Enfermería intensiva. 2002;13(1):2-8.

Castelo-Branco C. Sexualidad humana. Una aproximación integral. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2005.

Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Family Practice. 1988;15:519-24.

Ferrandino Carballo MA, Hernández Navarro M. Sexualidad en pacientes con cáncer. Medicina Paliativa. 2004;11(3):194-7.

Font P. Pedagogía de la sexualidad. Barcelona: Graó; 1990.

Gervás Pérez JJ. Sobre las demandas por problemas sexuales en atención primaria. Semergen. 2001;27(11):557-8.

Gómez Zapiain J. Programa de educación afectivo sexual. (1.er y 2.º ciclo y guía del profesorado). Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del País Vasco; 2000.

Harimaguada. Carpetas didácticas de educación afectivo-sexual. Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Gobierno de Canarias; 1994.

Herrero Mediavilla R. Qué haría usted ante un paciente con disfunción sexual. Medicina Integral. 2002;39(2):56-62.

Humphrey S, Nazaret I. GP's views of their management on sexual dysfunction. Family Practice. 2001;18(5):516-8.

Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. Barcelona: Salvat; 1983.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, 4 de marzo de 2010.

López Sánchez F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. Estella: Verbo Divino; 2001.

López Sánchez F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.

López Sánchez F. Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Reelaboración de cómo planear mi vida. Madrid: Siglo XXI; 1995.

Masters, Johnson, Kolodny. Eros. Los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo; 1996.

Olazabal Ulacia JC, Marcos Valladolid C, López Sánchez F, Fuertes Martín A. Manual de sexualidad en atención primaria. Salamanca: Amaru; 1990.

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

Zarco JM, Gomes-Casseres CB, Repeto CZ. Abordaje de la sexualidad en la consulta del médico de familia: ¿realidad o ficción? Atención Primaria. 2004;34(Extraordin 1):119-55.

C A P Í T U L O 9 7

Sociosanitarios, aportaciones de la gestión de casos

Martín David Millán Cobo, María Dolores Cadaval García
y María del Sol Millán Cobo

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo pasado la población española ha visto crecer, de una forma que no tiene precedentes, tanto los efectivos del grupo de personas con 65 y más años como, sobre todo, el peso relativo de este grupo respecto del total de la población. Así, la cifra de personas con 65 o más años no ha parado de aumentar en el mencionado período y se ha multiplicado por siete, mientras que el total nacional solo se ha duplicado.

En las proyecciones de población realizadas por el INE sobre el censo de España de 2001 se tiene que, en el año 2050, la población de mayores representará casi un tercio del total (concretamente un 30,8%), mientras que la población de 80 o más años supondrá el 11,1% de la población total. Por otro lado, las proyecciones de población de Naciones Unidas para ese mismo año pronostican que España será el segundo país más envejecido del mundo, con un 33,2% de población con 65 años y más, siendo solo superada por Japón con un 37,7%.

Como se recoge en el III Plan Andaluz de Salud, esta tendencia progresiva al envejecimiento de la población será un factor determinante en la próxima década, porque, además de implicar un importante consumo de servicios, las necesidades y la situación de dependencia de los mayores y de personas con discapacidad van a requerir una atención integral, que trascenderá los servicios de salud, suponiendo un aumento de la necesidad de cuidados de salud, sobre todo de los orientados a suplir o compensar la pérdida de capacidad para el autocuidado. A partir de los 75 años, casi la mitad de la población tiene alguna dificultad, aunque sea leve o moderada, para realizar alguna actividad diaria básica o instrumental.

Por otro lado, supone reforzar el espacio sociosanitario, en ese espacio trabajarán estrechamente los profesionales de la salud de la atención primaria, los servicios sociales, los municipios y las organizaciones ciudadanas. Habrán de actuar de forma coordinada e integralmente. Tendrán que identificar las necesidades y dispondrán de capacidad de decisión para gestionar cada caso de forma personalizada y garantizarán que el ciudadano recibe los servicios adecuados a su situación. Esto resulta mucho más necesario, si se tiene en cuenta que las mujeres, que son quienes tradicionalmente asumen el cuidado de los mayores y de las personas con falta de autonomía, desempeñan cada vez menos este papel, debido en gran parte a su incorporación al mercado laboral y a los cambios que se observan en las familias y en las redes de apoyo social. En algunas comunidades autónomas, estos aspectos se han comenzado a abordar, concretamente en Andalucía desde el reciente plan de apoyo a la familia.

ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

Como se ha comentado anteriormente y siguiendo la línea de lo manifestado por del Pino, gran parte de la atención a los problemas de las personas mayores dependientes gira en torno a los profesionales sanitarios de la atención primaria. La atención domiciliaria tiene una importancia múltiple, sobre todo como elemento clave en la identificación de personas en riesgo, la prevención y el retraso en la aparición, el apoyo a las personas cuidadoras y, en general, como facilitador del mantenimiento de la persona dependiente en su medio habitual.

Tanto las mejoras necesarias para la adecuada atención social y sanitaria a la dependencia, en general, como la importancia de la atención sanitaria domiciliaria dentro de estas mejoras, en particular, configuran un escenario con importantes oportunidades de mejora y desarrollo profesional para la disciplina enfermera en este campo de actuación, a la vez que un reto importante. No en

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

vano, nuestros mayores quieren mayoritariamente seguir viviendo en su hogar y gran parte de la atención que necesitan los mayores dependientes está constituida por cuidados de enfermería.

Como prueba de esto último, podemos apreciar que la enfermera: 1) es la principal proveedora de servicios de atención domiciliaria en la totalidad de los países de la Unión Europea, y 2) participa en la evaluación de las necesidades de atención domiciliaria en casi la totalidad de dichos países, siendo en muchos casos (generalmente en aquellos países de larga tradición en atención domiciliaria) el único profesional encargado de dicha tarea. Y como complemento, también sabemos que de las principales medidas puestas en marcha en los últimos años en nuestro país para la mejora del apoyo informal a los mayores dependientes, el desarrollo de la atención domiciliaria es la más valorada.

En la actualidad, España puede clasificarse dentro del grupo de países europeos en los que la atención domiciliaria se encuentra en fase de desarrollo, aunque también hay que reconocer importantes mejoras en los últimos años en lo referente a: estandarización de la práctica, cambio de enfoque desde la enfermedad a la dependencia y el autocuidado, estructuras complementarias de apoyo a los equipos de atención primaria y programas de hospitalización a domicilio (como los equipos de soporte para la atención domiciliaria), así como sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial, como los basados en la figura de la enfermera comunitaria de enlace, en Canarias y Andalucía o en las comisiones de coordinación sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Actualmente, la denominación de enfermera comunitaria de enlace ha cambiado por el de enfermera gestora de casos (EGC).

ENTORNO DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

La gestión de casos tal y como la entendemos hoy en día, se inicia en los EE. UU. en los años cincuenta y sesenta, y en un primer momento se aplica en los casos de salud mental y, un poco más tarde, se utiliza para la atención a personas con situaciones de salud de alto riesgo y alto coste, con el objetivo de mejorar la eficiencia y disminuir la variabilidad, que actualmente conocemos como *case managements,* con desarrollo parecido en otros países (Inglaterra, Países Bajos, Canadá, entre los más conocidos y que han influido más en nuestro despliegue) con perfiles similares, adaptados a nuestros modelos asistenciales de cada territorio.

La enfermería moderna tiene como rasgos distintivos la gestión y continuidad de los cuidados, y ello encaja con la concepción dinámica y progresiva de la planificación.

La accesibilidad y la permanencia de la enfermera en la cabecera de los enfermos pueden acreditarla como una profesional adecuada para gestionar el proceso de planificación anticipada. Gestionar es facilitar, dar entrada, procurar que todos, médicos, enfermeras, pacientes, familiares, representantes, servicios sociales o sociosanitarios, ayuntamientos, ONG y servicios privados, participen en un proceso deliberativo acerca de las preferencias y los valores del paciente sobre su proceso de salud (fig. 97-1).

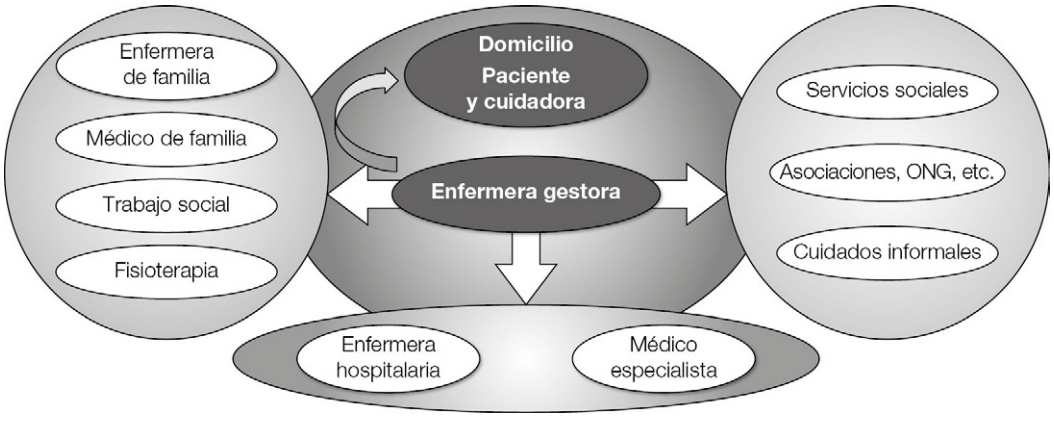


FIGURA 97-1. El entorno.

Esta figura profesional surge para dar respuesta a las necesidades que presentan ciertos grupos de población que comparten algunas características comunes, como enfermedades crónicas, degenerativas o invalidantes, un alto nivel de dependencia en los cuidados básicos, y la intervención de profesionales de diferentes ámbitos asistenciales con riesgo de fragmentar y dispersar los objetivos asistenciales como bien dicen Barrio et al. Con frecuencia se trata de pacientes que precisan la utilización de recursos de diferente procedencia sanitaria y social y que, por tanto, deben ser coordinados para conseguir el mayor bienestar para el paciente y la aceptabilidad de costes para el sistema. Sobre la base de lo anteriormente referido, las enfermeras gestoras de casos deben poseer un perfil profesional, para desempeñar su papel en relación con las expectativas de los ciudadanos y de los servicios sociosanitarios, dichas cualidades son: 1) motivación para desempeñar un trabajo de coordinación y de planificación integral de cuidados; 2) destreza en las actividades de cuidado que requiere el grupo de población al que se dirige y al que debe conocer muy bien; 3) estar bien informadas de los recursos disponibles —sociales, sanitarios, legales, etc.— y saber utilizarlos según las necesidades del paciente; 4) capacidad de trabajar en equipo respetando la misión de otros colegas, y 5) hacerse respetar por los otros miembros del equipo.

Este perfil profesional de la EGC de atención domiciliaria se describe sobre la base de las competencias a desarrollar, estas a su vez se definen en niveles graduales de progresión, de acuerdo con el nivel de complejidad que adquiere el desempeño o la función propuesta. En este sentido cabe destacar la descripción utilizada en el Reino Unido para la gradación de niveles competenciales (cuadro 97-1).

En el caso de la EGC se propone el nivel competencial 5, ya que la complejidad y variedad de toma de decisiones implica la elaboración de juicios, intervenciones y evaluaciones en las que se requiere un alto grado de autonomía y responsabilidad; este perfil profesional que fundamenta la gestión de casos es definida por la Case Management Society of America como: «Un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos».

CUADRO 97-1. Gradación de niveles competenciales

Nivel 1

Competencia en la realización de una variada gama de actividades laborales, en su mayoría rutinarias y predecibles.

Nivel 2

Competencia en una importante y variada gama de actividades laborales, llevadas a cabo en diferentes contextos. Algunas de las actividades son complejas o no rutinarias y existe cierta autonomía y responsabilidad individual. A menudo, puede requerirse la colaboración con otras personas, quizás formando parte de un grupo o equipo de trabajo.

Nivel 3

Competencia en una amplia gama de diferentes actividades laborales llevadas a cabo en una gran variedad de contextos que, en su mayor parte, son complejos y no rutinarios. Existe una considerable responsabilidad y autonomía y, a menudo, se requiere el control y la provisión de orientación a otras personas.

Nivel 4

Competencia en una amplia gama de actividades laborales profesionales o técnicamente complejas llevadas a cabo en una gran variedad de contextos y con un grado considerable de autonomía y responsabilidad personal. A menudo, requerirá responsabilizarse por el trabajo de otros y la distribución de recursos.

Nivel 5

Competencia que implica la aplicación de una importante gama de principios fundamentales y técnicas complejas en una amplia y a veces impredecible variedad de contextos. Se requiere una autonomía personal muy importante y, con frecuencia, gran responsabilidad respecto al trabajo de otros y a la distribución de recursos sustanciales. Asimismo, requiere de responsabilidad personal en materia de análisis y diagnósticos, diseño, planificación, ejecución y evaluación.

PLAN DE ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS

En este apartado se desarrolla el plan de trabajo propuesto por el Servicio Andaluz de Salud que realizan las enfermeras gestoras teniendo

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

en cuenta la población de referencia a tratar, los objetivos a alcanzar y las intervenciones para cumplir los mismos.

POBLACIÓN DE REFERENCIA O DIANA

La población diana se compone de todas aquellas personas susceptibles de recibir atención a domicilio que, por la complejidad de su proceso o situación de salud, requieran la puesta en marcha de elementos de coordinación con diferentes profesionales y de la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que dé respuesta a sus necesidades de cuidados y a las de su cuidadora.

Se compone de los siguientes grupos de personas:

- Personas inmovilizadas o grandes discapacitados.
- Personas inmovilizadas o grandes discapacitados menores de 65 años.
- Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos.
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio.
- Personas cuidadas en instituciones.
- Cuidadoras principales de este tipo de pacientes.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos de atención de las EGC en atención primaria son los siguientes:

- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.
- Facilitar la mejora de la atención domiciliaria al equipo de atención primaria.
- Mejorar la coordinación del equipo de atención primaria con la red social.
- Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
- Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado.
- En definitiva, para lograr estos objetivos se debe potenciar y mejorar la atención a las personas susceptibles de atención domiciliaria.

INTERVENCIONES

Las intervenciones recomendadas para dar cumplimiento a los objetivos son las siguientes:

Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión

Captación activa, junto con otros miembros del equipo de atención primaria de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria.

Para facilitar la búsqueda de casos, garantizando que el servicio de atención domiciliaria llegue a todo aquel que lo necesite, se recomienda seguir la siguiente secuencia sistemática de captación activa:

- Personas que reciben atención en el domicilio desde servicios sanitarios y/o servicios sociales.
- Personas mayores de 80 años incluidas en programas de atención a crónicos.
- Personas mayores de 80 años no incluidas en los programas anteriores.
- Personas de 75-79 años incluidas en programas de atención a crónicos.
- Personas de 75-79 años no incluidas en los programas anteriores.
- Personas de 65-74 años incluidas en programas de atención a crónicos.
- Personas de 65-74 años no incluidas en los programas anteriores.
- Personas que acuden a consulta de las enfermeras.
- Personas que acuden a consulta de otros profesionales distintos a la enfermera.

Se revisarán estos grupos de personas en las fuentes de captación que a continuación se detallan:

- Base de datos de usuarios del Servicio Andaluz de Salud.
- Registros de visitas domiciliarias.
- Historia de salud del paciente.
- Censos poblacionales.

Se impulsará la atención integral a las necesidades de cada persona captada, por todos los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, directamente y/o de forma complementaria en todos los casos necesarios. Se realizará una valoración integral, por patrones funcionales

o por necesidades básicas humanas, apoyándose en instrumentos para la valoración y posterior establecimiento de un plan de cuidados específico que ha de ser propuesto a los profesionales de referencia del paciente y/o cuidadora, responsable del seguimiento en el domicilio de estos.

Toda la información recogida, los problemas detectados, la planificación de las intervenciones, su seguimiento y posterior evaluación han de ser registrados, teniendo como soporte la historia de salud del paciente.

Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes

Captación de las cuidadoras principales de todas las personas incluidas en atención domiciliaria. Esta captación se realizará a partir del censo de pacientes elaborado con anterioridad por la EGC en atención primaria.

Se impulsarán medidas que mejoren la atención integral a las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Se establecerán planes conjuntos con los miembros del equipo de atención primaria y otros profesionales de referencia del paciente para la captación y el seguimiento de las cuidadoras. Cada cuidadora deberá ser valorada desde una perspectiva integral de la misma forma que el paciente y se propondrá un plan de intervención específico.

Se ofrecerá formación de apoyo al cuidado y apoyo emocional para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Esta formación podrá tener formato tipo taller, pudiéndose impartir, conjuntamente con las enfermeras de familia, otros profesionales del equipo de salud y otros profesionales que puedan colaborar, equipos de salud mental de distrito, trabajador social, fisioterapeuta, asociaciones, etc.

El aspecto individual será cubierto de forma concreta en cada uno de los casos, por parte de los profesionales de referencia de la cuidadora, según sus necesidades específicas.

Se fomentarán redes de apoyo, formales e informales, para las cuidadoras principales de las personas incluidas en la atención domiciliaria.

Partiendo del análisis de la realidad de la zona (asociaciones de vecinos, Cáritas, instituciones de religiosas, ONG, etc.), las EGC en coordinación con las trabajadoras sociales identificarán personas claves que puedan ayudar al desarrollo de las actuaciones específicas de apoyo a las cuidadoras.

Facilitar la mejora de la atención domiciliaria al equipo de atención primaria

Participarán en actividades de formación conjunta con los profesionales de los equipos de atención primaria. Asimismo, también lo harán en las actividades programadas de formación en el distrito donde desarrolle su trabajo como EGC en atención primaria:

- Sesiones específicas sobre la organización de la atención domiciliaria.
- Sesiones clínicas con el fin de compartir información relevante y revisar el plan de intervención con el equipo de atención primaria.
- Revisión de protocolos, programas, procesos, etc.
- Realización y puesta en marcha de guías de actuación compartida.

Consensuarán modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.

Las EGC en atención primaria utilizarán de manera sistemática una metodología de trabajo en domicilio, que incluya:

- Estructura estándar de valoración, apoyada en cuestionarios, test e índice específicos para la misma.
- Identificación de problemas más prevalentes en atención domiciliaria NANDA, NOC y NIC con los pacientes y las cuidadoras.
- Documentos de referencia para devolución de casos, que proporcionen información relevante y los elementos de coordinación para llevar a cabo el plan de cuidados.

Mejorar la coordinación del equipo de atención primaria con la red social

Las EGC en atención primaria realizarán, junto con la trabajadora social, aquellas acciones necesarias para:

- Colaborar en la búsqueda de las redes sociales de la zona y la realización de una guía de recursos sociocomunitarios de la misma.
- Colaborar en los diseños de protocolos de actuación conjunta del equipo de atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Realizar actuaciones concretas con las redes informales tales como: colaboración con asociaciones de cuidadores informales, ONG, promoción de redes de acompañamiento con voluntariado, etc.

Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales

Las EGC en atención primaria serán un referente para las enfermeras de hospitalización en relación con la continuidad de cuidados, junto con el coordinador de cuidados de enfermería.

Planificarán altas hospitalarias, desplazándose a los centros hospitalarios para conocer la situación del paciente y su familia, y promover desde el hospital la planificación de los cuidados en su domicilio.

Se coordinarán con las enfermeras de los equipos de salud mental para la puesta en marcha de mecanismos para el desarrollo de programas de cooperación entre ambas como: programas de interenlace, formación y asesoramiento.

Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado

Realizarán la valoración y petición de ayudas técnicas teniendo como referencia el protocolo de asignación de dicho material.

Colaborarán en la recuperación de otros materiales de ayuda de atención domiciliaria.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aluja E, Pilar M. La tan mitificada gestión de casos. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2009;1(3):6.

Barrio I, Simón P, Pascau M. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. Enfermería Clínica. 2004;14(4):235-41.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 137/2002 de apoyo a las familias andaluzas. 2002;52:7127-34.

Bryan B, Dickerson D, Fleming M, Gholston L, Thompson L. Nursing case management: affecting quality and cost. Hospital material management quarterly. 1994;16(2):63.

Case Management Society of America (Ed.). Standards of Practice for Case Management. 2010. [Consultado el 29 de enero de 2011]. Disponible en:http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf.

Consejería de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2003.

Del Pino R. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. [Tesis leída en la Universidad de Jaén]. 2010.

Del Pino R, Martínez J. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. Revista de Administración Sanitaria siglo XXI. 2007;5(2):311-37.

Duarte G, Izquierdo M, Pérez G, Artiles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. Index de Enfermería. 2001;32(33):87-9.

Ferrer C. Buscando al profesional más idóneo. Tribuna Sanitaria. 2003;6:10-1.

Hutten J, Kerkstra A. Análisis comparativo de los diferentes sistemas de organización y financiación de la atención domiciliaria en Europa. En: Contel JC, Gené J, Peya M (eds.). Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.

IMSERSO. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. 2004. [Monografía en internet]. [Consultado el 30 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-situacion-01.ppt.

INE. INEBASE. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población y viviendas 2001. 2002. [Consultado el 27 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe242&file=inebase&L=.

NCVQ. Las titulaciones profesionales en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Londres: 1995.

OIT. Las 40 preguntas más frecuentes sobre competencia laboral. 2004. [Consultado el 15 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/papel/13/index.htm.

Sancho M, Abellán A, Pérez L, Miguel J. Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid: IMSERSO; 2002.

Servicio Andaluz de Salud. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. [Monografía en internet]. 2004. [Consultado el 30 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf.

Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. 2.ª ed. 2004. [Consultado el 10 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/.

Servicio Andaluz de Salud. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria. [Monografía en internet]. 2007. [Consultado el 20 de septiembre de 2009]. Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.pdf.

C A P Í T U L O 9 8

Sociosanitario, espacio

Juan José Tirado Darder

INTRODUCCIÓN

Definir el espacio sociosanitario resulta de entrada difícil. Para ello nos tendríamos que hacer la siguiente pregunta: ¿existe el espacio sociosanitario?

En el momento de escribir este capítulo surgía el siguiente titular: «Sanidad pone fecha para definir el espacio sociosanitario»;[1] por lo tanto, ¿aún no está definido de forma oficial? La noticia continúa diciendo: «La ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, anuncia la celebración el próximo día 24/3/2010 una conferencia de consejeros de Sanidad y Bienestar Social de las comunidades autónomas parar sentar las bases de un nuevo modelo».

Durante las últimas décadas, tanto en España como en el resto de países desarrollados de nuestro entorno se ha producido un envejecimiento de la población (fig. 98-1). El porcentaje de personas mayores de 65 años ha superado el doble en las últimas cuatro décadas, y sus necesidades asistenciales no son solo problemas de salud, sino también de dependencia. Sin embargo, la dependencia no es exclusiva de las personas mayores, se incluyen también otros colectivos como grandes discapacitados, enfermos crónicos, terminales y todos aquellos en los que se genera una pérdida de autonomía. El espacio común sociosanitario es la coordinación entre la asistencia médica y social de los cuidados a las personas con dependencia.

Es preciso aclarar que en el extracto del artículo anterior y por parte de una gran mayoría de los que opinan o escriben sobre la dependencia se tiende a hablar del espacio sociosanitario desde un aspecto siempre ligado a la medicina, cosa que genera un error de base, al volver a supeditar solo a la pérdida de la salud lo social. Este argumento no es válido, ya que ni todo lo social es sanitario ni todo lo sanitario es social, lo que nos hace entender que realmente sí que existe una tierra de nadie, que se denomina espacio sociosanitario, al ser un espacio que, como indicamos, no es ni una cosa ni la otra y que a su vez integra muchos de los aspectos de ambas áreas y donde no solo la medicina es un agente solucionador.

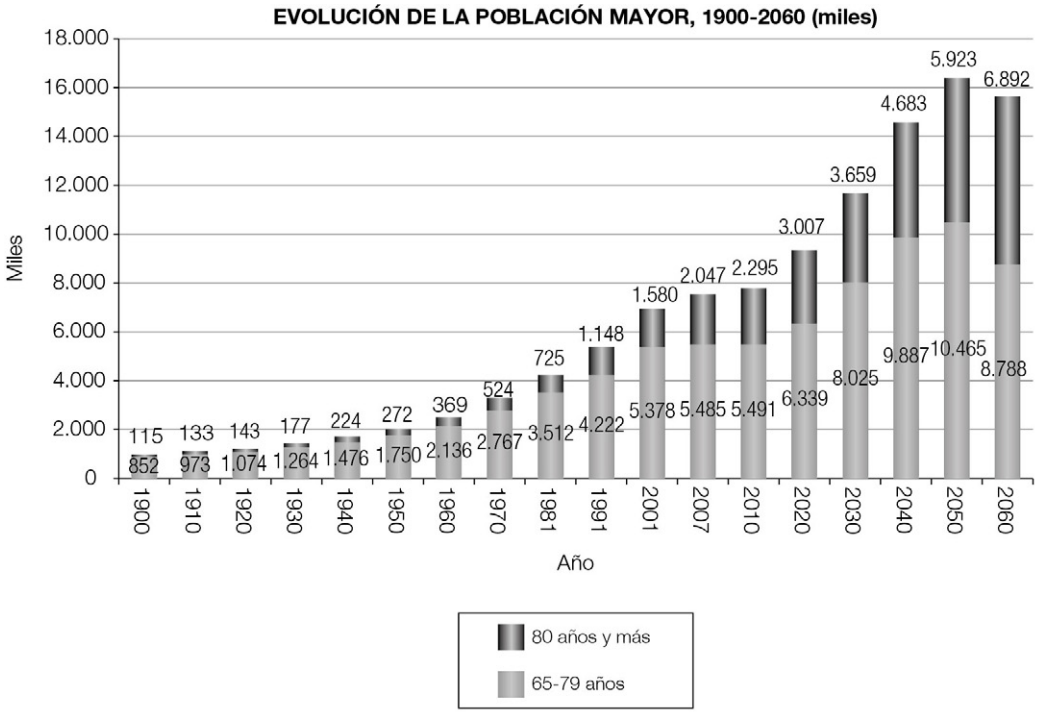
Lo que a nivel general resulta imprescindible es definir este espacio como algo interconexionado con sus dos lados, el social y el sanitario, y esto hoy en día es una obligación ineludible y cada día más urgente, para dar respuesta a la mayor parte de las necesidades que nuestra actual sociedad precisa, y que se está traduciendo en una demanda continua de recursos personales e institucionales.

Esta necesidad ha tenido un crecimiento desmesurado a causa de los siguientes factores:

- Aumento de la esperanza de vida, que conlleva, entre otros aspectos, un incremento importante de la población mayor que ya demográficamente se predecía, pasando de ser una imagen gráfica de pirámide poblacional, a un hongo poblacional (fig. 98-2).
- Escasas retribuciones sociales, insuficientes para mantener el poder adquisitivo desde el cambio a la moneda única europea.
- Modificación del sistema de vida, potenciando un modelo de atención muy medicalizado sobre la base de la cultura sanitaria y la gratuidad del sistema.
- Cambios en la estructura social, incremento de la mujer en el mercado laboral con una modificación importante en los roles de la unidad familiar, pasando de ser la mujer la encargada de los cuidados a ser ajena en gran parte a los mismos debido a ese cambio estructural, pasando de un modelo troncal de familia a un modelo nuclear.
- Insuficiente o inexistente apoyo familiar, en gran parte por el cambio en los conceptos

[1]Los Desayunos Informativos de Europa Press. Marzo, 2010.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos



* De 1900 a 2007 los datos son reales; de 2010 a 2060 se trata de proyecciones.

Fuente: INE. INEBASE:
1900-2001: cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
2007: revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2007.
2010-2060: proyecciones de la población calculadas a partir del censo de población de 2001. Escenario 1.

FIGURA 98-1. Evolución de la población mayor, 1900-2060.

educacionales y por generalizarse la idea de que el Estado debe proveer de los recursos necesarios.

- Nuevas formas de enfermar con diferentes necesidades en los procesos de tratamientos, que han mejorado y encarecido el sistema, cuidados paliativos, medicina preventiva, cronicidad, causas multifactoriales y, sobre todo, el aumento espectacular de las enfermedades neurodegenerativas, que van implantándose de forma progresiva y definitiva en la persona que las padece y en la unidad familiar.
- Mala utilización de los recursos sanitarios y sociales, que no consiguen estar parejos en innumerables ocasiones a las necesidades reales del individuo.
- Falta de control burocrático y permisibilidad política que favorecen las privatizaciones.
- Aprobación de la ley de la dependencia, con una falta de información generalizada y desconocimiento de que la misma es una ley para el mantenimiento del estado del bienestar, no para recibir nuevas prestaciones económicas.

Ante este limbo sociosanitario, lo que la sociedad solicita y es necesario ofertarle es una ventanilla única, donde pueda pasar sin problemas de una necesidad sanitaria a una social o viceversa, cuando se tienen distintas necesidades; así pues, se debe procurar por parte de los gestores una atención integral y la misma debe ser potenciada desde el entorno habitual, tal como viene reflejado en la llamada ley de la dependencia.

Resolver este problema pasa por modificar aspectos educativos respecto a la responsabilidad

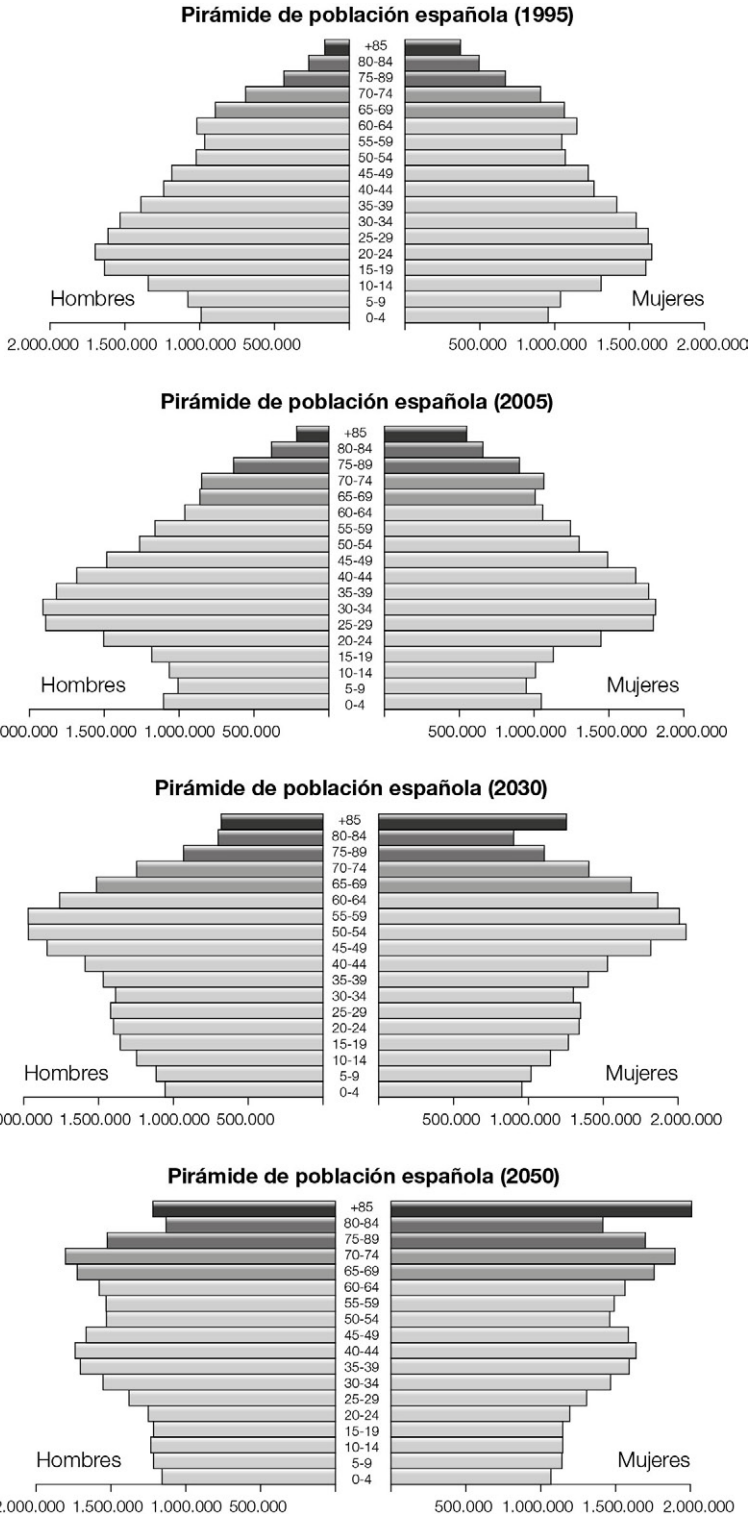


FIGURA 98-2. Variaciones de la pirámide poblacional. *(Fuente: http://geocia.files.wordpress.com/2009/04/piramide.jpg.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

social, y también organizativos y de control, como podía ser la asunción de competencias conjuntas de las distintas consejerías de bienestar social de cada autonomía u otra posibilidad acertada y ya realizada en algunas de estas, como es la absorción por parte de la consejería de sanidad de la responsabilidad total de la dependencia, haciendo desaparecer el otro ente y reubicando a todo su personal con una nueva planificación, ofreciendo:

- Ventanilla única.
- Un sistema de información universal.
- Una planificación multidisciplinar.

¿QUÉ PUEDE O DEBE HACER LA PROFESIÓN ENFERMERA EN ESTE DESARROLLO?

La **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, es muy clara en su artículo 7.** Diplomados sanitarios, donde indica que:

> «1. Corresponde, en general, a los diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.
>
> 2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica, corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel diplomado las siguientes:
>
> *a. Enfermeros*: **corresponde a los diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades** […].»

En correspondencia a esta ley, y a la denominada ley de la dependencia, el enfermero debe asumir un papel de gestor, planificador, derivador y resolutivo, con el apoyo de las instituciones y con el beneplácito y colaboración de los otros roles profesionales implicados.

La enfermera de gestión y atención holística puede depender de las distintas consejerías de bienestar social si son capaces de desarrollar esta figura, planteando estructuralmente el convertir a las propias residencias de la dependencia en organismos vivos y centros neurálgicos de los cuidados en las zonas de ubicación, **o en caso contrario** contando con la absorción de la consejería de bienestar social por la de sanidad, nos encontraríamos con una enfermera de atención primaria con una nueva visión no medicalizada, ni limitada a la realización de técnicas, donde estaríamos hablando de la asunción de nuevas funciones consistentes en lo siguiente:

- Valoraciones periódicas.
- Adscripciones correctas y puntuales del usuario al recurso adecuado.
- Derivaciones a otros profesionales, para tratar problemas de salud, de falta de recursos, psicológicos, etc.
- Potenciar el incremento de la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquella pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida.
- Ayudar en los cambios conductuales en la persona, tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilitar la realización de tareas y actividades que no pueda realizar la persona por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión, y con el personal adecuado que cubra las necesidades básicas de la vida diaria.
- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico…).
- Solicitar la adecuación de la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas que suplan las deficiencias.
- Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona y los recursos de la zona.
- Aumentar la seguridad y la autoestima personal.
- Ayudar en la potenciación de las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior y paliando así posibles problemas de aislamiento y soledad, mejorando el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Generar la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.
- Formación e información sobre el mantenimiento de la autonomía personal al usuario, familiares o cuidadores.

- Realización de las técnicas de cuidados necesarias.
- Gestionar las reuniones multidisciplinares periódicas.

Todo ello requiere de una adecuación de los recursos materiales y humanos, así como una modificación de los criterios de trabajo, ratios y organización del personal, pasando de una atención limitada prácticamente a la solución de problemas (paliativa) a una atención capaz de prevenirlos y de planificar las consecuencias que el deterioro generará (previsora y promotora de salud).

Los recursos y servicios deben dar respuesta a las necesidades ya existentes, a todas aquellas que se estén desarrollando, y que actualmente se deben prever, y evidentemente a todas las que no se les está dando una solución adecuada.

El enfoque de esta idea es entender que la persona es un todo y que el usuario no entiende que sus problemas son diversos; pues para él todas las deficiencias, ya sean estructurales u orgánicas, confluyen en sí mismo y hoy no se le da una solución global a su problema, por lo que tiene que recurrir a diversas personas o instituciones para la resolución de los mismos, lo que evidentemente no genera esa atención holística que defendemos. Las Administraciones deben hacerse responsables de esa solución global y encargar a sus órganos competentes esa unidad de acción que dé soluciones completas a la sociedad.

El itinerario debe estar marcado por esa ventanilla única donde se solucionen desde la solicitud de diversos agentes todas y cada una de las necesidades de atención y cuidados que requiere la persona dependiente (fig. 98-3).

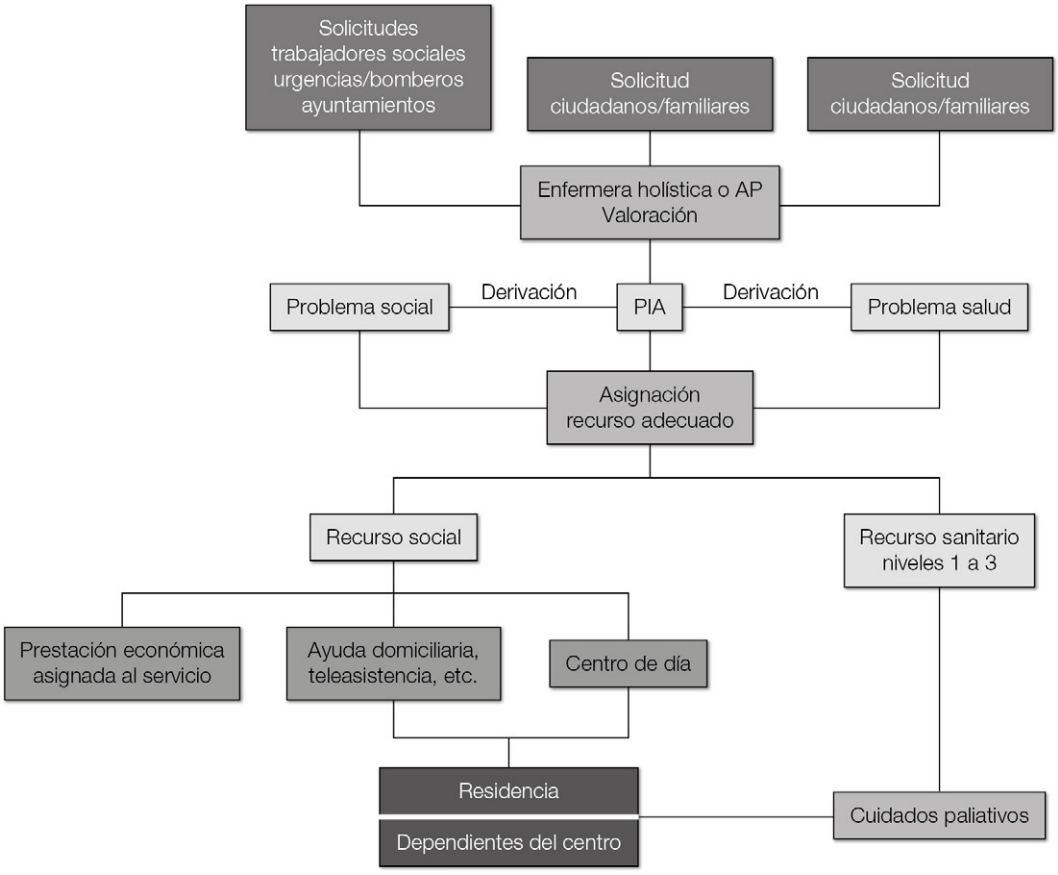


FIGURA 98-3. Envejecimiento de la población. *AP,* atención primaria; *PIA,* plan individual de atención.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Resulta, por todo ello, imprescindible lograr: la satisfacción de usuarios y familias, que se sientan atendidos en todo momento, conseguir la simbiosis entre necesidades y soluciones; afrontar la dependencia como una globalidad, no con sectorizaciones que en nada benefician al usuario; tener presente que la promoción reduce el gasto y mejora la satisfacción de la dependencia; establecer la solución en ese espacio al que llaman sociosanitario, sin dejar ninguna necesidad por cubrir desde esa perspectiva global de la atención, y por último entender que el estado del bienestar pasa por integrar la atención globalmente evitando en todo momento la creación de guetos, solapamientos o ausencias y consiguiendo que hasta el final de sus días los usuarios cuenten con la garantía de esa atención holística que desde las enfermeras se propone.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cerdá Plubins M, San Segundo Mozo R. Espacio sociosanitario.

Moreno González F. Documento de trabajo. Trabajadora Social del Hospital de Basurto. Abril de 2006.

Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 2004;38(6):268.

C A P Í T U L O 9 9

Sondaje nasogástrico

Carmen Luz Muñoz Mendoza, Ángela Sanjuán Quiles
y María José Cabañero Martínez

CONCEPTO

Técnica que consiste en la introducción de una sonda flexible desde uno de los orificios nasales hasta el estómago con fines alimenticios, terapéuticos o diagnósticos.

INDICACIONES

- Administrar alimentación enteral.
- Administrar fármacos.
- Realizar lavado gástrico.
- Extraer el contenido gástrico con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Prevenir aspiraciones en pacientes con alteraciones del nivel de conciencia.

MATERIALES

- Sonda nasogástrica (SNG) estéril del calibre adecuado para el paciente y tipo de indicación.
- Guantes desechables.
- Toalla o sabanilla para proteger el tórax y la cama del paciente.
- Lubricante hidrosoluble (glicerina).
- Gasas estériles.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Una jeringa de 50 ml.
- Fonendoscopio.
- Un vaso de agua con una cañita.
- Un tapón de SNG.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar el material.
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Explicar detalladamente el procedimiento y su necesidad al paciente y su familia. Es importante pedirles su colaboración, ya que resulta molesto y puede ser bastante difícil llevarlo a cabo cuando el paciente no coopera.
5. Retirar las prótesis dentales, si las hubiere.
6. Colocar al paciente en posición de Fowler con la cabeza erguida, y poner la toalla protectora sobre el tórax.
7. Comprobar que las fosas nasales son permeables. La desviación del tabique nasal es muy frecuente, por lo que debe comprobarse cuál es el orificio nasal que permite introducir la sonda con mayor facilidad. Para detectarlo es útil el examen directo o pedir al enfermo que respire alternativamente por una de las fosas ejerciendo presión externa sobre la otra.
8. Medir la longitud de la sonda que se ha de introducir para que llegue aproximadamente al estómago, evitando tocar la piel o la ropa del paciente. Se mide desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y desde este hasta el apéndice xifoides. Marcar la longitud obtenida (fig. 99-1).
9. Colocarse los guantes y lubricar bien el extremo distal de la sonda unos 15-20 cm, con una gasa y lubricante hidrosoluble. Es necesario comprobar que las perforaciones de la sonda no queden obstruidas por el lubricante.
10. Introducir con suavidad la sonda por el orificio nasal elegido siguiendo el conducto nasal. Al llegar a la orofaringe suelen aparecer náuseas o el reflejo del vómito. Le diremos al enfermo que se relaje y que incline la cabeza hacia delante (con este movimiento se cierra la vía área). Dirija la sonda hacia atrás y abajo en dirección al oído. Para facilitar el paso al esófago es muy útil una de las siguientes opciones:
    a. Pedir al paciente que tome pequeños sorbos de agua e introducir la sonda coincidiendo con la deglución.
    b. Aconsejarle que trague saliva si está contraindicado el aporte de líquidos.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

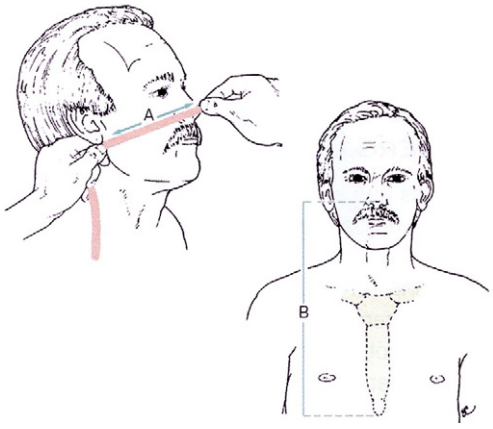


FIGURA 99-1. Técnica de medición para la inserción de la sonda nasogástrica. *(Fuente: Smith SF, Duell DJ, Martin BC.* Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. *Vol. I. 7.ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009.)*



FIGURA 99-2. Aspiración de contenido gástrico para comprobar la correcta posición de la sonda. *(Fuente: Smith SF, Duell DJ, Martin BC.* Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. *Vol. I. 7.ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009.)*

11. Continuar la progresión de la sonda hasta llegar a la marca realizada previamente. Generalmente, al llegar al esófago puede introducirse de forma más rápida.
12. Observar las reacciones del paciente durante el sondaje. Ante la presencia de manifestaciones como tos, disnea o cianosis, es aconsejable retirar la sonda, ya que posiblemente haya sido introducida en la vía respiratoria.
13. Al advertir una dificultad durante la colocación de la sonda, es necesario retirarla unos centímetros e intentarlo de nuevo con movimientos de rotación. Nunca debe forzarse la introducción de la sonda, ya que podría lesionarse la mucosa digestiva.
14. Comprobar que el extremo distal de la sonda se encuentra en el interior del estómago. Se utilizan diversas pruebas o métodos:
    a. El líquido gástrico sale de forma espontánea a través de la sonda.
    b. Aspirar con una jeringa de 50 ml y comprobar si drena jugo gástrico (fig. 99-2).
    c. Colocar el fonendoscopio sobre el epigastrio e introducir aire mediante una jeringa a través de la sonda. La entrada de aire en el estómago produce un ruido similar al burbujeo. La auscultación silenciosa puede indicar que la sonda está en el esófago, en la tráquea o en un bronquio.
    d. La comprobación radiológica es útil para los casos de duda tras realizar las pruebas anteriores.
15. Una vez que ha comprobado que la SNG está en su sitio, fijar la sonda vigilando que no produzca presión excesiva en ninguna zona ya que podría lesionarse la mucosa nasal o la piel. Se coge una tira de esparadrapo de unos 10 cm de largo y se corta longitudinalmente hasta la mitad. El extremo que no está dividido se fija a la nariz. Los extremos que están divididos se enrollan alrededor de la sonda, primero uno y luego el otro. Posteriormente, tiramos suavemente la sonda para comprobar que no se desplaza. Una vez fijada la sonda a la nariz, es conveniente también fijar el extremo abierto de la sonda en el hombro del paciente, para así evitar el arrancamiento si se produce un tirón.
16. Con posteridad, según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede:
    a. Pinzar o colocar el tapón de sonda cuando se coloque para la alimentación enteral del paciente.
    b. Colocar una bolsa para que drene el contenido gástrico por gravedad.
    c. Extraer la muestra o muestras necesarias de jugo gástrico.
    d. Realizar lavado gástrico.

17. Recoger el material utilizado y realizar lavado higiénico de las manos.
18. Registrar los datos de interés relativos al procedimiento.

COMPLICACIONES DEL USO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

1. Erosión cutánea de las narinas.
2. Sinusitis.
3. Esofagitis.
4. Fístula esofagotraqueal.
5. Úlcera gástrica y/o lesiones de la mucosa.
6. Infección pulmonar y bucal.
7. Relacionadas con la aspiración de contenido gástrico:
   a. Desequilibrio hidroelectrolítico.
   b. Deshidratación.

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y LA FAMILIA

- Indicar a la familia o cuidador familiar la necesidad de cambiar diariamente el esparadrapo fijador, variando la zona de fijación de la SNG para evitar lesiones. Enseñar a movilizar la sonda con un movimiento rotatorio para cambiar los puntos de apoyo en la mucosa gástrica y fosa nasal.
- Realizar higiene bucal con enjuagues tres veces al día.
- Lubricar los labios con vaselina, si es necesario.
- Limpiar diariamente las fosas nasales con bastoncillos humedecidos.
- Enseñar al paciente a movilizarse en la cama para evitar el desplazamiento de la sonda.

Si la SNG se utiliza para administrar alimentación, informar al cuidador familiar sobre:

- La correcta colocación de la SNG y su permeabilidad.
- La comprobación de la tolerancia antes de cada toma. Antes de dar el alimento, se aspirará el contenido gástrico. Si el volumen no es superior a 100 ml en pacientes adultos, es necesario volver a introducir el residuo.
- El lavado de la sonda después de administrar alimento o medicación, con una jeringa y unos 25 ml de agua.
- El mantenimiento del paciente en la posición Fowler en el momento de dar el alimento y hasta 1 h después.
- La suspensión de la administración de alimentos si se producen náuseas y vómitos.
- La necesidad de cambiar la sonda de PVC o polietileno cada 7 a 14 días y las de silicona cada 2 o 3 meses.

LECTURAS RECOMENDADAS

Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2007;73-8.
Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Enfermería medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Vol. II. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1007-12.
Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Vol. I. 7.ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009. p. 652-7.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 0 0

Sondaje vesical

Carmen Luz Muñoz Mendoza, Ángela Sanjuán Quiles
y María José Cabañero Martínez

CONCEPTO

Introducción de una sonda o catéter en la vejiga urinaria a través de la uretra para el drenaje temporal o permanente de la orina.

INDICACIONES

- Vaciar la vejiga en pacientes con retención urinaria.
- Extracción de orina para pruebas.
- Determinar orina residual tras micción espontánea.
- Favorecer la cicatrización tras cirugía.
- Irrigaciones vesicales (hematuria, tratamiento).

MATERIALES

- Batea.
- Pinza de clampar.
- Antiséptico.
- Paños estériles.
- Guantes desechables no estériles.
- Guantes estériles.
- Sondas Foley del número adecuado.
- Gasas estériles.
- Ampolla de agua destilada o suero fisiológico.
- Jeringa de 10 ml.
- Aguja.
- Lubricante urológico.
- Bolsa de orina.
- Soporte para bolsa de orina.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Material de higiene de los genitales.

PROCEDIMIENTO

1. Realice lavado de manos.
2. Prepare el material y trasládelo al lado del paciente.
3. Proporcione intimidad.
4. Explique detalladamente el procedimiento y su necesidad al paciente y su familia. Valorar alteraciones que puedan condicionar el procedimiento (adenoma de próstata, estenosis uretral, hematuria, temor relacionado con el cateterismo). Compruebe que el paciente no es alérgico al látex. La inserción de la sonda puede provocar sensación de orinar y, posiblemente, sensación de ardor.
5. Determine el método de sondaje más apropiado según el objetivo y los criterios especificados en la prescripción, como la cantidad total de orina que debe ser recogida o el tamaño de la sonda a utilizar.
6. Colóquese los guantes no estériles.
7. Realice higiene de genitales, con agua del grifo y jabón.
8. Retírese los guantes y realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilizando soluciones hidroalcohólicas.
9. Prepare el campo estéril depositando el material que va a utilizar estéril sobre él.
10. Colóquese guantes estériles.
11. Compruebe el correcto estado del balón de la sonda inflándolo.
12. Inserción de la sonda.

En mujeres

1. Lubrique la punta del catéter vesical (aproximadamente 2,5 a 5 cm).
2. Coloque la batea en la zona inferior.
3. Con la paciente en posición decúbito supino, con las rodillas flexionadas y rotadas hacia fuera (esta posición le proporcionará una buena visualización del meato urinario), separe los labios de la vulva e introduzca la sonda en el meato urinario (fig. 100-1).
4. Compruebe la salida de orina.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

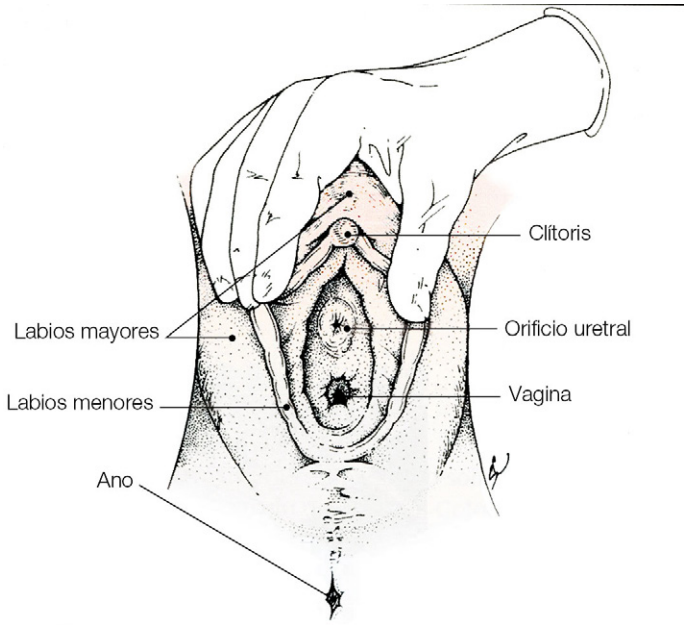


FIGURA 100-1. Visualización del meato urinario. *(Fuente: Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Vol. II. 7.ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009.)*

5. Cuando la orina fluya, infle el globo con 10 ml de agua estéril.
6. Conecte la sonda al circuito de drenaje cerrado.
7. Fije la sonda a la cara interna del muslo.

En varones

1. Coloque al paciente en posición decúbito supino, con las rodillas ligeramente separadas (esta posición relaja los músculos abdominales y perineales).
2. Ponga el pene en posición vertical, retirando el prepucio.
3. Lubrique el glande y la parte interna de la uretra introduciendo un envase de lubricante estéril.
4. Presione la parte inferior del tronco del pene con una gasa seca en un movimiento hacia abajo para mover el gel hacia la uretra prostática.
5. Limpie el exceso de gel y quítese los guantes.
6. Realice higiene de manos y colóquese guantes estériles.
7. Coloque el receptor que contiene el catéter en el campo estéril bajo el pene y entre las piernas del paciente. Abra el catéter.
8. Coja el pene con la mano no dominante y sosténgalo a 90° (perpendicular al cuerpo), retrayendo el prepucio y dejando el glande al descubierto, ejerciendo una leve retracción hacia arriba (este movimiento permite enderezar la uretra para una inserción más fácil de la sonda (fig. 100-2).
9. Inserte el catéter unos 15-25 cm o hasta que vea el flujo de orina. Cuando la orina fluya suavemente llene el globo con 10 ml de agua estéril, nunca con solución salina pues puede deteriorar el balón.
10. Observe al paciente para detectar cualquier signo de malestar, ya que el llenado debería estar libre de dolor.
11. Limpie el glande de residuos.
12. Regrese el prepucio a su posición, para evitar parafimosis.
13. Fije la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral (fig. 100-3).
14. Deje al paciente en posición cómoda.
15. Recoja el material.
16. Retírese los guantes y lávese las manos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

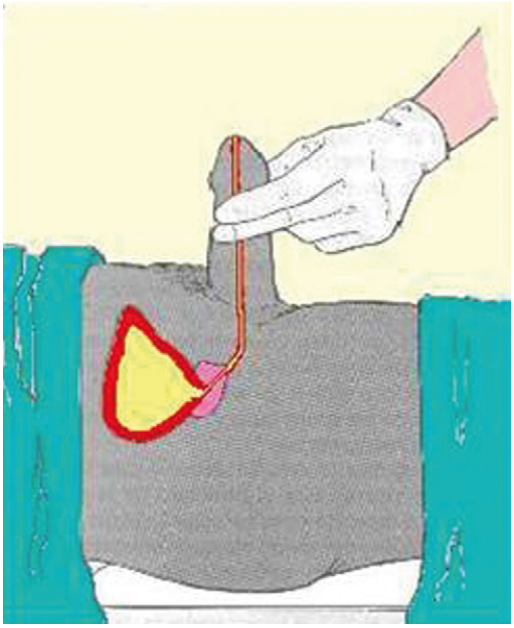


FIGURA 100-2. Introducción de sonda vesical con el pene en ángulo de 90°.

COMPLICACIONES DEL USO DEL SONDAJE VESICAL

1. Infección urinaria.
2. Incomodidad.
3. Perforación uretral (falsa vía) o vesical.
4. Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
5. Hematuria *ex vacuo.*
6. Uretritis.

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y LA FAMILIA

1. Observar la permeabilidad de la sonda.
2. Fijar el tubo de drenaje.
3. Bajar el prepucio en varones.
4. Aseo genital y de la sonda diaria.
5. Mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel de la vejiga.



FIGURA 100-3. Fijación de la sonda en la cara anterior del muslo. *(Fuente: fotos de las autoras.)*

6. Evitar desconexiones de la sonda.
7. Estimular la ingesta de líquidos (si no hay contraindicación).
8. Valorar signos y síntomas de infección (fiebre, escalofríos, dolor en la zona suprapúbica, orina turbia o maloliente, secreción uretral).
9. Informar sobre la necesidad de cambiar la sonda ante:
   a. Obstrucción definitiva de la sonda.
   b. Roturas de la sonda.
   c. Duración máxima de la sonda.

LECTURAS RECOMENDADAS

Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2007. p. 73-8.

Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Enfermería medicoquirúrgica. 6.ª ed. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Vol. II. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1233-5.

Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Inserción y mantenimiento de sonda vesical. Hospital Universitario «Reina Sofía». 2009. p. 1-7.

Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Vol. II. 7.ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009. p. 772-83.

The Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Best Practice. 2000;4(1):1-6. [Actualizado el 20 de marzo de 2007].

C A P Í T U L O 1 0 1

Sueroterapia

Juan Mario Domínguez Santamaría

CONCEPTO

Tres son los conceptos fundamentales que se hace necesario definir en relación con la sueroterapia:

- *Sueroterapia:* tratamiento consistente en la administración de sueros con la finalidad de restablecer el equilibrio hidroelectrolítico.
- *Fluidoterapia:* método terapéutico destinado a mantener o restaurar por vía intravenosa el volumen y la composición normal de los fluidos corporales.
- *Suero:* nombre genérico de determinadas soluciones de electrólitos empleadas en terapéutica para restablecer el equilibrio hidroelectrolítico.

En este sentido, el objetivo fundamental de esta terapéutica es la recuperación y el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico que se puede ver alterado por diferentes causas, entre las que nos podemos encontrar con: hipovolemia, depleción de líquido extracelular, depleción acuosa, depleción salina e hipernatremia.

CARACTERÍSTICAS, VOLUMEN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS LÍQUIDOS CORPORALES

El agua es el componente más abundante del cuerpo; se distribuye a través de las células, líquidos extracelulares y las estructuras de sostén. El agua representa un porcentaje variable entre individuos (60, 70 y hasta 80%) del peso corporal, dependiendo de la edad, el sexo y el contenido de grasa corporal.

Las mujeres tienen una cantidad de agua corporal total correspondiente a alrededor del 60% del peso corporal, los hombres del 70% y los niños del 80%.

El agua corporal total está distribuida como agua intracelular, en un 50-58%; el agua extracelular como plasma y líquido intersticial, en un 38-46%, y una pequeña fracción de agua transcelular, en un 2,5% presente en las secreciones y excreciones.

Con base en el peso corporal, los requerimientos usuales diarios de agua para adultos normales varían entre 21 y 43 ml/kg; siendo el promedio de 32 ml/kg y los niños requieren aproximadamente de 100 a 150 ml/kg día.

El balance de agua y electrólitos está determinado por el volumen de agua ingerida y el volumen de agua excretado. Las fuentes de ingesta de agua incluyen el agua consumida, los alimentos ricos en agua, como las frutas, así como el agua que genera el metabolismo oxidativo. Las fuentes de excreción de agua son la orina, el sudor, las excretas gastrointestinales y el vapor en el aire espirado. Las pérdidas insensibles en niños son de 30 a 50 ml/kg/día o 500 ml/m^2 de superficie corporal/día, las pérdidas fecales de 8 a 10 ml/kg/día o 100 ml/m^2 de superficie corporal/día; en adultos son de 300 a 500 ml/m^2 de superficie corporal, las pérdidas fecales de 200 ml/día.

Los electrólitos son aquellas sustancias que se hallan disueltas en los líquidos del organismo: potasio, sodio, cloro, calcio, bicarbonato sódico, magnesio y fosfato. La concentración de estos electrólitos debe mantenerse dentro de un rango muy estrecho correspondiente a la normalidad (tabla 101-1).

Además, el equilibrio ácido-base se mantiene mediante la regulación de la concentración de hidrogeniones en los líquidos orgánicos, es lo que conocemos como pH. El rango normal del pH plasmático es de 7,35 a 7,45. En la medida que se incrementa la concentración de hidrogeniones se reduce el pH, provocando acidosis y, cuando se reduce la concentración, asciende el pH, lo cual significa alcalosis.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TABLA 101-1. Necesidades mínimas diarias de agua y electrólitos

Elemento	Necesidades diarias
Agua	30-35 ml/kg/día, aproximadamente 2.000-3.000 ml/día
Sodio	1-2 mEq/kg/día, lo habitual es aportar 50-150 mEq/día
Potasio	0,5 mEq/kg/día, se administran 40-60 mEq/día, siempre que la función renal sea normal
Glucosa	100-150 g/día
Calcio, fósforo, magnesio, vitaminas y oligoelementos	Por lo general, no precisa reposición en períodos menores a 7 días

Pérdidas diarias de agua

- *Sistema digestivo:* 10 ml/kg/día. Aumentan en caso de diarrea y/o vómitos.
- *Sistema urinario:* 1-2 ml/kg/h.
- *Sudoración:* hasta 1-2 l/día. Aumentan en caso de fiebre (12% por cada grado por encima de 38 °C) o ejercicio físico.
- *Sistema respiratorio:* 5 ml/kg/día. Varía en función de la humedad ambiental y la temperatura corporal.
- *Piel:* 5 ml/kg/día.

Signos de pérdida de líquidos (hipovolemia)

En la tabla 101-2 se recogen los principales signos característicos de la pérdida de agua en el organismo.

INDICACIONES DE LA FLUIDOTERAPIA

Múltiples enfermedades, trastornos y algunos medicamentos pueden provocar desequilibrios, por lo que se hace necesario restablecerlo, mediante la reposición adecuada de fluidos y electrólitos. En términos generales, la fluidoterapia se hace necesaria en las siguientes situaciones:

- Pacientes en estado crítico por enfermedad aguda, con traumatismos graves, hemorragias severas, shock hipovolémico o grandes quemaduras.
- Pacientes con enfermedades crónicas, tales como insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ascitis, cáncer.
- Pacientes con drenajes masivos, como ileostomías o fístulas enterocutáneas, o aspiración gastrointestinal, por ejemplo, succión gástrica.
- Pacientes con pérdidas excesivas de líquidos y requerimientos incrementados (diarrea y fiebre, entre otros).
- Depleción hidrosalina moderada o grave.
- Trastornos electrolíticos moderados o graves.
- Acidosis o alcalosis metabólica.
- Insuficiencia renal aguda.
- Coma hiperosmolar.
- Cetoacidosis diabética.
- En todas las situaciones en las que sea necesario que el paciente esté en dieta absoluta, como en estado postoperatorio de cirugía mayor.
- Para la administración urgente de algunos fármacos.

TABLA 101-2. Signos a tener en cuenta según las pérdidas de líquidos (expresadas en porcentaje del peso corporal)

Signos	Pérdidas de líquidos (expresadas en porcentaje del peso corporal)		
	5%	10%	15%
Mucosas	Secas	Muy secas	Aspecto apergaminado
Estado de alerta	Normal	Letárgico	Deprimido
Cambios ortostáticos	Ninguno	Presente	Notorio
• Frecuencia cardíaca			Aumento > 15 lpm
• Presión sanguínea			Descenso > 10 mmHg
Velocidad flujo urinario	Ligeramente disminuido	Disminuido	Severamente disminuido
Pulso	Normal o aumentado	> 100 lpm	> 120 lpm
Presión arterial	Normal	Normal-baja ortostatismo	Disminuida
Pliegues cutáneos	(–)	(+) < 2 s	(+) > 2 s
Ojos	Normal	Enoftalmia discreta	Enoftalmia severa
Respiración	Normal	Profunda	Profunda-rápida

MONITORIZACIÓN Y COMPLICACIONES DE LA FLUIDOTERAPIA

La administración de líquidos por vía intravenosa requiere una monitorización y cuidados básicos para evitar el desarrollo de complicaciones:

- *Exploración física:* vigilar la aparición de signos de sobrecarga circulatoria (ingurgitación venosa yugular, crepitantes, tercer ruido cardíaco) y de depleción de volumen (taquicardia, hipotensión, descenso de la presión de pulso, sequedad de mucosas).
- *Balance hídrico:* realizar un cálculo del aporte y las pérdidas del líquido, especialmente de la diuresis cuya excreción normal es de 0,5 ml/kg/h para obtener un balance equilibrado (entradas igual a pérdidas).
- *Presión arterial:* la presencia de hipotensión ortostática, taquicardia y descenso de la presión de pulso sugieren hipovolemia.
- *Parámetros de laboratorio:* solicitar periódicamente urea, creatinina, sodio, potasio y cloro, para detectar alteraciones secundarias al tratamiento.
- *Presión venosa central:* monitorizar en el paciente grave.

COMPLICACIONES DE LA FLUIDOTERAPIA

Las complicaciones suelen aparecer en pacientes que necesitan grandes cantidades de líquido en un breve período de tiempo. En términos generales, las complicaciones son:

- *Derivadas de la técnica:* flebitis (irritativa o infecciosa), extravasación, embolismo gaseoso, punción arterial accidental (hematomas), etc.
- *Derivadas del volumen perfundido:* insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, edema cerebral, edema cutáneo y gastrointestinal.

En cualquiera de los casos, las pautas de fluidoterapia deben ajustarse de manera individualizada teniendo en cuenta la situación clínica, los déficits calculados y si el paciente tiene algún fracaso orgánico (insuficiencia cardíaca, respiratoria, hepática, renal) o alteraciones metabólicas graves (diabetes, pérdidas digestivas o urinarias, etc.). Asimismo, se tendrá en cuenta la selección adecuada del fluido, evitando las soluciones hipotónicas en situaciones de hipovolemia porque incrementan el volumen extravascular y las soluciones glucosadas en enfermos neurológicos, ya que se comportan como hipotónicos y pueden favorecer la aparición de edema cerebral.

TABLA 101-3. Medida de gotas por minuto según tiempo y volumen a trasfundir

Horas	Volumen	Gotas/min
1	500 ml	166
2	500 ml	83
3	500 ml	55
4	500 ml	41
5	500 ml	33
6	500 ml	27
7	500 ml	23
8	500 ml	20
9	500 ml	18
10	500 ml	16
11	500 ml	15
12	500 ml	13

RITMO DE PERFUSIÓN DE FLUIDOS INTRAVENOSOS

En la tabla 101-3 se recoge la velocidad de gotas por minuto a perfundir con un sistema estándar de goteo (1 ml = 20 gotas).

TIPOS DE SOLUCIONES Y CARACTERÍSTICAS

Las soluciones intravenosas se clasifican según su osmolaridad y tonicidad. En la actualidad se dispone de dos tipos de soluciones parenterales para su uso clínico: cristaloides y coloides.

Thomas Graham, en 1861, en sus investigaciones sobre la difusión de sustancias, descubrió dos tipos de solutos a los que denominó cristaloides y coloides. En el grupo de los primeros situó aquellos que se difundían rápidamente en el agua, dializaban fácilmente a través de membranas permeables y que, al ser evaporadas de las soluciones de las que formaban parte, dejaban un residuo cristalino. En el segundo grupo, situó a las que se difundían lentamente, dializaban con mucha dificultad o bien no lo hacían y, al ser evaporadas las soluciones de las que formaban parte, quedaba como un residuo gomoso. El nombre coloide lo tomó del término griego *kolas* que significa «que puede pegarse».

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Soluciones cristaloides

Son aquellas soluciones que contienen agua, electrólitos y/o azúcares en diferentes concentraciones y osmolaridad, que permiten mantener el equilibrio hidroelectrolítico, expandir el volumen intravascular y, en caso de contener azúcares, aportar energía. Pueden ser hipotónicas, isotónicas o hipertónicas respecto del plasma. El 50% del volumen infundido de una solución cristaloide tarda una media de entre 15-20 min en abandonar el espacio intravascular, y su capacidad de expandir volumen está relacionada directamente con las concentraciones de sodio en ellas contenidas.

- *Hipotónicas*. Son las soluciones de elección para el mantenimiento hemodinámico. Útiles en situaciones de pérdida de agua (aporte de agua libre exenta de glucosa), producen desplazamiento de líquidos hacia el compartimiento intracelular, aunque una cantidad excesiva de un líquido hipotónico puede dar lugar a agotamiento del líquido intravascular, hipotensión y edema celular con lesión tisular.
  - *Suero hiposalino al 0,45%:* útil en el tratamiento inicial de las hipernatremias graves y en el coma hiperosmolar diabético con hipernatremia y/o hipertensión arterial. Máximo 2.000 ml/día. Contraindicada: normo- o hiponatremia.
- *Isotónicas*. Resultan útiles cuando existen deficiencias tanto de agua como de electrólitos. A la hora, permanece el 20% del volumen infundido en el espacio intravascular.
  - *Solución fisiológica al 0,9%:* útil en casos de pérdidas de cloro (estados hiperemé-ticos) por su proporción cloro-sodio de 1:1 (líquido extracelular 2:3), en la depleción hidrosalina sin acidosis. Infundir 3-4 veces el volumen de pérdidas calculado para normalizar parámetros hemodinámicos. Por su alto contenido en sodio y cloro, en exceso, puede producir edemas y acidosis hiperclorémica, por lo que no está indicado, de entrada, en cardiópatas e hipertensos.
  - *Solución de Ringer:* reposición de pérdidas hidroelectrolíticas con depleción del espacio extravascular.
  - *Solución de Ringer lactato:* indicada en la deshidratación extracelular acompañada de acidosis metabólica. El lactato es transformado en bicarbonato en el hígado, por lo que en presencia de hepatopatías o ante perfusión hepática disminuida, el aclaramiento de lactato estará disminuido y aumentaría el riesgo de daño cerebral.
  - *Solución glucosada al 5%* (50 g/l glucosa = 200 cal): solución para mantener la vía venosa, deshidratación hipertónica (ausencia de ingesta de líquidos, sudoración intensa, evaporación) y para proporcionar energía durante un período corto de tiempo. Máximo 700 ml/h. Está contraindicado en la enfermedad de Addisson por riesgo de provocar crisis addisoniana.
  - *Solución glucosalina (1/5)* (50 g/l glucosa): útil en la deshidratación hipertónica en niños.
- *Hipertónicas.* Causan un efecto de extracción de líquido desde el espacio intracelular hasta el compartimiento extracelular, de manera que las células muestran disminución de volumen y tiene lugar la eliminación del edema celular. Se ha de tener precaución en su administración, dado que incrementan el riesgo de sobrecarga de volumen, especialmente en los pacientes con insuficiencia cardíaca, por lo que se hace necesario evaluar con frecuencia la respuesta del paciente frente al tratamiento.
  - *Solución salina hipertónica:* tratamiento de la hiponatremia sintomática grave y en el shock hipovolémico.
  - *Soluciones glucosadas:* útiles para aportar agua y calorías. Hay que administrarlas lentamente, por el riesgo de producir hemólisis al metabolizarse la glucosa.
    - **Tipos: 10%** y **20%,** situaciones que requieren máximo aporte calórico con mínimo aporte de líquidos (insuficiencia renal con oliguria), y **40%,** en las mismas situaciones que al 20% y como tratamiento de la hiperpotasemia, añadiendo insulina rápida (1 UI/5-10 g de glucosa en no diabéticos y 1 UI/4 g de glucosa en pacientes con hiperglucemia conocida).

Soluciones coloides

Las soluciones coloides contienen partículas en suspensión de alto peso molecular que, al no poder atravesar las membranas capilares, producen

un aumento de la presión osmótica plasmática reteniendo agua en el espacio intravascular. Así pues, incrementan la presión oncótica y la efectividad del movimiento de fluidos desde el espacio intersticial al espacio intravascular; de ahí su denominación como agente expansor plasmático, produciendo efectos hemodinámicos más rápidos y sostenidos que las soluciones cristaloides, aunque su coste es mayor.

En la actualidad, existen dos tipos de soluciones coloidales, las naturales y las artificiales:

- *Soluciones coloides naturales:* **plasma** (solución de proteínas humanas) y **albúmina** (una sola proteína). Poseen el riesgo de transmitir infecciones y no son suficientes para cubrir las necesidades mundiales. Resultan útiles en la hipoproteinemia grave y tras paracentesis evacuadora.
  - *Plasma:* fracción sanguínea que se prepara en los bancos de sangre y su uso es muy restringido.
  - *Albúmina humana al 20%:* se utiliza en paracentesis evacuadora (6-8 g/l de líquido ascítico evacuado) y en el síndrome nefrótico.
- *Soluciones coloides artificiales:* **dextranos** de diferente peso molecular (Macrodex® y Rheomacrodex®), **almidones** (Voluven®), la **gelatina de polisacáridos** (Hemocé®) y otros **derivados gelatínicos** (Plasmagel®).
  - *Dextranos:* **Rheomacrodex®** (dextrano 40), reduce la viscosidad sanguínea y la agregación celular, por lo que mejora la microcirculación en los estados de shock e hiperviscosidad, y **Macrodex®** (dextrano 70). Deben ser administrados junto con soluciones cristaloides. Riesgo de anafilaxia en pacientes atópicos, inducción a fallo renal, diuresis osmótica, errores en la medición de la glucemia y falso tipaje de grupo sanguíneo por alteraciones en la superficie eritrocitaria. Son buenos expansores plasmáticos y permanecen horas en la circulación sanguínea, restaurando durante ese tiempo la volemia.
  - *Almidones:* **Voluven®,** resulta eficaz en el tratamiento de la hipovolemia y el mantenimiento del volumen sanguíneo circulante; es adecuado durante procedimientos quirúrgicos.
  - *Derivados de la gelatina:* **Hemocé®** y **Plasmagel®,** resultan menos efectivos como expansores plasmáticos que los dextranos, aunque son eficaces como expansores de la volemia durante 1 h. No alteran la coagulación, pero pueden producir reacciones anafilácticas por efecto histamínico.

Consideraciones estándar para la elección de soluciones:

- Deshidratación moderada-grave: Ringer lactato en dosis de:
  - 30 ml/kg en la primera hora.
  - 40 ml/kg en las dos siguientes.
  - 100 ml/kg/24 h, como mantenimiento.
- *Agotamiento o colapso por calor:* 4 l en las primeras 24 h. Soluciones hipotónicas de glucosa, como el suero glucosado al 5%, o soluciones salinas isotónicas, como el suero fisiológico al 0,9%, según predomine la depleción de agua o de sal.
- *Golpe de calor:* 500 ml de Ringer lactato en 20 min. Posteriormente, según situación cardiovascular. Sueros en el frigorífico.
- *Pancreatitis aguda:* si existe inestabilidad hemodinámica se inician cargas de 300 ml de suero fisiológico o Ringer lactato hasta estabilizar al paciente. Si no existe inestabilidad: 3 l de suero glucosado al 5%, alternando con fisiológico al 0,9%.
- *Encefalopatía hepática aguda:* suero glucosado al 10%, alternando con suero fisiológico al 0,9% a un ritmo de 28 gotas/min.
- *Cetoacidosis diabética:* inicio con suero fisiológico, pasando a glucosalino o glucohiposalino cuando la glucemia sea inferior a 250 mg/dl.
- *Estado hiperosmolar hiperglucémico:* inicialmente suero fisiológico, sin realizar una reposición excesivamente rápida que pueda deteriorar el estado neurológico.
- *Quemados:* inicialmente de elección Ringer lactato.
- *Politraumatizados:* Ringer lactato u otro cristaloide (suero fisiológico al 0,9%) en 20 min, 20 ml/kg. Posteriormente, reevaluar al paciente para continuar perfusión de líquidos. Si existe shock hipovolémico, 2 l de cristaloide rápidamente o perfundir a un ritmo de 6 ml/kg/min. Si no hay respuesta favorable, se añadirán soluciones coloides.
- *Shock séptico:* suero fisiológico al 0,9% en perfusión continua, a un ritmo de 7 gotas/min (21 ml/h) o 20-30 ml/kg de cristaloide (suero fisiológico, etc.) en 30 min, repitiendo la dosis si no hay mejoría de la tensión arterial

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y diuresis o no existen signos de sobrecarga hídrica. Reevaluando de manera continua PA, diuresis, saturación de O_2, pérdida de líquidos (vómitos, diarreas, quemaduras, tercer espacio, etc.).

LECTURAS RECOMENDADAS

Bunn F, Roberts I, Tasker R, Akpa E. Soluciones hipertónicas de cristaloides vs. casi isotónicas para la reanimación con líquidos en pacientes gravemente enfermos (Revisión Cochrane traducida. En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 4).

Crawford A, Harris H. Sueroterapia intravenosa. Lo que usted debe saber. Nursing. 2011;29:8-15.

Diehl-Oplinger L, Kaminski MF. Sacred Heart Hospital, Allentown Pa. Selección de la sueroterapia apropiada para hacer frente al shock hipovolémico. Nursing. 2004;22:26-8.

Duke T, Molyneux EM. Intravenous fluids for seriously ill children: time to reconsider. Lancet. 2003;362:1320-3.

Edward Morgan G Jr. Anestesiología clínica. 3.ª ed. McGraw-Hill; 2003.

Girona J, Domingo A, Casaldáliga J, Mont LL, Brugada J, Brugada R. Actualización. Nuevas pautas de rehidratación en el manejo de la gastroenteritis aguda en urgencias. An Pediatría Continuada. 2011;9:106-15.

Heitz U, Horne MM. Fluidos, electrólitos y equilibrio ácido-base. 5.ª ed España: Elsevier; 2006.

Holliday MA, et al. Acute hospital-induced hyponatremia in children: a physiologic approach. J Pediatr. 2004;145:584-7.

Moritz ML, Ayus JC. Prevention of hospital-acquired hyponatremia: a case for using isotonic saline. Pediatrics. 2003;111:227-30.

Rodríguez Soriano J. Fisiología de líquidos y electrólitos. Deshidratación, en urgencias gastrointestinales en el niño. Prous Science. 2000.

Strickler J. Shock hipovolémico traumático: interrupción del círculo vicioso. Nursing. 2011;29:8-13.

C A P Í T U L O 1 0 2

Suturas cutáneas

Luis Antonio de Mendiolagoitia Cortina y Enrique Oltra Rodríguez

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO

Según la Real Academia Española, sutura es la «costura con que se reúnen los labios de una herida», y este acto sanitario es de gran importancia para que, en el caso en que esté indicado realizarlo, los procesos fisiológicos de reparación cutánea se lleven a cabo de la forma más óptima, en el menor tiempo y con los mejores resultados estéticos y funcionales.

La sutura, como técnica sanitaria utilizada preferentemente para resolver la solución de continuidad de la piel y del tejido subcutáneo, tanto si la causa ha sido accidental o consecuencia de un acto quirúrgico, es una de las intervenciones técnicas más demandadas a las enfermeras que trabajan en el entorno familiar y comunitario: Atención Primaria de Salud (APS), dispositivos de urgencias extrahospitalarias, enfermería en penitenciarías, enfermería militar, etc. Algunos autores han encontrado que hasta un 95% de las suturas demandadas en los centros de salud se resuelven ahí, y de ellas más del 85% las realizan las enfermeras.

La técnica de la sutura para la reparación de heridas es conocida y practicada en todas las culturas y desde tiempos inmemoriales. Se utilizaron diversos materiales que ofrecía la naturaleza como fibras vegetales del tipo del lino y del cáñamo, crin de caballo, mandíbulas de insectos, etc.

VALORACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

Las heridas quirúrgicas producidas durante la realización de una técnica de cirugía menor de las llamadas cortantes deben ser suturadas siempre que sea posible por las razones ya explicadas. Existe alguna excepción, como los casos en los que es preciso dejar drenajes para evacuación de hematomas o exudados y en los que interesa el cierre no fisiológico por segunda intención con tejido cicatricial, para que queden anulados folículos pilosos con tendencia a la infección crónica.

Debe tenerse en cuenta que la sutura como técnica local se desarrolla en una persona con todos sus condicionantes globales, por lo que para el éxito de la sutura, previo al inicio de la misma, y como elementos de juicio para la toma de decisiones debe realizarse:

- Anamnesis del paciente, con especial atención a alergias a anestésicos locales o a materiales de sutura, toma de anticoagulantes o antiagregantes, presencia de prótesis, enfermedades crónicas, expectativas estéticas, inmunización antitetánica, etc.
- Historia de la herida, mecanismo de producción, tiempo de evolución, repercusiones en la funcionalidad, etc.
- Exploración de la herida, analizando sus características, implicación de estructuras profundas, presencia de cuerpos extraños, etc.

Todo este procedimiento previo es tan importante como la propia técnica de sutura. Debe tomarse el tiempo preciso, sabiendo que la sutura es igualmente segura hasta en las primeras 6 h.

En las heridas accidentales, las decisiones sobre el tratamiento y la sutura se toman según el esquema de la figura 102-1 en función de que la herida se considere:

1. *Limpia:* bordes vitalizados, fondo sangrante, sin esfacelos ni tejido necrótico, instrumento causante no sucio, no material ni cuerpos extraños en la herida, etc.
2. *Sucia:* bordes desvitalizados, esfacelos o tejido necrosado, presencia de suciedad (tierra, saliva, óxido, etc.) o cuerpos extraños en el interior, mecanismo de producción sucio, etc.

En manos y cara, por el valor estético y por su alta vascularización, que facilita la autodefensa

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

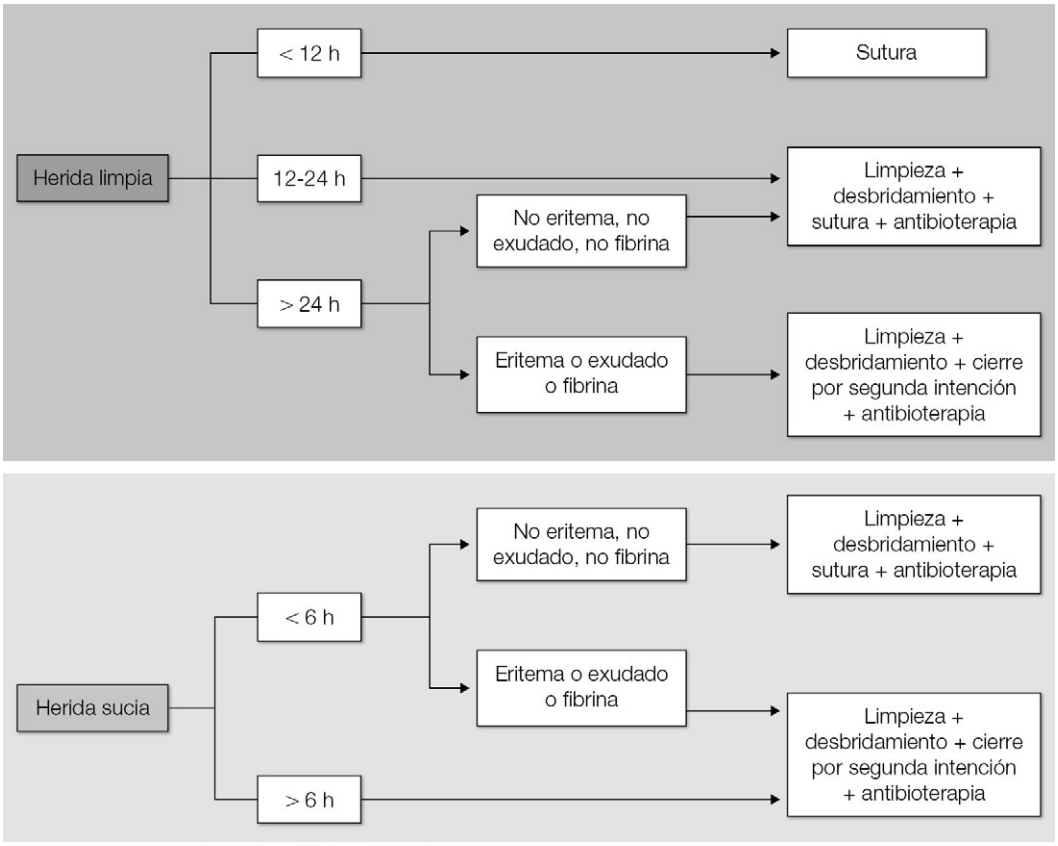


FIGURA 102-1. Algoritmos de decisión según estados de la herida.

contra las infecciones y su cicatrización, se pueden superar los límites para la sutura.

MATERIALES DE SUTURA UTILIZADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para la realización de una sutura debe disponerse de unas instalaciones mínimas, un local limpio donde se disponga de una fuente de luz adecuada, una superficie donde colocar el instrumental estéril, camilla en la que el paciente esté cómodo y en decúbito, silla de altura regulable para el profesional, sistema de tratamiento de instrumental contaminado y de eliminación segura de residuos y acceso a material de reanimación cardiopulmonar.

El material no fungible mínimo necesario será: portaagujas, pinzas de disección con dientes, tijera y mosquito.

El material fungible mínimo necesario será: gasas estériles, antiséptico y suero estéril de irrigación, jeringas y agujas para la anestesia local, anestesia local, bisturí, el material de sutura propiamente dicho (hilo, agujas, ágrafes…), vendas, apósitos y material de fijación.

Respecto a los materiales para suturar, se utilizan fundamentalmente: hilos, grapas o ágrafes, tiras adhesivas epicutáneas y pegamentos sintéticos (tabla 102-1).

1. *Hilos:* pueden ser naturales o sintéticos y monofilamentos o trenzados. En APS vienen insertados en las agujas que serán curvas y de punta atraumática. Su diámetro se especifica según el número de ceros que se le adjudique (de un cero a seis ceros), cuantos más ceros, más fino será. Existen múltiples tipos para satisfacer diversas necesidades, en APS los más empleados son:

TABLA 102-1. Elección de sutura según región anatómica

Región anatómica	Sutura de elección	Calibre	Días para la retirada (aproximadamente)
Cara	Nailon (preferiblemente) o seda	5/0 a 6/0	4-6 días
Tronco, muslo, pierna, brazo y antebrazo	Seda o nailon si interés estético	2/0 a 4/0	Cara anterior tronco y extremidad superior: 8-10 días
Manos	Seda o nailon si interés estético	3/0 a 5/0	Cara posterior tronco y extremidad inferior: 10-14 días
Pies	Seda	2/0 a 4/0	
Cuero cabelludo	Seda	2/0 a 3/0	7-9 días
Interior labios, lengua y genitales	Ácido poliglicólico	4/0 a 5/0	No precisa. Si molestase retirar a los 5-7 días
Suturas enterradas	Ácido poliglicólico	2/0 a 4/0	No precisa

   a. La seda quirúrgica, que es fibra natural trenzada. Se usa en puntos cutáneos de superficie. Es de manejo sencillo. Tiene como inconvenientes que al estar compuesta por proteínas animales provoca más reacciones de rechazo, aunque en general nos son de consideración, y que al ser trenzada puede dar más reacción inflamatoria local y en el trenzado se pueden alojar gérmenes.
   b. El nailon (Ethilon®). También se usa en superficie, es sintético y monofilamento, por lo que no presenta los inconvenientes de la seda, aunque es más difícil de utilizar y tiene un coste superior. Se utiliza sobre todo en zonas de alto valor estético.
   c. El ácido poliglicólico (Dexon®,Vicryl®). Tiene estructura trenzada y es reabsorbible, por tanto se utiliza en puntos enterrados colocados en planos profundos o en situaciones donde la retirada de los puntos pueda suponer algún problema.
2. *Grapas o ágrafes:* son de acero quirúrgico y se aplican mediante grapadora desechable. Al ser de material inmunológicamente inerte provoca pocas reacciones locales, no facilita la infección y su calidad estética es buena. Su aplicación es muy rápida. Están contraindicadas en manos, pies y cara por existir estructuras vasculares, tendinosas y nerviosas muy superficiales.
3. *Tiras adhesivas epicutáneas:* pequeñas tiras de tela o papel poroso adhesivo presentado en bolsas estériles con las que se unen los bordes de la herida, se emplean mucho en pequeñas heridas con poca tensión, para reforzar cicatrices tras retirar sutura de hilo o grapas y en situaciones de fobia a las agujas o negativa a suturarse. Existen de diversas longitudes y anchos para adaptarse a las necesidades, en caso de necesidad también se pueden hacer con tiras de esparadrapo. Requieren adecuados autocuidados por parte del paciente para que no se despeguen antes de que la cicatriz esté consolidada.
4. *Pegamentos sintéticos:* los utilizados son derivados del cianoacrilato (Histoacryl® y Dermabond®), se utilizan en heridas pequeñas, rectilíneas, en zonas de poca tensión y en las que se pueda realizar hemostasia previa para que la superficie cutánea pueda estar seca en el momento de aplicación del adhesivo. Una vez que esté seco ya se puede mojar la zona. Es una buena alternativa a pequeñas heridas en niños porque evita técnicas más cruentas.

TÉCNICAS DE SUTURA

Realizar una sutura, al igual que cualquier otra técnica, sin provocar dolor es signo inequívoco de calidad, porque el paciente no va a sufrir, va a estar confortable y colaborador, y porque el profesional podrá desarrollar la técnica con tranquilidad, sin prisa y sin estar sometido a presiones. El dolor innecesario siempre debe ser evitado, por lo que antes de realizar una sutura habrá que insensibilizar la zona al dolor.

Aunque existen otras formas de anestesia local (crioterapia, EMLA®…), generalmente para suturar se utiliza la anestesia infiltrada. Existen múltiples anestésicos locales, el más utilizado es la mepivacaína (Scandicain® o Scandinibsa®) y en caso de alergia, la procaína es una alternativa adecuada por no pertenecer a la misma familia. Los anestésicos locales en APS deben usarse en presentación sin vasoconstrictor para evitar confusiones, pues este no está indicado en anestesia de zonas acras (dedos, orejas, nariz y pene). Si se precisa utilizar vasoconstrictor, la mezcla se realizará manualmente (0,1 ml de adrenalina al

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

1/1.000 diluida en 10 cc de suero fisiológico y utilizando un máximo de 5 cc).

La infiltración puede ser troncular o local. En ambos casos la infiltración debe ser en el plano subcutáneo.

Antes de iniciar la sutura, la herida debe haber sido explorada adecuadamente, tiene que estar limpia, libre de esfacelos y tejido necrótico, realizándose la resección de bordes de Friedrich si es preciso, y la hemorragia controlada.

La aguja debe puncionar la superficie de la piel perpendicularmente a esta, lo que se consigue con un movimiento de rotación externa de la muñeca del profesional. La tensión de cada punto debe ser suficiente para enfrentar los bordes e inmovilizarlos, pero no excesiva para que coarte la circulación e isquemice la zona o deje marcado el hilo en la piel provocando el efecto de «traviesas de tren». El punto debe abarcar todos los planos de la herida para que no se formen espacios virtuales que se llenen de sangre o exudado; si esto no fuese posible deberá realizarse también una sutura enterrada.

En APS generalmente se utilizará el **nudo simple** para su realización. Tras puncionar con la aguja y pasar el hilo por ambos bordes de la herida en el cabo más cercano a la aguja, se darán dos vueltas al portaagujas (doble lazada sobre porta en hilo proximal), con el porta se sujeta el cabo suelto y se estiran los extremos para tensar el nudo. Se repite la operación dando una vuelta de hilo al porta en sentido contrario y tensando para bloquear el nudo. Cuando se trabaja con hilos muy finos, se puede dar una tercera vuelta al porta. Se evitará que los nudos queden sobre la línea de cicatrización para que no irrite ni estimule esta, y se colocarán a un lado sobre la piel sana.

Existen múltiples tipos de suturas, las más utilizadas en APS son la discontinua simple, la de colchonero (tanto vertical como horizontal) y la sutura enterrada o de planos profundos.

Sutura simple discontinua (fig. 102-2)

Es la sutura básica, fácil de realizar y eficaz. Se gradúa la tensión en cada punto y en caso de necesitar realizar un drenaje se puede retirar un solo punto y el resto siguen cumpliendo su función. Como norma general, la distancia entre los puntos será la misma que entre el punto de entrada de la aguja y el de salida. Se comenzará en la mitad de la herida y se continuará con la técnica de las mitades.

Sutura de colchonero

Se utiliza para lo mismo que la simple discontinua, pero en zonas donde exista tensión importante pues presenta más superficie para traccionar. El punto de colchonero puede ser horizontal (fig. 102-3) o vertical (fig. 102-4); el primero es más fuerte, pero puede ser algo más isquemizante para la zona. Este tipo de sutura puede combinarse con los puntos simples.

Sutura enterrada (fig. 102-5)

Se utiliza para aproximar planos profundos y evitar que se formen hematomas subcutáneos o bolsas de exudado que hagan fracasar la herida. Debe realizarse con hilo reabsorbible, dejando el nudo en la parte más profunda y cortando el

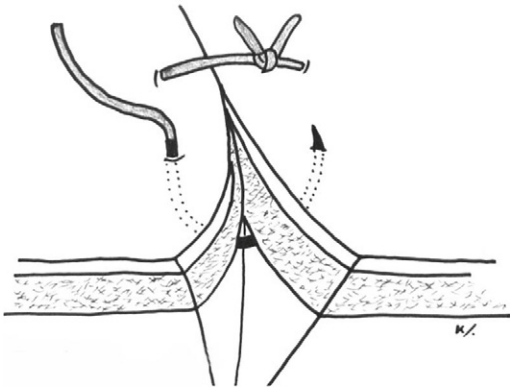


FIGURA 102-2. Sutura simple discontinua.

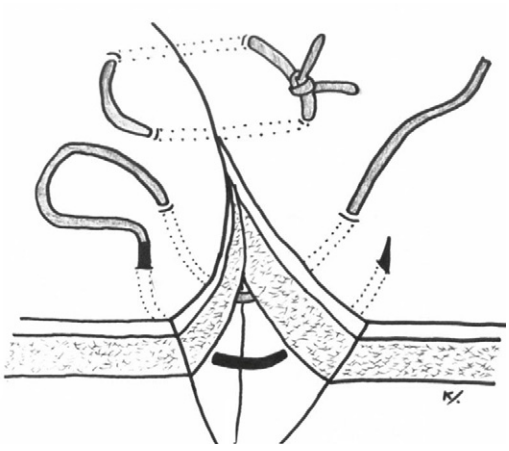


FIGURA 102-3. Punto colchonero horizontal.

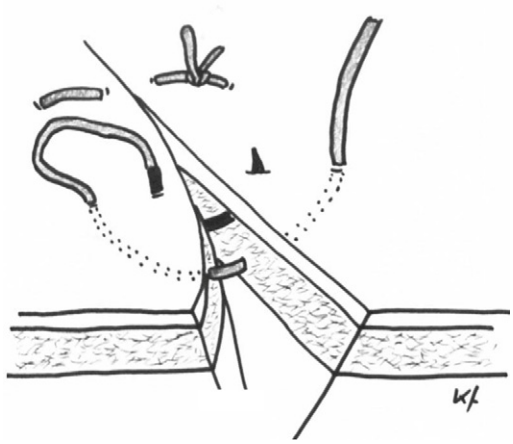


FIGURA 102-4. Punto colchonero vertical.

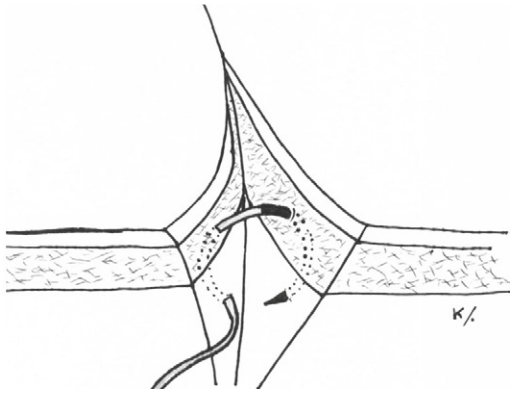


FIGURA 102-5. Punto enterrado.

sobrante a ras del nudo para que quede la mínima cantidad de material para ser reabsorbido.

COMPLICACIONES Y RESULTADOS NO DESEADOS

Realizar una sutura siguiendo el procedimiento previo antes indicado es una técnica en general segura que no suele presentar complicaciones y que cuando las presenta no suelen ser graves, sin embargo habrá que tenerlas previstas para resolverlas en caso de que sucedan.

Complicaciones durante la realización de la técnica

La más grave es el **shock anafiláctico** por alergia a la anestesia local. Se deberá actuar igual que en cualquier reacción alérgica y por ello es importante tener disponible equipo de reanimación cardiopulmonar.

Cuadro vagal

Debido fundamentalmente a causas psicógenas. Siempre se suturará con el paciente en decúbito. Se generará un ambiente tranquilo y que el paciente perciba como seguro. Se evitarán comentarios alarmantes en voz alta ni descripciones innecesarias de la lesión o de la técnica.

Hemorragia intraoperatoria

Como nos estamos refiriendo a suturas cutáneas, la hemorragia nunca será importante y en general será suficiente la presión puntual para resolverla momentáneamente y el propio cierre de la lesión para que se coarte definitivamente, en caso de que esto no ocurra se localizará el vaso sangrante, se clampará con el mosquito y se ligará con hilo reabsorbible o se cauterizará con bisturí eléctrico si se dispusiese de él.

Complicaciones tardías

Dehiscencia de sutura

El tejido cicatricial tiene menos elasticidad y resistencia a la tracción que la piel. Debe prevenirse utilizando adecuado calibre del hilo, evitando tensión en la sutura utilizando técnicas de liberación en la zona y protegiendo la sutura con apósitos, vendas e incluso si está en zona de mucho movimiento y tracción (rodillas, codos, etc.) reforzándola con un vendaje funcional limitante de la amplitud del movimiento articular. Para que el paciente colabore, se le debe explicar esta potencial complicación y los términos de su colaboración. En niños cobra especial relevancia la protección mecánica. Hay que ser cuidadoso en la valoración del momento de retirada de la sutura y es conveniente sustituir los puntos retirados por tiras adhesivas tipo Steri Strip® hasta que estas se caigan. En el caso de que se produzca la dehiscencia, hay que valorar la posibilidad de dejar que la herida cicatrice por segunda intención o bien resecar bordes mediante técnica de Friedrich y volver a suturar.

Hematoma subcutáneo o seroma cicatricial

Aunque son complicaciones distintas, ambas son un acúmulo de fluidos con riesgo de infectarse, y deben prevenirse no dejando espacios virtuales

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

y suturando por planos si se precisa; si ello no fuese posible, se valorará dejar un drenaje. Un vendaje compresivo en la zona también contribuirá a que no aparezcan. Una vez que ya se han instaurado, el tratamiento es el mismo en ambos casos, en un primer momento observar si tienden a reabsorberse y, en caso contrario, hay que drenarlos, en general soltando uno o dos puntos de sutura y en algunos casos siendo necesario poner un drenaje de gasa o goma para que la evacuación sea completa.

Infección de la herida

Puede ser producida por el objeto que la produjo, por contaminación con gérmenes cutáneos circundantes o por contaminación quirúrgica por descuido de las normas de esterilidad. Las dos primeras deben prevenirse con una meticulosa limpieza de la herida y de la piel que la rodea y la última realizando correctamente la técnica. Puede aparecer una colección purulenta embolsada o supurante sin más signos o combinada con los llamados signos de Celso: rubor y calor y con frecuencia dolor y tumor o inflamación, aunque en algunos casos solo aparecen estos signos difusamente en la zona sin colección purulenta. Debe valorarse el caso individualmente y la actuación va desde la simple aplicación de un antiséptico o pomada antibiótica hasta la reapertura quirúrgica de la herida, colocación de drenaje y antibioterapia sistémica.

Efectos no deseados a largo plazo

Cicatrices de mala calidad

Ensanchamiento plano de la cicatriz, cicatriz hipertrófica, queloide y cicatriz hiperpigmentada. Debe valorarse la tendencia individual haciendo anamnesis de antecedentes, si el riesgo es importante y la zona de alto valor estético se puede derivar a un servicio especializado de cirugía plástica. Para prevenirlas se deben seguir, en lo posible, las líneas de Langer (fig. 102-6), evitar tensiones en la herida y en la posterior cicatriz recurriendo si es preciso a un vendaje restrictivo del movimiento, evitar la acción del sol durante al menos 6-12 meses y utilizar láminas de silicona durante un largo período. Si la cicatriz anómala ya está instaurada y preocupa al paciente, se debe derivar a cirugía plástica.

Cicatrices disfuncionales

Las que limitan el movimiento deben evitarse mediante una buena exploración de las heridas accidentales, buscando afectación de otras estructuras como tendones, etc., y evitando en lo posible las cicatrices de mala calidad con las medidas ya referidas. Si el problema se trata de parestesias o disestesias, probablemente sean debidas a la sección en el accidente o en la técnica quirúrgica de fibras nerviosas sensitivas, en general pequeñas y muy difícilmente prevenibles. Hay que tener especial cuidado en la cara. Con el paso del tiempo pueden aminorarse los efectos desagradables o haber un acostumbramiento del paciente, si no es así puede ser necesaria su derivación a un servicio de neurología.

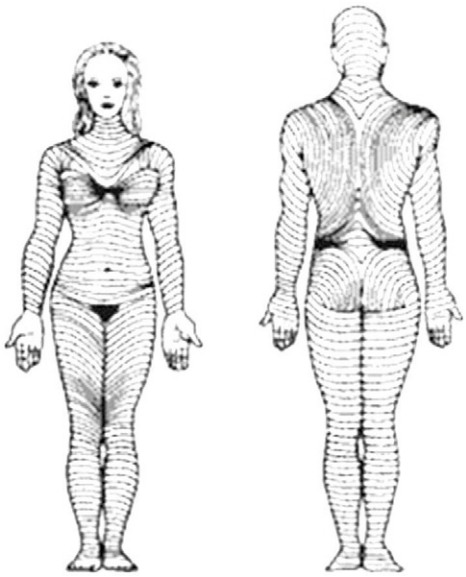


FIGURA 102-6. Líneas de Langer.

CUIDADOS E INDICACIONES POSTERIORES A LA SUTURA

Para el éxito de la sutura es fundamental su cuidado posterior, en el que el paciente es protagonista. Se le debe facilitar toda la información de los cuidados postsutura y hacerle partícipe de los mismos, tendiendo a su máxima autonomía. La información se dará cuando el paciente esté vestido, repuesto y tranquilo, nunca en plena intervención.

Tras la sutura se limpiará la zona quirúrgica y se pincelará con antiséptico preferiblemente transparente para evitar posibles tatuajes de la

cicatriz. Se colocará un apósito y el vendaje o protección pertinentes. Si en la sutura no ha habido problemas, el apósito se mantendrá sin mover 48 h a partir de las cuales se revisará la herida y se decidirá si se mantiene al aire o se vuelve a tapar, a partir de ese momento, y si no hay complicaciones, el paciente podrá lavar la zona cuidadosamente con agua potable y jabón.

Siempre se debe considerar la posibilidad de que exista dolor después de que finalice el efecto de la anestesia, por tanto se pautará analgesia si fuese preciso explicitando que no se debe tomar ácido acetilsalicílico.

En caso de sangrado profuso, que traspase el apósito, dolor de gran intensidad o cualquier otra situación alarmante deberá acudir al centro sanitario.

Se indicará el día en que debe acudir para retirar la sutura, esto dependerá de las características, evolución y aspecto individual de la herida. Para retirar la sutura si es de hilo se utilizará una pinza y un bisturí o tijeras de puntas, se cortará el hilo lo más cerca del punto de inserción en la piel y se traccionará del cabo contrario en dirección al centro de la cicatriz y no haciendo tracción de la propia cicatriz. Si la sutura es con grapas, se utilizará una pinza quitaágrafes.

ASPECTOS LEGALES RELACIONADOS CON LA SUTURA

El paciente es el centro de la atención y no la técnica, ni la herida, ni el profesional. Es un sujeto de derecho, agente moral y conocedor inteligente de qué es lo más conveniente en su vida y circunstancias, por tanto, él decide entre todas las alternativas que se le pueden ofrecer y tras haberle facilitado toda la información que precisa de forma inteligible. Es decir, él consiente en la alternativa que considera más oportuna y en el profesional que le ofrece confianza. Por tanto, siempre tiene que haber consentimiento y, según circunstancias y normativa de la entidad sanitaria en la que se desarrolla la atención, este deberá ser firmado.

Existen casos en los que la persona no es competente para consentir, como es el caso de menores de edad, alteraciones transitorias de la conciencia (etilismo, drogadicción, etc.) o personas enajenadas. En estos casos debe tenerse en cuenta que disponemos de 6 h, en las que la sutura es igual de segura para tomar las decisiones que sean oportunas.

La realización de la técnica es una de las variables que influyen en la calidad de los resultados, pero no la única, está también la propia naturaleza de la herida, las características y respuestas fisiológicas del paciente y otras muchas. Por ello cuando el resultado no es el deseado, al profesional no se le juzgará por dicho resultado, sino por el procedimiento técnico utilizado, que hubiese sido el correcto, es decir, que se ajustase a la llamada *lex artis* o forma de hacer las cosas según el estado actual del conocimiento.

No actuar negligentemente ni con imprudencia o impericia garantizará no tener problemas legales, pero sobre todo es una exigencia ética de todo profesional y en todas las actuaciones.

LECTURAS RECOMENDADAS

Arribas Blanco JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo; 2000.

Arribas Blanco JM, Rodríguez Pata N, Esteve Arrola B, Beltrán Martín M. Anestesia local y locorregional en cirugía menor. Semergen. 2001;27:471-81.

Domínguez Romero M, Galiana Martínez JA, Pérez Vega FJ. Manual de cirugía menor. Madrid: Arán; 2002.

Gómez Álvarez S, Lugo Olín E. Atlas de técnicas para nudos y suturas quirúrgicos. México: Trillas; 2003.

Gómez Sáez J, Olivas Molina M, Ruiz Martínez T, Moraga Lara B, Piñero Sánchez A, Urbano Nohales C. Papel enfermero en la cirugía menor en atención primaria de salud. Metas de Enfermería. 2000;22:27-33.

López García de Viedma A. Manual de suturas. Madrid: Menarini; 2005.

Oltra E, González C, Mendiolagoitia L, Sánchez P. Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.

Oltra Rodríguez E, Mendiolagoitia Cortina L. Enfermería y cirugía menor. Antecedentes históricos, legalidad y situación actual en Asturias. Revista Centro de Salud. 1999;7(4):255-60.

Pera C. Cirugía. fundamentos indicaciones y opciones. Barcelona: Masson; 2004:18-58.

Romero Márquez AR, Fernández Temprano JM, Fernández Hermoso I, Vázquez Guerrero JC. Manual de cirugía menor en atención primaria. Madrid: Ergón; 2008.

Rosen P, Chan TC, Vilke GM, Sterbach G. Atlas de procedimientos de urgencias. Madrid: Elsevier; 2005. p. 206-21.

Schwartz Seymour. Principios de cirugía. Ed. McGraw-Hill-Interamericana; 2000. p. 289-323.

Subías Loren PJ, Rotllant Estelrich G. Cirugía menor. FMC. Formación Médica Continuada Atención Primaria. 2009;16:353.

Vaquero Puerta C. Técnicas básicas en cirugía menor. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1999.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

T

103. Tabaco: intervención enfermera 649
104. Taponamiento nasal y epistaxis 655
105. Tapones de cerumen, extracción 664
106. Toma de presión arterial 670
107. Trabajo en equipo 676
108. Tuberculina, prueba 682

C A P Í T U L O 1 0 3

Tabaco: intervención enfermera

Luis Antonio de Mendiolagoitia Cortina

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es un problema de salud pública. El consumo de tabaco es un grave factor de riesgo para la salud y es la mayor causa aislada de mortalidad prevenible en el mundo. Además de su toxicidad (si fumar no fuera tóxico o lo fuera muy poco, sería irrelevante que fuera adictivo o no), se encuentra su alta adictividad (si fumar no fuera tan adictivo, sería relativamente irrelevante que fuera tóxico o no, ya que cualquiera sería capaz de reducir o eliminar su consumo cuando quisiera), su gran difusión (es una conducta muy extendida) y su evitabilidad (la adicción es una consecuencia del consumo). Es la mayor causa aislada de mortalidad prevenible en el mundo actual, 5,5 millones de muertes anuales; en el 2030 la cifra prevista será de 8 millones al año, a lo largo del siglo XXI el tabaco será responsable de la muerte prematura de 1.000 millones de personas. El consumo de tabaco no es primariamente un problema médico o enfermero: es fundamentalmente un problema de salud pública (como los embarazos en adolescentes, los malos tratos familiares o el consumo de sustancias adictivas). Si fuera exclusivamente sanitario dificultaría e incluso impediría su solución, limitando la eficacia de las intervenciones. Fumar tabaco de forma inhalatoria al darse conjuntamente lo convierte en un grave problema de salud pública. En general, los fumadores de un paquete diario presentan una tasa general de mortalidad de casi el doble que los no fumadores, relacionado con el número de cigarrillos, los años de consumo y la profundidad de la inhalación.

El consumo de cigarrillos es causa de muerte prematura en uno de cada dos adultos fumadores que no abandona el consumo. La esperanza de vida de un adulto fumador es 10 años menor que la de una persona no fumadora en sus mismas circunstancias. No existe un consumo de tabaco seguro y exento de riesgo: aunque gran parte de la toxicidad es dosis-dependiente y tiempo-dependiente, los niveles bajos de exposición (como un cigarrillo al día) se asocian a un incremento significativo del riesgo cardiovascular. En algunas personas con determinadas enfermedades (como el asma, la diabetes), el riesgo de que el consumo de tabaco origine patología es mayor.

Mortalidad prematura: alrededor del 40% de las muertes ocasionadas por el tabaco ocurren entre los 35 y los 65 años. Morbilidad: muchas de estas muertes son súbitas, aunque no es lo más frecuente. No solo se pierden años de vida, sino que los que quedan se viven peor.

Los cigarrillos son especialmente tóxicos, al presentar un pH más ácido que los puros y las pipas, el humo de los cigarrillos ha de ser inhalado, y por ello se obtienen niveles sanguíneos más rápidos y más elevados: esto es lo que hace que los cigarrillos sean mucho más adictivos y mucho más tóxicos a nivel sistémico (cuadro 103-1).

Dejar de fumar disminuye desde el primer año el riesgo; 10 años después del cese, la tasa de mortalidad de ex fumadores y de no fumadores es prácticamente similar.

EXTENSIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, fuma aproximadamente un sexto de la población mundial. Dada su toxicidad y extensión, el consumo de tabaco constituye el principal problema de salud pública de la mayoría de los países desarrollados y en un período relativamente corto de tiempo.

Una serie de características de la nicotina y de los cigarrillos han contribuido a facilitar la extensión del consumo de tabaco y a dificultar la percepción del problema: la nicotina presenta efectos psicoactivos, los cigarrillos reúnen las características de una droga perfecta (baratos, asequibles, sin problema de sobredosis) y su toxicidad es muy tardía.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

CUADRO 103-1. Enfermedades asociadas al consumo del tabaco

1. **Se ha establecido firmemente una asociación causal directa, en la cual fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad:**
   a. Cáncer de pulmón
   b. EPOC
   c. Enfermedad vascular periférica
   d. Cáncer de laringe
   e. Cáncer de la cavidad oral
   f. Cáncer de esófago
2. **Se ha establecido firmemente una asociación causal directa, en la cual fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:**
   a. Enfermedad coronaria
   b. Accidente cerebrovascular
   c. Aneurisma aórtico
   d. Cáncer de vejiga
   e. Cáncer de riñón
   f. Cáncer de páncreas
   g. Cáncer de cuello uterino
   h. Mortalidad perinatal
3. **Epidemiológicamente se observa un mayor riesgo, pero la naturaleza exacta de la asociación no está establecida:**
   a. Cáncer de estómago
   b. Cáncer de hígado
   c. Úlcera gástrica y duodenal
   d. Neumonía
   e. Depresión y trastorno bipolar
   f. Otros trastornos adictivos
   g. Síndrome de muerte súbita del lactante
4. **Se observa exceso de mortalidad en fumadores, pero la asociación se atribuye a factores de confusión:**
   a. Cirrosis hepática
   b. Suicidio
   c. Trastorno esquizofrénico
   d. Cáncer de endotelio
   e. Colitis ulcerosa
   f. Enfermedad de Parkinson

1. La nicotina presenta efectos psicoactivos, que la hacen deseable, a diferencia de otras sustancias adictivas, el consumo de tabaco no produce la alteración de ninguna capacidad funcional ni tampoco coloca; esto ha dificultado y aún dificulta, en algunas personas y colectividades, la percepción de la existencia de un trastorno de la dependencia.
2. Los cigarrillos reúnen las características de una droga perfecta: son baratos, asequibles, no necesitan equipo (basta un mechero o cerillas), pueden ser trasladados, conservados, no necesitan refrigeración, no presentan problemas de control de calidad y carecen de peligro de sobredosis.
3. Además, generalmente su toxicidad es muy tardía, esto contribuye al efecto de negación de problema y dificulta la percepción del mismo, en general los humanos no somos muy precisos valorando riesgos.

La difusión del problema no se entendería sin las tácticas de comercialización de las empresas tabacaleras, en dos líneas de actuación:

1. Contribuir a que su producto sea un bien lo más normalizado posible, como si fuera un bien más de consumo y no como un producto que consumido en la manera en que se indica ocasiona la muerte de la mitad de los consumidores. Este proceso ha conllevado desde pagos a políticos, a líderes de opinión o a profesionales de los medios de comunicación social o mediante la industria cinematográfica de forma indirecta.
2. Ocultar o sembrar dudas sobre los posibles inconvenientes del producto, la documentación interna de la industria, que los jueces obligaron a hacer pública, muestra que bastantes años antes de que llegaran a conocimiento de los científicos de fuera, los profesionales de esta industria eran conscientes de la toxicidad de los cigarrillos, de su adictividad y de que el público diana de sus intervenciones debían de ser los niños y adolescentes. Y que cuando esto se hizo público, realizaron todo tipo de esfuerzos, legales e ilegales, para negarlo o al menos sembrar dudas al respecto.

Un tercer factor, es el hecho de que a corto plazo, los gobiernos se benefician directamente por los impuestos derivados del consumo de tabaco; los beneficios económicos de su reducción o eliminación tardarían varios años en manifestarse.

BASES DE LA DEPENDENCIA NICOTÍNICA

La nicotina es la sustancia responsable de la dependencia, de la adicción al tabaco. Que el consumo de una sustancia adictiva pueda dar lugar a una dependencia no implica que todo

consumo sea manifestación de la presencia de una dependencia. En todas las adicciones se distinguen entre meros consumidores regulares no dependientes y consumidores dependientes, esto no es fácil de aplicar a cada persona que consume, pues no todas las personas que fuman son dependientes de la nicotina, del tabaco. Por este motivo:

- El consumo de tabaco es sensible a políticas de control (incremento del precio, restricción de la publicidad y de los lugares de consumo, etc.).
- Bastantes fumadores responden a intervenciones breves, como el consejo sanitario.

Sin embargo, la mayoría de los fumadores sí son dependientes, con lo que cualquier petición de ayuda conviene abordarla como una adicción, máxime si ha habido intentos previos frustrados. Una dependencia es un trastorno de la conducta que se caracteriza porque está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia en unas circunstancias concretas, y lo realmente propio de una dependencia es la existencia de recaídas. Lo propiamente diagnóstico y característico de toda dependencia es la percepción de la dificultad en el control intencionado del consumo.

Para que un consumo pueda ser considerado como una manifestación de la existencia de una dependencia, o un trastorno adictivo, debe reunir una serie de características:

- Un consumo regular, por encima del deseado o con dificultad para controlarlo.
- Un deseo o compulsión de consumir que viene precipitado o desencadenado por estímulos, internos o externos, previamente condicionados (incentivados) al consumo.

ENFOQUE MOTIVACIONAL EN LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista motivacional es un estilo de entrevista clínica orientada a mejorar la motivación y el compromiso para facilitar el cambio de conducta. Su importancia en el ámbito de la promoción de la salud se deduce de dos constataciones básicas:

- El papel de comportamientos y hábitos personales como principales determinantes de su salud (fumar, abusar del alcohol, practicar poca actividad física, comer de modo no saludable, practicar comportamientos sexuales de riesgo, experimentar estrés, etc.), lo que lleva a la necesidad de comprender mejor los principios que rigen las conductas y a desarrollar procedimientos eficaces para influir sobre ellas.
- La menor eficacia de los procedimientos más directivos (con frecuencia caracterizados por el uso de información amenazante, advertencias, paternalismos y la imposición de la perspectiva del profesor) sobre los comportamientos de los pacientes.

La entrevista motivacional es un enfoque no directivo, centrado en la escucha reflexiva, la validación de la perspectiva del usuario y la facilitación de la toma de decisiones por parte de este. No pretende «convencer», sino crear un contexto interpersonal que facilite, mediante la identificación y examen de las ambivalencias, que el consultante adopte una decisión y se comprometa con ella, siempre desde el respeto a la libertad de elección del consultante. Sus principios estratégicos son:

- El respeto y la validación de la perspectiva del consultante.
- La facilitación de la toma de decisiones por parte del consultante.
- La orientación a la acción.

Se trata de un modelo que se opone, por lo tanto, a la visión de la dependencia tabáquica como algo exclusivamente irracional o patológico.

CONSEJO SANITARIO PARA DEJAR DE FUMAR

El tabaquismo es un problema transversal y la asistencia al fumador es la única que permite disminuir la mortalidad a corto y medio plazo (en España 50.000 muertes anuales, siendo el mayor problema de salud pública), y es importante homogeneizar las intervenciones con pautas concretas y basadas en la evidencia para hacer más eficiente la atención sanitaria.

Las guías de práctica clínica recomiendan con énfasis que todo profesional sanitario deba preguntar **y anotar** la relación de los pacientes con el tabaco, al menos una vez al año, y aconsejar a los que fuman que lo dejen. Este debe ser un consejo relacionado con el motivo de la consulta, durante la consulta e independientemente de que el fumador pida ayuda para dejar de fumar.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La intervención breve o el consejo producen que entre un 1 y un 3% de los pacientes que lo reciben dejen de fumar al menos 6 meses; su efecto es desencadenar intentos de abandono.

Ejemplo:

Enfermera: *Me gustaría saber si fumas.*

Paciente: *Sí… unos 10 cigarrillos, más o menos, aunque ahora estoy reduciendo un poco, desde que estoy embarazada.*

Enfermera: *Me gustaría decirte que no hay consumo mínimo seguro con el tabaco y que tu bebé se beneficiaría muchísimo sí lo dejaras, de hecho es lo mejor que podrías hacer por la salud de los dos…*

El consejo sanitario para dejar de fumar sería una «información verbal breve y personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta cuyo objetivo principal es motivar para el cambio, ya sea de actitud o de conducta», y que sería:

- Averiguar si fuma.
- Analizar la disposición al cambio.
- Aconsejar dejar de fumar.

Este tipo de intervenciones se justifican por su efectividad y diseñadas para atención primaria, donde el tiempo es escaso.

La evidencia dice:

- Se pueden aumentar las tasas de abstinencia a largo plazo.
- Existe una relación dosis-respuesta entre la intensidad de la intervención y sus resultados.
- Incluso pacientes que no quieren hacer un intento aumentan su motivación.
- Las personas se sienten más satisfechas con el servicio de salud.
- Son muy eficientes (coste-efectivas).

El objetivo es que toda persona fumadora que acuda a los servicios de salud sea identificada, reciba un consejo para dejar de fumar y se le ofrezcan tratamientos con evidencia científica.

El primer paso es identificarlo. En España un 70% de la población fumadora visita cada año a su enfermera comunitaria y un 90% cada 5 años.

¿Usted fuma?

El segundo paso es aconsejar a la persona fumadora que abandone el tabaco; con ello se consigue que un 40% haga algún tipo de intento para dejar de fumar y que unos 3-5 por cada 100 fumadores dejen de fumar al menos 6 meses.

¿Ha pensado usted en dejar de fumar?

El tercer paso es averiguar la disposición al cambio.

¿Quiere dejarlo el próximo mes?

Evaluación del seguimiento

Se hará un seguimiento trimestral para ver la evaluación del proceso que queremos implantar y poder así continuar en la estrategia siguiente de intervención y evaluación de aquellos pacientes que inicien el proceso de dejar de fumar, bien de forma individual o en grupo, siendo ambas efectivas, aunque la forma grupal es más coste-efectiva y por ello más importante.

INTERVENCIÓN GRUPAL

El formato grupal de tratamiento podría ser definido como un tipo de intervención que se aplica de forma simultánea a un grupo determinado de personas, aprovechando de esta manera la interacción entre las mismas para lograr el cambio deseado. Con mucha tradición en el campo del tabaquismo, su gran ventaja teórica es la mejor relación coste-efectividad, esto unido a la relación dosis-respuesta demuestra su enorme utilidad, pues el tiempo total que se le puede dedicar a cada paciente aumenta significativamente. Los fumadores cuentan con la solidaridad de los compañeros, evitan la sensación de soledad y quizás podrían asimilar mejor los contenidos y desarrollar mejor las habilidades sociales. Es importante la formación teórica y práctica de la enfermera, así como ciertas características personales; igualmente la presencia de otra enfermera en la intervención se ve con más ventajas y menos inconvenientes.

Algunos aspectos técnicos a la hora de diseñar un programa son importantes: el escenario del grupo, el tamaño, la duración y la frecuencia de las sesiones y, por último, la selección de los miembros que formarán parte del mismo. Igualmente, es muy importante realizar una preparación adecuada de los pacientes para el trabajo en grupo, con el fin de reducir el número de abandonos, incrementar la cohesión y acelerar el trabajo terapéutico.

En cuanto a la estructura de las sesiones, consta de tres fases perfectamente diferenciadas: preparación (diagnóstico y preparación), abandono y mantenimiento. Sin embargo, existe una gran variabilidad a la hora de determinar tanto el número como la distribución y

frecuencia de las sesiones a lo largo de las tres fases.

Existen programas grupales de entre 6 y 18 sesiones repartidas a lo largo de entre 3 semanas y 12 meses. No existen pruebas suficientes que apoyen el uso de un programa grupal concreto sobre otro. Sin embargo, sí se sabe que los tratamientos que implican un contacto cara a cara con el paciente tienen una relación dosis-respuesta clara: aumentan su efectividad en relación con la intensidad de la intervención, tanto en tiempo total dedicado como en número de contactos realizados.

A la hora de diseñar un programa de tratamiento hay que tener en cuenta:

- Incluir en él los componentes cognitivo-conductuales que la mayoría de los autores consideran esenciales.
- Estructurar adecuadamente los diversos contenidos que se tratarán dentro de cada una de las sesiones que finalmente la enfermera decida programar en función de: 1) las características concretas de su lugar de trabajo y de la población a la que el tratamiento va dirigido, y 2) si la farmacología está incluida en el protocolo de tratamiento.

Los contenidos a tratar durante la fase de preparación son los siguientes:

- Presentación de un marco positivo y realista para el abandono.
- Conocimiento del tabaquismo. Conceptos importantes de cara a la cesación.
- Autoevaluación del patrón de consumo.
- Situaciones asociadas al consumo y las ganas de fumar.
- Tratamiento farmacológico.
- Técnicas de relajación.
- Cambio a estilos de vida más saludables.
- Prevención de recaídas.
- Ayudar a los pacientes a realizar un plan de abandono.
- Apoyo social.
- Síndrome de abstinencia.

Los componentes de las sesiones posteriores al cese del consumo serían los siguientes:

- Refuerzo de la abstinencia y de los cambios positivos.
- Puesta en común de las experiencias del día a día tras haber cesado el consumo de tabaco.
- Resolución de problemas que surjan a lo largo de la fase de mantenimiento de la abstinencia.
- Control de los tratamientos farmacológicos.
- Revisión de conceptos importantes tratados durante las sesiones anteriores.

SEGUIMIENTO

Se denomina *seguimiento* exclusivamente a las actuaciones terapéuticas que siguen a la cesación, a las intervenciones que se producen después del día D y a aquellas que se desarrollan en esta fase de mantenimiento.

Siguiendo las recomendaciones de la Agency for Healthcare Research and Quality, en su guía clínica *Tratamiento del consumo y de dependencia del tabaco* pueden indicarse tres ideas generales:

- El programa debe constar de más de cuatro sesiones y cada sesión de al menos 10 min.
- Es conveniente tender a aumentar el número de sesiones que se realicen a lo largo del seguimiento, aunque estas sean breves.
- Es conveniente que sean dos los profesionales que de una manera mínimamente coordinada intervengan en el proceso terapéutico.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

En el proceso de deshabituación tabáquica es frecuente que haya recaídas, las cuales no deben ser vistas como un fracaso del proceso terapéutico, sino como una fase más en el proceso de abandono del tabaco. Prevenir las recaídas es uno de los pilares del tratamiento de deshabituación de la nicotina desde fases muy tempranas del mismo, ya que un porcentaje elevado de las personas dependientes recaen tras conseguir no consumir durante un tiempo. Las estrategias deben orientarse no solo a que las personas dejen de fumar, sino también a que se mantengan abstinentes. Por tanto, una vez lograda la abstinencia, deben establecerse tres objetivos terapéuticos:

- Prevenir consumos puntuales.
- Evitar el paso de un consumo aislado a una recaída.
- En el caso de que se produzca una recaída, conseguir que vuelva a estar dispuesta a realizar un intento de cesación.

La recaída es la vuelta al patrón habitual de consumo de la sustancia después de un período de abstinencia, siempre y cuando se haya adquirido previamente un compromiso de cambio. Se debe distinguir el consumo aislado con el

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

puntual (también llamado desliz o a veces caída) de la recaída propiamente dicha.

Los programas de prevención de recaídas tratan de mantener a largo plazo el cambio de conducta conseguido ofreciendo estrategias específicas para fomentar la abstinencia continuada.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Manual PIUFET n.º 1. Santander: PIUFET; 2007.

Ayesta FJ, Márquez FL. El consumo de tabaco como problema de salud pública. En: Márquez FL, Ayesta FJ (eds.). Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud. Montijo: Junta de Extremadura CSD-SES; 2008. p. 11-21.

Becoña E. Programa para dejar de fumar. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Dirección Xeral de Sáude Pública, Universidad de Santiago de Compostela; 1994.

Chapman S. Public health advocacy and tobacco control: making smoking history. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update - Clinical Practice Guideline. Rockville MD: USDHHS Public Health Service; 2008.

Glantz SA, Balbach ED. Tobacco War. Berkeley: University of California Press; 2000.

Guimón J. Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas. París: Biblioteca Nueva; 2001.

Intervención Interdisciplinar en Tabaquismo. Documento de Consenso. Grupo de trabajo «Abordaje interdisciplinar». Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Mayo 2010.

Lledó M, et al. Manual de prevención de recaídas en el tratamiento de las toxicomanías. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1999.

López-Delgado ME, et al. Manual de abordaje de tabaquismo en atención primaria. Santander: Gobierno de Cantabria; 2010.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas aditivas. Barcelona: Paidós; 1999.

Olano E, Matilla B, Sánchez E, Alarcón E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? Intervención sistemática y adaptada al paciente y al nivel asistencial: el protocolo de atención al fumador en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36(9):510-4.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia global de tabaco 2009. Ginebra: OMS; 2009.

Organización Mundial de la Salud. MPOWER. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: OMS; 2008.

Pampel FC. Tobacco industry and smoking. New York: Facts-on-File Inc.; 2004.

Plans P, Navas E, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clin (Barc). 1995;104:49-53.

Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and process of self-change smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychology. 1983;51:390-5.

Rodríguez M, Ayesta FJ. El consumo de tabaco como trastorno adictivo. En: Márquez FL, Ayesta FJ (eds.). Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud. Montijo: Junta de Extremadura CSD-SES; 2008.

Rodríguez M, Ayesta FJ, Azabal M, Rodríguez F. Ayudando a dejar de fumar. Guía para profesionales de la odontología. Madrid: Consejo de Colegios Oficiales de Dentistas de España; 2010.

Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? Rev Esp Toxicom. 1996;6:3-7.

West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing-Addiction Press; 2006.

C A P Í T U L O 1 0 4

Taponamiento nasal y epistaxis

Juan Mario Domínguez Santamaría

CONCEPTO

El término *epistaxis* proviene del griego, y significa «fluir gota a gota». Se define como la salida de sangre al exterior por vía anterior o posterior, de origen endonasal, retronasal o extranasal, causada generalmente por la ruptura de las estructuras vasculares responsables de la irrigación de las fosas nasales, los senos perinasales y la nasofaringe, con una prevalencia que se sitúa en torno al 10-12% de la población general y de lo cual no está exento ningún grupo de edades, aunque existen dos picos de mayor frecuencia de aparición, entre los 15 y 25 años y un segundo pico entre los 45 y los 65 años. Tanto la incidencia como las dificultades terapéuticas están condicionadas por la gran riqueza de vascularización de las fosas nasales y por las múltiples causas locales y generales que pueden provocar el sangrado.

Por lo general, se trata de un proceso benigno, de fácil resolución, aunque a veces puede tratarse de procesos más severos y graves, ya sea por la intensidad del sangrado o la recidiva del mismo, que pueden empeorar, poniendo en riesgo la vida del paciente, y que requerirá por tanto, una terapéutica instrumental más agresiva del proceso, para su resolución.

De cualquiera de las formas, toda epistaxis, incluso las consideradas banales, requerirá de modo diferido un estudio clínico completo, de laboratorio y endoscópico, con el fin de establecer la causa del sangrado, por si se tratara de un proceso del cual la epistaxis fuera un signo de alarma de problemas patológicos más severos.

La zona hemorrágica por excelencia es el área o locus de Kiesselbach en el tabique nasal, debido a que la mucosa nasal en esta localización es más delgada, unida directamente al cartílago subyacente; esta zona es poco elástica y está sometida a más sobrecargas.

ANATOMÍA VASCULAR NASAL

Las fosas nasales están irrigadas por un doble sistema vascular que proviene de las arterias carótidas interna y externa.

El **sistema carotídeo interno,** a expensas de la arteria oftálmica, da origen a las arterias etmoidales anteriores y posteriores, y penetra en el etmoides e irriga principalmente la zona alta del tabique nasal y la pared lateral de la fosa nasal respectiva. La arteria etmoidal anterior, de mayor calibre, penetra desde la órbita a las celdillas etmoidales por el agujero etmoidal anterior e irriga el tercio anterior del tabique y la pared lateral de la nariz, se anastomosa con ramas anteriores de la arteria esfenopalatina en la zona anterior del tabique nasal y forma a este nivel la **mancha vascular de Kiesselbach o área de Little**, que corresponde a la zona donde se producen la mayoría de las epistaxis.

El **sistema carotídeo externo** irriga la mitad inferior de las fosas nasales, cornetes y senos paranasales. De este sistema surgen la arteria facial y la arteria maxilar interna. La arteria facial da lugar a la arteria labial superior que se anastomosa con su homóloga contralateral, formando la arcada coronaria superior y la arteria angular. De la arcada coronaria surge la arteria del subtabique, que emite ramas septales y vestibulares, y la arteria angular, con ramas para la parte lateral de la pirámide. La maxilar interna da lugar a la arteria esfenopalatina y la arteria palatina ascendente o mayor. La arteria maxilar pasa a llamarse esfenopalatina cuando pasa el foramen del mismo nombre y se divide en dos ramas: la rama medial, o arteria nasal posteroseptal, da una rama para el cornete superior, y la rama lateral, o arteria nasal posterolateral, emite la arteria nasal media para el meato medio y la nasal inferior para el cornete inferior y el antro (fig. 104-1).

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

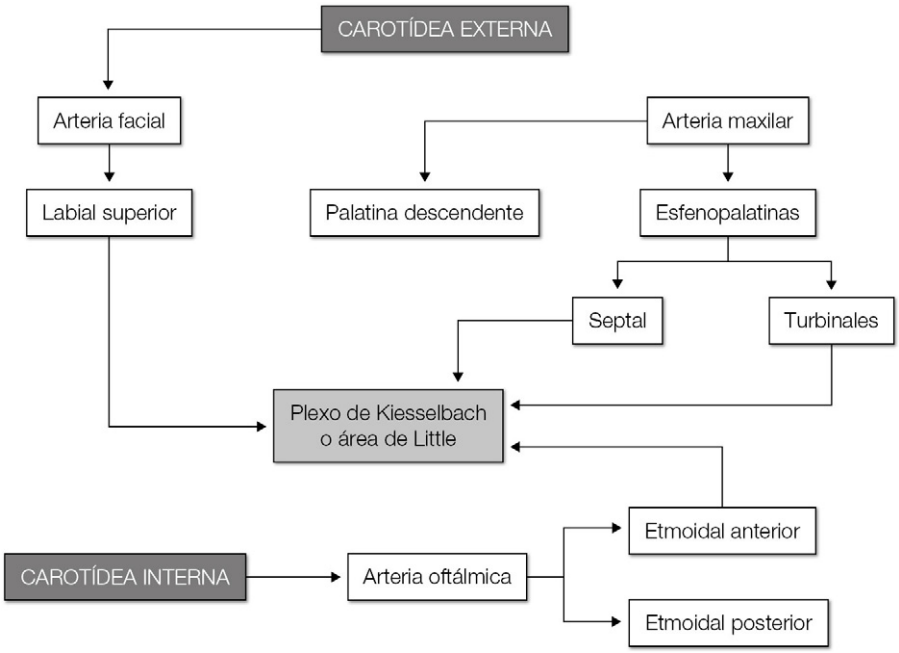


FIGURA 104-1. Sistema de vascularización de las fosas nasales.

CLASIFICACIÓN DE LAS EPISTAXIS

Las epistaxis son clasificadas teniendo en cuenta dos criterios fundamentales:

1. La ubicación anatómica origen del sangrado.
2. Las causas que las produzcan.

En cuanto al primer criterio se refiere, estas se subclasifican, a su vez, en:

- **Anteriores.** Suelen tener su origen en el plexo de Kiesselbach o área de Little, en el que se localizan el 90% de todos los sangrados nasales; son las más frecuentes y benignas. El volumen de sangrado suele ser de leve a moderado, es más frecuente en niños y jóvenes, y su resolución no suele presentar dificultades.
- **Posteriores.** Generalmente, el punto de sangrado se encuentra en la arteria esfenopalatina o en alguna de sus ramas, por lo que la sangre proviene de la parte posterior de las fosas nasales, y es difícil visualizar el punto sangrante y su consecuente dificultad para cohibirlo. El volumen de sangrado es de moderado a elevado, es menos frecuente, alrededor de un 10%, que las anteriores y la mayoría de las veces se presenta en pacientes adultos. Es de más difícil solución (pronóstico grave en la mayoría de los casos).
- **Superiores.** Por lo general, el origen del sangrado se sitúa en las arterias etmoidales, tanto en sus ramas anterior y/o posterior. Al igual que las posteriores, el volumen de sangrado suele ser alto, y su solución resulta dificultosa por lo que tiene un mal pronóstico.

En cuanto al segundo criterio se refiere, las epistaxis se subclasifican, a su vez, en:

- **Locales.** Idiopáticas, microtraumatismos (hurgado, rascado de fosas nasales), resfriado común, rinitis, factores ambientales (sequedad ambiental, humedad, altura, exposición excesiva al calor), traumatismos, cuerpos extraños, tumores (neoplasias, pólipos y angiofibroma juvenil), entre otras.
- **Generales.** Fármacos (abuso de descongestionantes nasales, ingestión de ácido acetil salicílico, anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios), enfermedades infecciosas (gripe, escarlatina, fiebre tifoidea), enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, arterioesclerosis), enfermedades hematológicas (coagulopatías, leucemias, anemia aplásica), enfermedades endocrinas (diabetes mellitus,

feocromocitoma), enfermedades renales (nefritis), entre otras.

Resumiendo, la clasificación de las diferentes hemorragias nasales resulta de interés para el diagnóstico, pronóstico y enfoque terapéutico y sus cuidados asociados.

Desde un punto de vista epidemiológico, cabe resaltar que las epistaxis anteriores suelen ser las más frecuentes y propias de niños y jóvenes. Desde un punto de vista causal, determinados cuadros hemorrágicos se localizan de manera característica en determinadas ubicaciones anatomovasculares; así, el pólipo sangrante septal suele tener una localización anteroinferior en el mismo tabique. Y desde el punto de vista de interés clínico, hay que tener en cuenta que una u otra localización pueden ser diferentes. En este sentido, en las epistaxis posteriores, por ejemplo, el sangrado se produce por la pared posterior de la orofaringe. Atendiendo al interés pronóstico, señalar que las anteriores tienen un mejor pronóstico que las posteriores. Y, finalmente, desde el punto de vista terapéutico, señalar que la coerción del sangrado resulta más fácil, por su mejor accesibilidad, en las anteriores que en las posteriores y superiores.

DIAGNÓSTICO Y EXPLORACIÓN

Ante un paciente con epistaxis, se deben incluir los pasos fundamentales que a continuación se relacionan:

- Anamnesis.
- Localización del punto de sangrado y su posible etiología.
- Toma de constantes vitales, fundamentalmente la tensión arterial, y establecimiento del control hemodinámico del paciente.
- Análisis sanguíneo, que debe incluir como mínimo hemograma completo y estudio de coagulación.
- Si estuviera indicado, estudio radiológico que incluya el cráneo, fosas y senos paranasales.
- Otras medidas para descartar causas generales y/o sistémicas de sangrado.

Anamnesis

Es necesario establecer una anamnesis completa, exhaustiva y dinámica, con el objetivo de determinar los factores desencadenantes locales o sistémicos. A través de esta, por tanto, deben aclararse las circunstancias de aparición, el volumen, las posibles causas y el establecimiento del diagnóstico diferencial con otras hemorragias cuyo origen no se sitúe en las fosas nasales.

Localización del punto de sangrado y su posible etiología

Al mismo tiempo se debe realizar un examen físico de la cavidad endonasal (rinoscopia anterior), retronasal (rinoscopia posterior), oral y de la faringe (orofaringoscopia). Previamente a estos procedimientos exploratorios, para lograr la visualización del punto sangrante, es necesario e indispensable desobstruir las fosas nasales de coágulos, solicitando al paciente que se suene, o retirándolos con pinzas o mediante aspiración.

En términos generales, el paciente durante la exploración, debe mantener la mitad del cuerpo erguido y ligeramente inclinado hacia delante, con el fin de que la sangre fluya hacia la batea recolectora y no caiga hacia la orofaringe, pudiendo provocar broncoaspiración y/o náuseas y vómitos.

La sangre se aspirará de delante hacia atrás, para mantener un buen control visual de la fosa nasal. Habitualmente el sangrado se localiza en la porción septal anterior, aunque a veces en las personas ancianas, hipertensas y diabéticas, entre otras, el sangrado suele proceder de la arteria esfenopalatina o de sus ramas, siendo el sangrado más abundante y de difícil localización. En estos casos, puede ser de utilidad, si no existen contraindicaciones, colocar una torunda de algodón impregnada con un anestésico tópico con adrenalina al 1/1.000, con el objetivo de obtener sus efectos vasoconstrictor y analgésico.

La realización de una rinoscopia posterior resulta prácticamente imposible, y su utilidad en el diagnóstico topográfico del sangrado es nula. En estos casos se debe realizar una faringoscopia, para valorar la existencia de caída de sangre o presencia de coágulos en el *cavum.*

Con el objetivo de establecer el diagnóstico etiológico, al atender a un paciente con epistaxis, se deberá tener presente, y como dato esencial, su edad.

Epistaxis de la infancia

- *Inflamación de la mucosa:* los procesos inflamatorios pueden producir hemorragia nasal. El catarro común, el sarampión, la escarlatina y la rubéola son los más frecuentes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- *Cuerpos extraños:* los cuerpos extraños presentes en las fosas nasales pueden causar cuadros hemorrágicos poco abundantes, pero repetidos, sobre todo, los cuerpos extraños orgánicos, que aumentan de volumen al hidratarse.
- *Los traumatismos:* fundamentalmente por maniobras de rascado del plexo vascular de Kiesselbach.
- *Epistaxis esencial:* crisis frecuentes de hemorragias sin causa aparente. Generalmente sangra el área de la mancha vascular. No es raro que se trate de una predisposición hereditaria.

Epistaxis de la pubertad

En la pubertad suelen aparecer cuadros hemorrágicos ligados a alteraciones endocrinas tales como:

- *Enfermedad de Werlhof:* coincide siempre con un síndrome de metrorragias más o menos manifiesto.
- *Angiofibroma juvenil:* se trata de un tumor benigno desde el punto de vista histológico, y maligno por su comportamiento clínico. Se observa en el sexo masculino, cursa con hemorragias repetidas, de ubicación posterior, que llevan a graves anemias agudas. La asociación de sexo masculino, edad adolescente, con epistaxis y obstrucción nasal unilateral debe inducir la sospecha de este diagnóstico.
- *Desviación del tabique nasal:* en muchos de estos pacientes, la mucosa nasal queda expuesta a los factores ambientales.

Epistaxis en el adulto

Entre sus causas generales, se encuentran:

- *Hipertensión arterial:* es responsable de gran número de epistaxis recidivantes. Causa cuadros graves, generalmente originados en la parte posterior de las fosas nasales. Es la forma de hemorragia que ocasiona los problemas terapéuticos más importantes.
- *En el embarazo:* generalmente durante los primeros meses, es frecuente la rinitis congestiva y la epistaxis. Las crisis son frecuentes y desaparecen espontáneamente después del parto.

  Entre las causas locales, destacan:
- *Úlcera trófica y perforación del tabique nasal:* sangra discretamente, pero en forma repetida. Sus causas más frecuentes son la cirugía sobre el tabique nasal, los parásitos (leishmaniosis), colagenosis (granulomatosis de Wegener), tóxicas (plomo, metales pesados), inhalantes (cocaína), entre otras.
- *Cuerpos extraños:* pueden provocar secreción sanguinolenta y pequeñas epistaxis a repetición.
- *Tumores:* todos los tumores malignos del tabique nasal, nasosinusales y rinofaríngeos pueden ser causa de epistaxis, en general escasas, pero repetidas. Si se observa una rinorrea mucopurulenta fétida, acompañada de estrías de sangre, se debe descartar un proceso neoplásico nasosinusal.

Epistaxis en todas las edades

Es necesario tener presente las enfermedades hemorragíparas, y en estos casos las maniobras locales de inspección deben ser mínimas por el riesgo de provocar o agravar el proceso creando nuevas zonas sangrantes. Su etiología puede ser variada (distintos trastornos de hemostasia, vascular, plaquetario o propios de la coagulación sanguínea):

- *Síndrome vasculopático:* generalmente se debe a malformaciones congénitas, como la telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendú-Osler-Weber.
- *Síndrome trombocitopénico-trombocitopático:* está representado por los cuadros de púrpuras (leucemias agudas, reticulosis, aplasias medulares, la enfermedad de Werlhof y reacciones medicamentosas, fundamentalmente la aspirina, las sulfamidas y los antiinflamatorios).
- *Síndrome coagulopático:* déficit de coagulación de carácter hereditario (hemofilia) o adquirido (déficit de vitamina K, secundario a tratamientos anticoagulantes o a enfermedades hepáticas).

Toma de constantes vitales, fundamentalmente la tensión arterial, y establecer el control hemodinámico del paciente

La medición de las constantes vitales, fundamentalmente la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, se hace necesaria para establecer el control hemodinámico del paciente y evitar así complicaciones sistémicas dependientes del cuadro hemorrágico.

Por lo general, nos podemos encontrar con dos cuadros clínicos, dependiendo del volumen

de sangrado y las consecuencias del tipo de hemorragia: epistaxis leve y/o moderada y epistaxis grave o severa.

La epistaxis leve y/o moderada se caracteriza por la expulsión brusca de sangre roja, generalmente unilateral. Suele ceder espontáneamente o aplicando una leve compresión en la zona afectada. El estado del paciente es bueno y no suele haber compromiso sistémico.

La epistaxis grave o severa puede serlo por dos motivos, bien por el volumen de sangrado o por su recidiva. En estos casos, el estado del paciente puede deteriorarse y aparecer signos de compromiso sistémico, con palidez de piel y mucosas, pulso débil y rápido, hipotensión arterial y tendencia al choque hipovolémico.

Análisis sanguíneo, que debe incluir como mínimo hemograma completo y estudio de coagulación

Si el sangrado es abundante, la determinación del hematocrito y la hemoglobina, inmediatamente posterior al sangrado, y dado que no se ha producido todavía la hemodilución, no tiene valor diagnóstico, pero es recomendable su medición en la atención inicial al paciente con hemorragia nasal grave, para que nos sirva de patrón comparativo posterior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe hacerse en los procesos hemorrágicos, que originalmente no se localicen en las fosas nasales, sino que se exterioricen a través de las mismas, como sucede, por ejemplo, en las hemorragias digestivas altas, las hemorragias broncopulmonares o en las roturas de varices esofágicas, entre otras.

Realizar el diagnóstico diferencial puede resultar de mayor complejidad si se lleva a cabo con el paciente en posición de decúbito supino, que si está en bipedestación, ya que el paciente puede deglutir la sangre y exteriorizarse secundariamente en forma de hematemesis o melena. No obstante, el diagnóstico de una hemorragia digestiva alta, con exteriorización de sangre vía nasal no suele ser difícil, cuando tras la exploración otorrinolaringológica a través de la rinoscopia, se descartan procesos patológicos de fosas nasales.

Enfoque terapéutico. Tratamiento médico y cuidados de enfermería

La conducta a seguir en un paciente con epistaxis estará mediada fundamentalmente por el tipo de hemorragia, la vasculatura afectada y el compromiso hemodinámico del paciente (figs. 104-2, 104-3 y 104-4). En consecuencia, el

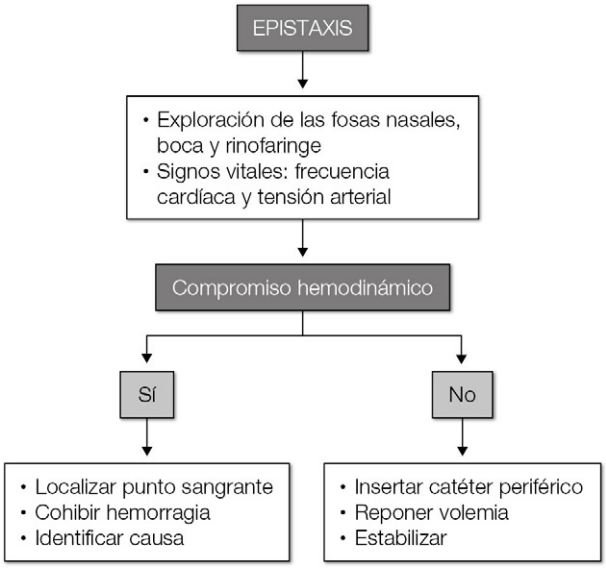


FIGURA 104-2. Algoritmo de conducta inmediata según estado hemodinámico del paciente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

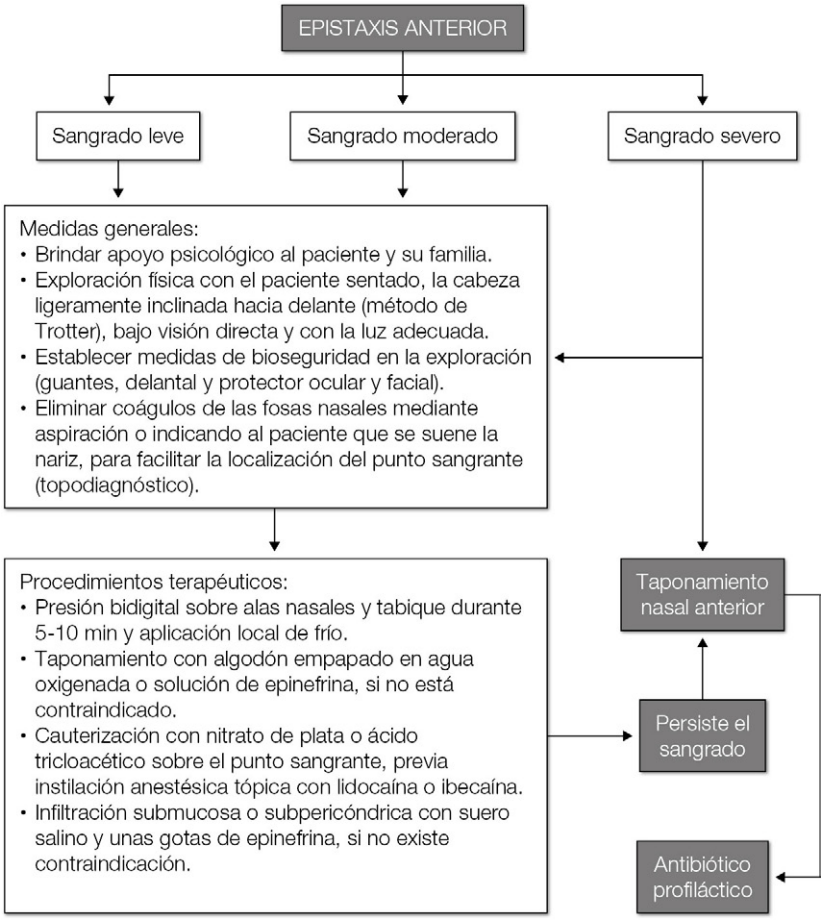


FIGURA 104-3. Algoritmo de actuación ante un paciente con epistaxis anterior.

tratamiento variará en función de la causa que la determine y su localización. Sin embargo, existen una serie de medidas de carácter general, que se deberán llevar a cabo ante un paciente con sangrado nasal:

- Brindar apoyo psicológico y tranquilizar al paciente y su familia.
- Reposo absoluto.
- Colocación del paciente en posición sedente o semisentado, con el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante para evitar la deglución de la sangre y la posible broncoaspiración.
- Aplicar frío mediante compresas con hielo o geles previamente congelados, con la precaución de no hacerlo directamente sobre la piel del paciente, sino envueltas en gasa u otros tejidos, en el cuello, nuca y en el dorso nasal.
- Valorar el volumen del sangrado mediante el examen clínico (palidez de piel y mucosa), la aceleración del pulso y la tensión arterial. El examen otorrinolaringológico nos permitirá, mediante rinoscopia anterior, la localización del punto sangrante, y la exploración de la cavidad bucal, mediante un depresor lingual, la existencia o no de un sangrado posterior.
- Control hemodinámico del paciente:
  - En pacientes hipertensos, se debe normotensar y estabilizar la tensión arterial, preferiblemente tras el control del sangrado, con el fin de evitar que el paciente se hipotense durante las maniobras de taponamiento de la fosa nasal afectada.
  - Si se observan signos de hipovolemia, será necesario asegurar una vía adecuada (por

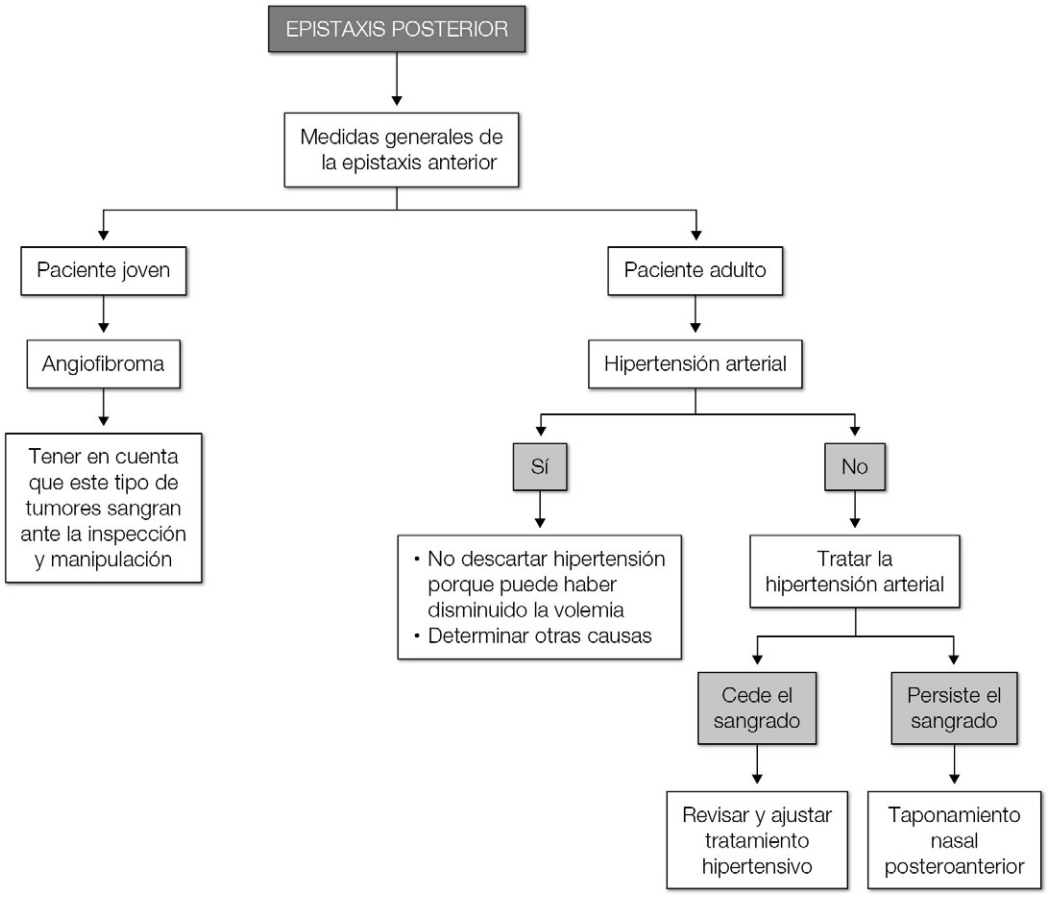


FIGURA 104-4. Algoritmo de actuación ante un paciente con epistaxis posterior.

lo general es suficiente insertar un catéter periférico de calibre 16-18G) para la perfusión de suero salino isotónico o expansores del plasma a flujo alto.
  - En algunas ocasiones será necesaria la transfusión de sangre total o de concentrado de hematíes u otros factores de la coagulación sanguínea.
  - Ajustar la medicación en pacientes anticoagulados.
  - Administrar vitaminas u otros complementos, ante déficit de los mismos.
- Tras el taponamiento del paciente se tomarán, además, otras medidas adicionales, como la adopción de una posición semisentada del paciente, una dieta fría y blanda, evitar fumar, alcohol…

Procedimientos para el taponamiento nasal

Son varios los procedimientos de taponamiento nasal que se pueden llevar a cabo para cohibir un sangrado nasal, y en cualquiera de los casos se deberán realizar de manera progresiva y de menor a mayor complejidad. En este sentido, se pueden distinguir dos tipos de taponamiento: anterior y posterior. La elección de uno u otro dependerá del lugar en el que se encuentre el punto sangrante.

Taponamiento nasal anterior

La situación ideal y más adecuada para llevar a cabo este tipo de taponamiento es previa anestesia tópica de la mucosa nasal. Existen varias opciones, que se relacionan a continuación:

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- *Taponamiento anterior con tiras de gasa:* es el procedimiento de taponamiento más común. Consiste en la introducción en fosas nasales de tiras de gasa de bordes de 2 cm de ancho, impregnadas en pomada antibiótica o en su defecto vaselina, colocándolas horizontalmente haciendo capas (método en empalizada), marcando mayor presión en las áreas donde se encuentra el punto sangrante. Cuando se necesita una mayor compresión es preferible taponar las dos fosas. El taponamiento debe mantenerse entre 48 y 72 h antes de ser retirado, y en caso de que el paciente presente discrasia sanguínea se debe mantener entre 4 y 5 días, antes de ser retirado. En cualquiera de los casos, y para evitar nuevo sangrado, deberá ser retirado lenta y suavemente. Otra posibilidad es realizar un *taponamiento en «acordeón»,* para ello se cruza un hilo en forma longitudinal a través de una gasa y esta se va introduciendo en forma de acordeón por la fosa nasal desde la parte distal a la proximal de la fosa nasal, en torno al eje de este hilo, impactándose en el punto sangrante. Una vez introducida la gasa se anuda el hilo para evitar que el «acordeón» se afloje y se pierda el efecto compresivo. Este tipo de taponamiento está indicado en epistaxis anteriores de moderada a gran cuantía, cuando estas no ceden a la compresión manual. Este tipo de taponamiento puede ser simple o bloqueado cuando el extremo distal de la gasa sobresale por la fosa. Se debe obturar el vestíbulo nasal con una torunda de algodón o rodete de gasa, fijándolos con esparadrapo a las alas nasales. Requiere el tratamiento antibiótico profiláctico sistemático asociado para evitar sobreinfecciones.
- *Taponamiento anterior con esponjas quirúrgicas y mallas reabsorbibles.* En el primero de los casos consiste en la introducción de una esponja quirúrgica tipo Merocel®, que posteriormente se humedece con suero salino isotónico, para conseguir su expansión en el interior de la fosa nasal y su adaptación completa a la misma. Es útil en aquellos casos en que la compresión digital no ha sido efectiva, en general en hemorragias poco intensas. Su inconveniente es que tienen un coste muy elevado y su saturación, es decir cuando se llena de sangre, produce pérdida de su capacidad absortiva por lo que deja de ser efectivo. Otra modalidad consiste en introducir en la fosa mallas reabsorbibles como Surgicel®, útiles sobre todo para hemorragias en sábana de escasa cuantía.

Taponamiento posterior

Este tipo de taponamiento está indicado cuando el sangrado está localizado en la rinofaringe, en la porción posterior de las fosas, en el caso de que no se localice el punto sangrante o cuando el taponamiento anterior resulte insuficiente.

Este procedimiento de taponamiento resulta bastante doloroso y molesto para el paciente, por lo que previamente a su realización debe aplicarse analgesia, e incluso en algunas ocasiones una sedación ligera.

El procedimiento consiste en la introducción de una sonda blanda de Nélaton, a la que van fijados dos hilos de seda, por la fosa nasal cuyo extremo distal se saca bajo el velo del paladar por la boca. En este extremo se coloca un rodete de gasa de tamaño apropiado atado con un hilo, a continuación se tira del extremo proximal de la sonda, dirigiendo el rodete de gasa con la otra mano dentro de la cavidad oral hasta su anclaje en la coana. Se completa la maniobra con un taponamiento anterior de la fosa. Los hilos de seda de la sonda se fijan sobre una compresa delante del orificio de las narinas (nunca directamente sobre la columela para evitar su necrosis), logrando así estabilizar el taponamiento y para facilitar la extracción posterior se dispone un hilo de seda corto que cae a lo largo de la faringe o bien un hilo más largo exteriorizado por la boca y fijado fuera de esta.

El paciente recibirá antibioterapia profiláctica para evitar sobreinfecciones y necrosis hasta la retirada del taponamiento, pudiéndose llevar a cabo este tras incluso 1 semana de su colocación (nunca más de 6-7 días). A veces la retirada del mismo puede producir un sangrado no relacionado con el inicial, sino determinado por el traumatismo que puede producir el propio taponamiento. En este caso, se procederá a lavados con suero fisiológico frío y a veces a colocación de un taponamiento suave de material reabsorbible si no se cohíbe el sangrado.

Otro método de taponamiento posterior, que no resulta difícil de realizar y con el que se obtienen, por lo general, unos buenos resultados, consiste en utilizar una sonda vesical de tipo Foley, que se introduce por la fosa nasal sangrante

hasta llegar a la nasofaringe; posteriormente, insuflando el globo distal, se hace tracción de la sonda y se ancla dicho globo en la coana, después se rellena la fosa nasal con gasa (taponamiento anterior), se coloca una torunda de gasa delante de la narina y se fija la sonda con hilo de seda.

Neumotaponamiento con sonda balonada

Resulta una opción adecuada al taponamiento posterior en pacientes con imposibilidad de anestesia o en situaciones de máxima emergencia.

Se usa una sonda con uno o dos balones hinchables (neumotaponamiento simple o doble). La sonda se introduce a través de la fosa hasta el fondo de la misma, hinchando con suero fisiológico o aire, primero el balón posterior (introducimos de 4 a 8 cm, tiene una capacidad máxima de 20 cm), tensando a continuación la sonda hacia delante quedando esta anclada en el *cavum*. A continuación, se hincha el balón anterior (introducimos 10 a 25 cc, capacidad máxima de 30 cc).

Se debe vigilar todos los días pues tiene tendencia a su desinflado, perdiendo presión y por ende su capacidad compresiva. Este tipo de taponamiento es menos agresivo para la mucosa nasal que los hechos con mechas, pero es mucho más doloroso, por lo que su colocación resulta muy dificultosa si existe una desviación septal, así, en general, debe ser aplicado por especialistas en otorrinolaringología y en el nivel secundario de atención sanitaria, dado que además los pacientes suelen necesitar hospitalización, para su seguimiento y control. Se retirará a los 3-5 días igualmente en el hospital y por profesionales especialistas.

Afortunadamente, la mayoría de los pacientes deben resolver su dramático y desagradable cuadro de sangrado en el nivel primario de atención con los métodos anteriormente referenciados, y aquellos que no lo logran requieren ser derivados al nivel secundario de atención para la aplicación de otros procedimientos, que entrañan mayores riegos y que deben ser aplicados en todo caso por especialistas. Entre ellos cabe destacar: los procedimientos de cauterización química o eléctrica y la fotocoagulación con láser; las inyecciones submucosas, intramucosas o subpericondrales de sustancias esclerosantes; la embolización selectiva, y los procedimientos quirúrgicos de ligadura de los vasos sangrantes y la dermoplastia nasal o septal.

LECTURAS RECOMENDADAS

Alert J, Caballero I, Reno J, García D, Pérez L. El tratamiento radiante en el angiofibroma juvenil de nasofaringe: resultados en 6 pacientes. Rev Cubana Med. 2004;43(1).

Danielides V, Kontogiannis N, Bartzokas A, Lolis CJ, Skevas A. The influence of meteorological factors on the frequency of epistaxis. Clin Otolaryngol. 2002;27(2):84-8.

Durr DG. Endoscopic electrosurgical management of posterior epistaxis: shifting paradigm. J Otolaryngol. 2004;33:211-6.

García SV, Baixauli A. Epistaxis. Guías clínicas. 2004;4(28).

Gicquel P, Fontanel JP. Epistaxis. En: Vercken S (ed.). Enciclopedia médicoquirúrgica, Paris: Elsevier; 2000. Volumen 3. p. 1-9.

Gluckman W, Barricella R. Epistaxis. 2004 [online]. Disponible en: http://www.emedicine.com/. [Consultado en septiembre de 2011].

Gómez A. Epistaxis (capítulo VI). [online]. Disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_musculoesqueleticas_%20oftalmologicas_y_transtornos_otorrinolaringologicos/Epistaxis.pdf. [Consultado en septiembre de 2011].

Hernández M, Hernández C, Berget JP. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuad Cir (Valdivia). 2005;19(1):54-9.

Llavero M. Manejo terapéutico de las epistaxis. Urgencias ORL. Madrid: Laboratorios Menarini; 1999. p. 65-73.

Moreno RE, Figueroa AJ, Díaz A. Epistaxis. Consideraciones sobre el tratamiento clínico y terapéutico en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007;(4):23.

Pino V, Álvarez J, Guerra M, Carrasco F, Blasco A. Epistaxis severa secundaria a enfermedad de Rendú-Osler-Weber. A propósito de 2 casos. ORL-DIPS. 2003;30(3):164-6.

Rejas E, Trinidad G, Álvarez J, Carrasco F, Pino V, Blasco A. Utilidad del tratamiento quirúrgico de la epistaxis grave mediante abordaje endoscópico de las arterias esfenopalatina y etmoidal anterior. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:228-34.

Solano-Villarroel JL, Saavedra-Hernández G. Embolización selectiva de la arteria carótida externa en el manejo de pacientes con tumoraciones benignas en la cavidad nasal y la cara, primeras experiencias en el Hospital México. Acta Med Costarric. 2007;49(1).

Thaha MA, Nilssen EL, Holland S, Love G, White PS. Routine coagulation screening in the management of emergency admission for epistaxis. Is it necessary? J Laryngol Otol. 2000;114:38-40.

Torres B, Lazarich A, Becerra J, Fernández E, Buforn A, Morell V. Epistaxis [online]. [Consultado en septiembre de 2011]. Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/epistaxi.pdf.

Urpegui A, Sancho EM, Royo J, Valles H. Embolización terapéutica selectiva en epistaxis intratable. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001;52(6):508-12.

Vallés H. Traumatismos nasales, dismorfias y epistaxis. En: Traserra J (ed.). Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma. p. 311-6.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 0 5

Tapones de cerumen, extracción

Juan Mario Domínguez Santamaría

CONCEPTO

Denominamos cerumen al producto resultante de la secreción de las glándulas ceruminosas alojadas en el conducto auditivo externo del oído que, en condiciones fisiológicas normales, ejerce funciones de protección de las partes internas de este órgano, atrapando partículas de polvo, bacterias y otros microorganismos, así como cuerpos extraños, que podrían dañarlo. En este mismo sentido, esta sustancia ceruminosa, por su acción lubrificante, ayuda también a proteger la delicada piel que reviste el conducto auditivo externo, y que esta se irrite en contacto con el agua.

El conducto auditivo externo tiene mecanismos de autolimpieza, que producen una lenta migración de los restos de piel descamada y de la cera hacia el exterior, en condiciones fisiológicas normales. A veces sucede que la cera se acumula en gran cantidad, debido a la hipersecreción de las glándulas, malformaciones del conducto u otros trastornos patológicos que, unidos a un desajuste en los mecanismos de autolimpieza, pueden producir tapones obstructivos del conducto.

No obstante, la presencia de cera en la parte distal del conducto auditivo externo —la secreción ceruminosa se produce en la parte más proximal del conducto auditivo externo—, se suele deber, por lo general, a maniobras o manipulaciones realizadas por el propio individuo, en el proceso de limpieza inadecuado de los oídos, como es el uso inadecuado de bastoncillos de algodón, entre otras. Esta maniobras, además de ser normalmente inútiles para la extracción de cerumen, hacen que este se introduzca aún más en el oído y, en ocasiones, se impacte contra la membrana timpánica.

En este mismo sentido, cuando la cera se acumula en gran cantidad, se produce un bloqueo del conducto auditivo (tapón) y la consecuente pérdida de audición (hipoacusia).

Los tapones en el oído pueden ser de dos tipos:

- Los *tapones de cera* son los más comunes y están causados por la acumulación excesiva de cera y alteraciones en los mecanismos fisiológicos de autolimpieza, generalmente de color marrón claro.
- Los *tapones epidérmicos,* menos frecuentes, suelen ser de color más oscuro, de una cera amarillenta, y se producen por descamación epitelial. El conducto auditivo externo tiene células epiteliales que son migratorias y salen del tímpano hacia afuera. Al llegar al final del conducto, esta piel se mezcla con la cera y se forman sustancias de detritus. Cuando el mecanismo no funciona bien, se forman tapones epidérmicos de consistencia más densa y, por lo general, más secos.

Los tapones suelen ser una molestia que algunas personas padecen de manera repetida a lo largo de su vida, pero que puede no aparecer nunca en otras, ya que tanto la cantidad como la calidad de la cera es muy variable entre unos y otros individuos, y en muchos casos existe una propensión genética a desarrollarlos. Se trata de un trastorno que puede presentarse en cualquier grupo de población, sin importar el sexo ni la edad, aunque afecta en mayor medida a la población anciana, debido, entre otras causas, a que las células epiteliales de su conducto auditivo externo tienen menos capacidad migratoria y a los cambios en la secreción de sus glándulas ceruminosas, que hacen que el cerumen tienda a secarse, favoreciendo la formación de tapones y su impactación.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En general se manifiesta por:

- Una hipoacusia de aparición súbita o gradual, dependiendo del grado de obstrucción y/o impactación del tapón.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Autofonía (sensación de oírse la propia voz, con cierto grado de reverberación, cuando se habla).
- Sensación de plétora en el conducto auditivo externo.
- También es frecuente que, al masticar, se tenga la sensación de estar escuchando el ruido que producen las mandíbulas al chocar entre sí.
- Acúfenos, *tinnitus* o zumbidos.
- Los tapones de cerumen no suelen producir otalgia (dolor de oído) o vértigo, salvo que hayan sido manipulados indebidamente, por ejemplo, con un bastoncillo, y se hayan impactado sobre la membrana timpánica.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se lleva a cabo mediante exploración física, a través de otoscopia directa.

Generalmente, durante la exploración, se observa un pabellón auricular normal y sin dolor a la movilidad a menos que el tapón esté muy seco. El tapón de cera se reconoce muy fácilmente a la visualización por otoscopia. El color de la cera puede variar desde el amarillo claro hasta el marrón oscuro; su consistencia, igualmente, es variable.

La otoscopia es la exploración del conducto auditivo externo, del tímpano y, a través de sus defectos, de la caja del tímpano.

Cuando llevemos a cabo este procedimiento exploratorio, y para evitar posibles complicaciones yatrogénicas, resulta recomendable:

- Utilizar espéculos acordes con el tamaño del conducto auditivo (los hay de distintos calibres).
- Utilizar otoscopios de intensidad de luz constante, a ser posible de pared o de batería recargable. La disminución progresiva de la intensidad de la luz del otoscopio (pilas desechables) dificulta la exploración.
- La técnica a emplear dependerá de la edad del paciente:
  - Adultos: para introducir el otoscopio se hará tracción de la oreja hacia atrás y ligeramente hacia arriba.
  - Niños: para introducir el otoscopio se traccionará hacia atrás y ligeramente hacia abajo. La cabeza del niño debe mantenerse sujeta por un familiar o un ayudante.
- El otoscopio debe introducirse y manipularse mientras se mira por el mismo para evitar lesionar la piel del conducto, y el desplazamiento del tapón hacia la parte interna del conducto auditivo externo, y su impactación sobre el tímpano.

ENFOQUE TERAPÉUTICO. TRATAMIENTO MÉDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tras la exploración del conducto auditivo externo, y constatada la presencia de tapón en el mismo, la única solución posible para resolver esta molestia consiste en extraerlo. En condiciones normales, la extracción de tapones óticos no presenta dificultades, y puede realizarla el propio individuo que tiene taponado el oído. No obstante, la comunidad científica recomienda que los procedimientos para la extracción de tapones óticos se lleven a cabo por profesionales cualificados.

En el contexto sanitario español, son los médicos de atención primaria quienes, ante un usuario con un tapón de cerumen en el conducto auditivo, derivan al paciente a la consulta de enfermería para programar su extracción, y si existieran contraindicaciones (cuadro 105-1) para su extracción en este nivel asistencial, derivarlo al otorrinolaringólogo.

CUADRO 105-1. Contraindicaciones para la extracción de tapones de cerumen por irrigación del conducto auditivo externo

- Otitis media o externa activa, hasta que se resuelva.
- Sospecha y/o evidencia de perforación timpánica.
- Historia de otitis media crónica o de supuraciones.
- Cirugía otológica previa, salvo estapedectomía o estapediotomía (cirugía de sustitución o reparación del estribo).
- Lesiones y/o heridas recientes del tímpano y conducto auditivo externo.
- Historia previa de complicaciones con los intentos de extracción.
- Existencia de drenajes transtimpánicos implantados en población infantil.
- Tapones epidérmicos.
- Presencia de cuerpos extraños.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PROCEDIMIENTOS PARA LA EXTRACCIÓN DE TAPONES ÓTICOS

Para proceder a la extracción de tapones en los oídos, son varios los procedimientos que se pueden utilizar, si bien el uso de uno u otro, estará en función de que el tipo de tapón sea de cerumen, epidérmico y/o mixto.

Los procedimientos extractivos más comúnmente utilizados son:

- Técnica de extracción instrumental.
- Técnica de extracción por aspiración.
- Técnica de extracción por irrigación de agua.

Tanto la técnica instrumental como la aspirativa deben realizarse por profesionales especialistas en otorrinolaringología, que son quienes, bajo control microscópico y el uso de instrumentos adecuados (curetas o cucharillas específicas) y cánulas de aspiración, proceden a la extracción de los tapones, generalmente epidérmicos y/o mixtos, que son generalmente los que mayor dificultad técnica y complicaciones pueden presentar.

La técnica extractiva mediante irrigación de agua en el conducto auditivo externo, aún no carente de dificultad técnica y posibles complicaciones, es la más comúnmente utilizada para la extracción de tapones de cerumen, por médicos y enfermeras de atención primaria, como hemos señalado anteriormente.

A continuación, se describe el protocolo de actuación ante un paciente con tapón de cerumen y la técnica extractiva por irrigación:

El médico de atención primaria informará al paciente de la conveniencia de extraer los tapones de cerumen y de las posibles complicaciones de la técnica a emplear para su extracción, para dar cumplimiento a lo expresado en la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en sus artículos 2.3, 2.6 y 4.1, dejando constancia escrita de todo ello en la historia clínica del paciente.

El médico o la enfermera valorarán la conveniencia de aplicar algún preparado tópico cerumenolítico, en forma de gotas óticas (cuadro 105-2), que ablande la cera y facilite la extracción de los tapones, mediante lavado ótico.

Es conveniente advertir al paciente que no debe introducir algodón en sus oídos tras aplicar las gotas, ya que este puede absorberlas y no harían el efecto pretendido de ablandamiento del tapón. Además, se debe aconsejar, permanecer con la cabeza inclinada sobre el lado contrario de la cara al oído en el que se han de instilar las gotas y masajear el pabellón auditivo para una mejor distribución de las mismas.

CUADRO 105-2. Sustancias ablandadoras del cerumen o cerumenolíticas

- Aceites vegetales.
- Glicerina líquida.
- Vaselina líquida.
- Agua oxigenada rebajada.
- Soluciones detergentes: peróxido de hidrógeno y peróxido de urea.

Las gotas para reblandecer el cerumen deben utilizarse entre 5 y 7 días en dosis de 3-5 gotas, tres veces al día. Si el uso de las gotas cerumenolíticas provoca en el usuario dolor o escozor intenso e inmediato, se debe suspender el tratamiento y el paciente debe ser remitido al otorrinolaringólogo, ya que puede ser indicio de que existe una perforación timpánica, o intolerancia a las gotas utilizadas.

A continuación, se citará al paciente en consulta de enfermería para proceder a realizar, de forma programada, la técnica de extracción mediante lavado de oído.

La enfermera, en su consulta, volverá a preguntar sobre los posibles datos que puedan indicar contraindicación de la técnica en ese momento: dolor, sangrado, supuración, etc. (v. cuadro 105-1). De estar presentes alguno de estos problemas, se derivará al paciente a consulta médica sin realizar maniobras de extracción del tapón.

Si no es el caso, a continuación, en ausencia de datos anómalos, se informará al paciente sobre el desarrollo de la técnica, acerca de los signos y síntomas que pueden aparecer durante la misma, y sobre aquellos por los que debe avisar: dolor, mareo, vértigo, sensación de que pasa agua a la garganta, así como de los posibles efectos secundarios del procedimiento: leve sensación de mareo en los primeros minutos y audición disminuida de forma transitoria y breve, hasta la evaporación del agua residual que queda en el conducto (cuadro 105-3).

Tras la valoración focalizada, y de no existir contraindicaciones, se procederá a la extracción

CUADRO 105-3. Potenciales complicaciones durante la manipulación y extracción de tapones óticos

- Sensación de mareo, a pesar de utilizar agua de irrigación a temperatura corporal adecuada.
- Dolor intenso en el intento de extracción (otalgia).
- Hemorragia evidente en el conducto auditivo externo.
- El paciente percibe que el agua de irrigación le llega a su garganta.

del tapón, siguiendo la técnica que se describe más abajo (v. apartado «Descripción de la técnica de lavado de oídos para la extracción de los tapones óticos»).

Si durante la realización de la técnica apareciera cualquiera de las complicaciones indicadas anteriormente (v. cuadro 105-3) se derivará a la consulta médica para su valoración.

Si tras tres intentos no fuera posible la extracción del tapón, y en ausencia de complicaciones, se insistirá al paciente en la forma correcta de aplicación de las gotas y se citará de nuevo al paciente transcurrido un período de 3 a 5 días para realizar la extracción. En este mismo sentido, si no fuera posible la extracción tras estas dos visitas se derivará a la consulta médica para su valoración y derivación del paciente al otorrinolaringólogo.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA DE LAVADO DE OÍDOS PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS TAPONES ÓTICOS

Material necesario

- Otoscopio de luz constante, a ser posible de pared.
- Espéculos de calibre adecuado al tamaño del conducto auditivo externo.
- Batea metálica o de plástico desechable, a ser posible tipo «riñonera», para su mejor acoplamiento al cuello del paciente por debajo del pabellón auricular.
- Jeringa metálica para irrigación de oídos.
- Talla o paño desechable.
- Agua a temperatura corporal (no más de 37 °C).
- Gasas para secado.
- Guantes.

Desarrollo del procedimiento

- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, tranquilizándole sobre posibles temores que pudiera tener al respecto.
- Lavarse las manos según procedimiento habitual y colocarse los guantes.
- Comprobar la temperatura del agua (si está demasiado fría o caliente puede alterar el reflejo vestibular y hacer que tenga mareos o náuseas e incluso provocar quemaduras en la delicada piel del conducto auditivo).
- Colocar al usuario sentado y solicitarle su colaboración, para sujetar la batea debajo del pabellón auricular, que recogerá el agua de irrigación y el cerumen extraído. En el caso de pacientes infantiles, se requerirá la colaboración de un ayudante, que sostendrá firmemente la cabeza del niño, que previamente habrá sentado entre sus piernas.
- Tomar la jeringuilla cargada de agua, extraer el aire de su interior, dirigir el cono de la jeringuilla hacia la pared superior del conducto auditivo externo (nunca directamente hacia el tímpano, por el riesgo de perforación), introduciéndolo 1 cm, aproximadamente, en el conducto y sin obstruir la salida del mismo.
- Para facilitar la irrigación, y como se comenta en el apartado en el que se describe la otoscopia, se traccionará el pabellón auricular:
  - *En adultos:* tracción del pabellón auricular hacia arriba y hacia atrás para enderezar el conducto auditivo.
  - *En niños:* tracción del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás, con el mismo propósito.
- Inyectar el agua con una moderada presión, ya que de esta forma se evita lesionar el tímpano y también empujar el material hacia regiones más profundas del conducto y sobreimpactarlo en la membrana timpánica.
- Tras cada irrigación es necesario volver a observar con el otoscopio, para asegurarse de la efectividad del procedimiento.
- No resulta aconsejable realizar más de tres irrigaciones. Si con ellas no se resuelve el taponamiento, se deberá remitir nuevamente al médico para su valoración y derivación al otorrinolaringólogo, si así se estimara.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Informar al usuario y/o familia sobre los cuidados posteriores a la extracción, así como de la posible aparición de signos y síntomas, ante los que debe acudir a consulta médica.
- Registrar en la historia clínica del paciente el desarrollo de la técnica, incluidos problemas, complicaciones y actuaciones profesionales llevadas a cabo sobre los mismos.

INFORMACIÓN Y CONSEJOS AL PACIENTE TRAS LA EXTRACCIÓN DEL TAPÓN ÓTICO

- Tras la extracción del tapón puede notar disminución de la agudeza auditiva, que suele desaparecer en las primeras horas, debido a la pequeña cantidad de agua que queda en el oído tras su limpieza.
- También se pueden producir pequeños mareos en las primeras horas tras la extracción. Si aparecen, deberá evitar el llevar a cabo actividades que puedan implicar peligro como conducir automóviles, por ejemplo.
- El canal auditivo externo puede ser vulnerable a procesos infecciosos y/o inflamatorios del oído después de una irrigación. Estos pueden ser causados por la extracción de la cera, que tiene inherentes propiedades protectoras para el canal del oído.
- Hasta que los oídos produzcan más cera para proteger el canal del oído, deberá mantener los oídos secos y protegidos de la entrada de agua como mínimo durante 4 o 5 días después de la irrigación.
- Advertirle de que, si en los próximos días tiene otalgia, mareo, vértigo, pérdida de agudeza auditiva, otorragia o supuración purulenta deberá consultar inmediatamente con su médico o acudir a los servicios de urgencia.

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE NUEVOS TAPONES ÓTICOS

Como hemos venido señalando a lo largo de este capítulo, la extracción, sea cual fuere el procedimiento empleado y el tipo de tapón que se trate, constituye el único método para resolver el problema obstructivo, pero ¿existe algún modo de evitar los tapones óticos? La opinión de los expertos es clara y coincide en señalar que la principal causa de la aparición de tapones óticos se debe a una inadecuada higiene de esta zona.

Para prevenir la aparición de tapones óticos se recomienda:

- No llevar a cabo un exceso de limpieza de los oídos, para no intervenir en el proceso natural, que el oído tiene, para deshacerse de los materiales de detritus del cerumen y la descamación de las células epiteliales.
- En términos generales, el aseo y limpieza de los oídos no es necesario. Sin embargo, en caso de serlo, se aconseja lavarse el oído cada 15 días con agua oxigenada rebajada, con objeto de evitar que la cera se solidifique y se puedan formar tapones. En el mismo sentido, es aconsejable que nunca se limpie el oído «más allá de donde llega el dedo índice, que coincide con el lugar donde están las glándulas encargadas de fabricar la cera». Si se introduce cualquier objeto rebasando este límite, puede estimularse la secreción de cera y provocar un empeoramiento de la situación. Es más aconsejable limpiar solo el pabellón auricular y la porción más externa del conducto externo, usando el dedo índice envuelto en una gasa o tejido fino.
- Se deben evitar las maniobras instrumentales de limpieza y/o lavado demasiado frecuentes que puedan afectar al pH de la superficie del conducto, pudiendo favorecer procesos inflamatorios y/o infecciosos.
- No se debe introducir ningún tipo de objeto, como bastoncillos de algodón, porque puede dañar la piel delicada que cubre el canal del oído e incrementar el riesgo de tener infecciones, prurito y problemas de hipersecreción de cerumen y su potencial impactación en el conducto auditivo o la membrana timpánica.

Además, es importante tener en cuenta en materia de prevención, para evitar recurrencias de cerumen impactado, las siguientes indicaciones:

- Evitar introducir champú, jabón o alcohol en el oído.
- Evitar no permanecer mucho tiempo en lugares donde el aire tenga una concentración elevada de polvo.
- En personas con predisposición al oído de nadador, se aconseja utilizar tapones de material plástico adaptable.
- En acúmulos frecuentes de cerumen se deben utilizar reblandecedores de cerumen para evitar la impactación.

- Revisiones de los oídos anuales, en especial antes del verano, para eliminar el posible exceso de cera, en la población adulta e infantil. De igual modo, debería hacerse en la población anciana, aprovechando las revisiones médicas rutinarias en esta población.

LECTURAS RECOMENDADAS

Armstrong C. Diagnosis and management cerumen impaction. Am Fam Physician. 2009;80(9):1011-3.

Burkhart CN, Kruge MA, Burkhart CG, Black C. Cerumen composition by flash pyrolysis-gas chromatography/mass spectrometry. Otol Neurotol. 2001;22(6):715-22.

Burton MJ, Dorée CJ. Gotas óticas para la eliminación del cerumen (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Dalfó A. Mejora de la adherencia al tratamiento y la resolución de los tapones de cerumen tras una intervención de enfermería. Ágora de Enfermería. 2006;10(4):1026-31.

Davies PH, Benger JR. Foreign bodies in the nose and ear: a review of techniques for removal in the emergency department. J Accid Emerg Med. 2000;17:91-4.

Eekhof JAH, De Bock GH, Le Cessie S, Springer MP. A quasi-randomized controlled trial of water as a quick softening agent of persistent earwax in general practice. British Journal of General Practice. 2001;51:635-7.

García García M. Cómo extraer un tapón de cerumen. Rev. ROL Enferm. 1994;XVII (191–192):93-5.

Guest JF, Greener MJ, Robinson AC, Smith AF. Impacted cerumen: composition, production, epidemiology and management. QJM. 2004;97:477-88.

House JC, Lee DJ. Topical therapies of external ear disorders. En: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, eds. Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 5.ª ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. Capítulo 138.

Kumar S, Kumar M, Lesser T, Banhegyi G. Foreign bodies in the ear: a simple technique for removal analysed in vitro. Emerg Med J. 2005;22:266-8.

Riviello RJ, Brown NA. Otolaryngologic procedures. En: Roberts JR, Hedges JR, eds. Clinical Procedures in Emergency Medicine. 5.ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. Capítulo 64.

Roca-Ribas Serda F, Ribas Batllori MA. Problemas otorrinolaringológicos. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF (eds.). Volumen II. 4.ª ed. 1999.

Saloranta K, Westermarck T. Prevention of cerumen impaction by treatment of ear canal skin. A pilot randomized controlled study. Clin Otolaryngol. 2005;30(2):112-4.

Sørensen VZ, Bonding P. Can ear irrigation cause rupture of the normal tympanic membrane? an experimental study in man. J Laryngol Otol. 1995;109(11):1036-40.

Stoeckelhuber M, Matthias C, Andratschke M, Stoeckelhuber BM, Koehler C, Herzmann S, Sulz A, Welsch U. Human Ceruminous Gland: Ultrastructure and Histochemical Analysis of Antimicrobial and Cytoskeletal Components. Anat Rec A Discov Mol Cell Evol Biol. 2006;288(8):877-84.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 0 6

Toma de presión arterial

María del Carmen Aliaga Sánchez

INTRODUCCIÓN

La medición de la presión arterial constituye hoy en día una exploración rutinaria. ¿Qué enfermera/o no ha tomado la presión arterial en el desarrollo de su ejercicio profesional? Su medida y el valor del resultado definen la situación del paciente o usuario/a respecto a su situación hemodinámica. Los valores obtenidos están íntimamente relacionados con la definición de hipertensión arterial y con la situación de supervivencia de los/as usuarias atendidas.

Contribuye a la valoración del patrón denominado actividad y ejercicio (Marjorie Gordon) y es un indicador de la situación en que se encuentra una persona en relación con su riesgo cardiovascular o supervivencia.

Independientemente de que sea un procedimiento rutinario, no por ello carece de suma importancia, ya que una medición mal realizada puede contribuir a un diagnóstico erróneo en un paciente sano o viceversa.

Si queremos evitar estas mediciones incorrectas de presión arterial (PA), al realizar el procedimiento deberemos seguir una sistemática y proveernos de unos instrumentos de medición que garanticen la fiabilidad de los resultados obtenidos y su reproducibilidad individual e interindividual.

No debemos olvidar que la PA está íntimamente relacionada con el volumen de flujo sanguíneo y la resistencia circulatoria, por ello se encuentra sujeta a importantes oscilaciones dependientes de la actividad que se realice, la temperatura del medio ambiente, el tipo de dieta, el estado anímico, la postura, el estado físico, la medicación que utilice el o la usuaria y las características del aparato de medida utilizado. Los instrumentos de medida que más frecuentemente se utilizan son los esfigmomanómetros de mercurio y los aneroides o electrónicos.

En los últimos años han surgido nuevos métodos para la medida de la PA, la automedida de la PA (AMPA) y la monitorización ambulatoria de la PA de 24 h (MAPA). Con ellas se ha favorecido el conocimiento del perfil circadiano de la PA y la importancia pronóstica que adquiere el valor de la PA nocturna.

Por último, recordar la importancia que tiene una correcta medición de la PA en el caso de la hipertensión arterial e insuficiencia renal, al ser la hipertensión arterial la causa principal de accidente cerebrovascular y contribuir significativamente al riesgo de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca congestiva.

DEFINICIÓN

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre sobre la superficie de la pared arterial, a medida que la sangre es bombeada por el corazón. Representa una forma de energía potencial que originariamente deriva de la contracción del corazón, y está disponible para hacer que la sangre fluya en contra de la resistencia ofrecida por las arteriolas periféricas, estando determinada por el tamaño y la flexibilidad de las arterias. A pesar de no ser exactamente lo mismo, presión y tensión arterial son términos que habitualmente se utilizan como sinónimos en términos de las ciencias de la salud.

Por consenso, se expresan en milímetros de mercurio, que equivalen a la altura hasta la cual se elevaría una columna de mercurio si se aplicara directamente a ella la fuerza del sistema arterial. Teniendo en cuenta estos dos factores, de presión de la sangre y presión de los vasos, se pueden considerar distintas cifras a tener en cuenta:

- Presión sistólica: la ejercida por el corazón en su movimiento de sístole y que la transmite a la sangre que circula por las arterias.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Presión diastólica: presión mínima del movimiento de sístole cardíaco, también representa la resistencia que ofrecen los vasos al paso de la sangre.
- Presión diferencial o de pulso: es la diferencia entre la presión sistólica y diastólica. Cuando disminuye esta diferencia, representa una dificultad circulatoria al paso de la sangre por las arterias.
- Presión media dinámica: es la media de ambas presiones, sistólica y diastólica, pero su cifra no es una media auténtica aritmética, sino que representa como un 1/3 de la sistólica más 2/3 de la diastólica.

Cada una de ellas tiene un significado para el mantenimiento de la homeostasis del organismo. Así, por ejemplo, un aumento desmesurado de la presión sistólica puede romper una arteria y provocar una hemorragia. Un aumento de la presión diastólica se provoca por una dificultad circulatoria, por tanto, aumento de la resistencia al paso de la sangre. Una presión diferencial o de pulso disminuida representa que los valores de la presión arterial sistólica y de la diastólica se aproximan, provocando un colapso circulatorio. Su valor en adultos es de 40 mmHg aproximadamente.

Una presión media disminuida afecta directamente a la función renal, ya que para que el riñón funcione de forma correcta debe mantenerse una presión media de 70 mmHg.

En definitiva, la medición de la presión arterial se fundamenta en la interrupción del flujo sanguíneo de una arteria (habitualmente braquial) aplicando una presión uniforme con un manguito hinchable u otro aparato medidor. En el momento en que la presión aplicada es mayor que la presión arterial, el vaso se colapsa y el flujo se estanca, por lo que no se ausculta ningún ruido. Al ir reduciendo la presión del manguito, el flujo en el vaso se reanuda originando unos ruidos característicos de flujo turbulento que gradualmente pasa a flujo laminar, lo que posibilita el cálculo de las presiones sistólica y diastólica. Los ruidos que permiten dichos cálculos se conocen como fases de Korotkoff.

Los ruidos descritos por Korotkoff fueron cinco; la presión arterial sistólica coincidía con el primer ruido y la presión arterial diastólica coincidía con la desaparición del último ruido.

OBJETIVO

Medir y valorar la PA que presenta el paciente, usuario/a.

MATERIAL

Los instrumentos de medida principales se enumeran en la tabla 106-1.

Los instrumentos utilizados para medir la PA son los tensiómetros o esfigmomanómetros, que están formados por un manómetro (la parte del equipo con la que se efectúa la lectura de la PA, que puede ser de mercurio, aneroide o electrónico) y un manguito, que se pone envolviendo el brazo del paciente, compuesto por una funda de tela que contiene una cámara, que puede hincharse mediante la presión practicada con la mano sobre una pera de goma (tensiómetros de mercurio y aneroide) o por un sistema eléctrico (tensiómetro electrónico).

La técnica de referencia para la medida de la PA es su determinación en la consulta sanitaria mediante un esfigmomanómetro de mercurio. Pueden utilizarse también esfigmomanómetros aneroides recientemente calibrados o aparatos electrónicos validados. La normativa de la Unión Europea pondera la retirada paulatina de los dispositivos clínicos que contienen mercurio, por lo que es muy posible que en un futuro próximo la medida de la PA se realice solo con aparatos electrónicos.

Los tamaños de manguitos más recomendados para adultos y para niños figuran en las tablas 106-2 y 106-3 respectivamente.

CONDICIONES PREVIAS

Ambiente

- La PA debería ser tomada preferentemente por el personal de enfermería, para disminuir la reacción de alerta (que es mayor en la consulta médica y hace que aumente la PA).
- Estar en una habitación tranquila.
- Evitar ruidos y situaciones de alarma.
- Evitar tiempos prolongados de espera antes de la toma.
- La temperatura ambiente debe rondar los 20 °C, si la temperatura es fría recogeremos presiones más elevadas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TABLA 106-1. Instrumentos de medida de la PA

Aparato	Características	Utilización	Ventajas
Esfigmomanómetro de mercurio	Columna de mercurio graduada de 2 en 2 mmHg Brazal y bolsa insuflable Pera, válvula y conexiones de goma	Colocación del aparato en una superficie plana, a la altura de los ojos Revisiones y calibraciones anuales de todo el aparato (con un esfigmomanómetro de mercurio con conexión en Y)	Aparato de mecanismo sencillo, preciso y barato y el más utilizado para el diagnóstico y la evaluación de la terapia antihipertensiva Aparato utilizado en la mayoría de ensayos clínicos
Manómetro aneroide	Esfera con aguja indicadora Brazal y bolsa insuflable Pera, válvula y conexiones de goma	Revisiones y calibraciones cada 6 meses por especialistas, dado que se descalibra más fácilmente que los otros tipos de tensiómetros	Fácil manejo Poco peso Ocupa poco espacio
Manómetro electrónico **Semiautomático** (inflado manual) **Automático** (inflado por compresor)	Pantalla indicadora de cifras de PA, con sistema de insuflación electrónica integrado (en los automáticos) Brazal y bolsa insuflable Pera, válvula y conexiones de goma (en los semiautomáticos) Aparatos validados (v. automedida de la presión arterial)	Para la medida de PA en la consulta y para la automedida de la PA (AMPA) Revisiones y calibraciones cada año con un aparato de mercurio	Fácil manejo, fiable y asequible, cómodo En AMPA: • Mejor reproducibilidad que la toma de PA en la clínica • Contribuye a la no aparición del fenómeno de «bata blanca» y efecto placebo • Permite conocer el perfil tensional diurno • Contribuye a la mejor evaluación de la eficacia antihipertensiva en los diferentes regímenes terapéuticos • Mejora el cumplimiento terapéutico • Reduce el coste farmacéutico y de las visitas clínicas

Fuente: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/hta/tomaTA.asp.

TABLA 106-2. Recomendaciones sobre el tamaño de la cámara en adultos

Tipo de manguito	Dimensiones de la cámara
British Hypertension Society	
Estándar	12 × 26 cm (útiles para la mayoría de los sujetos)
Grande	12 × 40 cm (para obesos)
Pequeño	12 × 18 cm (para sujetos delgados y niños)
American Heart Association	
Pequeño	10 × 24 cm (uso con perímetro del brazo de 22-26 cm)
Estándar	13 × 30 cm (uso con perímetro del brazo de 27-34 cm)
Grande	16 × 38 cm (uso con perímetro del brazo de 35-44 cm)
Muy grande	20 × 42 cm (uso con perímetro del brazo de 45-52 cm)

Fuente: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/hta/tomaTA.asp.

TABLA 106-3. Recomendaciones sobre el tamaño de la cámara en niños

Edad	Dimensiones de la cámara
Neonatos	4 × 8 cm (perímetro del brazo de 5-7,5 cm)
1-4 años	6 × 12 cm (perímetro del brazo de 7,5-13 cm)
5-8 años	9 × 18 cm (perímetro del brazo de 13-22 cm)
9-12 años	10 × 24 cm

Adaptado de Coca A, 2009 y Lurbe E, 2010.
Fuente: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/hta/tomaTA.asp.

Paciente

- Relajado física y psíquicamente. Evitar tomar la PA en situaciones de ansiedad (incluida la producida por la petición o comunicación de resultados de pruebas diagnósticas) o dolor.

- No haber realizado ejercicio físico al menos 30 min antes de la toma de PA.
- No hablar, ni tampoco moverse o contraer el brazo durante la toma.
- Evitar: fumar, beber alcohol o café, comida copiosa, ejercicio o tomar medicamentos que puedan modificar la PA (incluidos vasoconstrictores nasales y colirios midriáticos) en la media hora previa a la visita.
- No tener la vejiga de la orina llena.

Postura del paciente

- Sentado o tumbado: sentado cómodamente, con la espalda apoyada (posición recomendada para las tomas habituales) o bien tumbado, evitando cruzar las piernas y poniendo el brazo donde se vaya a medir la PA apoyado, sin ropa que lo comprima, con la palma de la mano hacia arriba y a la altura del corazón (cuanto más elevado esté el brazo menores son las cifras de presión arterial sistólica [PAS] y diastólica [PAD] obtenidas; ocurre lo contrario si el brazo está por debajo del corazón).
- Decúbito lateral izquierdo o sentada: en embarazadas a partir de las 20 semanas.
- Esperar en las posiciones citadas 5 min antes de iniciar la toma de la PA.
- Para descartar hipotensión postural u ortostática (especialmente en ancianos, diabéticos y en pacientes con tratamiento antihipertensivo intenso) debe medirse la PA al minuto y a los 5 min tras ponerse de pie. Se confirma si hay un descenso de la PAS $\geq$ 20 mmHg y/o de la PAD $\geq$ 10 mmHg.

TÉCNICA

- El aparato (en el caso de columnas de mercurio) debe estar a la altura de los ojos del observador.
- Localizar la arteria braquial por palpación a lo largo de la cara interna del brazo. Situar el manguito con el centro de la cámara coincidiendo con la arteria y con su borde inferior 2-3 cm por encima del pliegue del codo para dejar libre la fosa antecubital.
- Poner el fonendoscopio en la fosa antecubital aplicando una presión suave. Nunca se debe introducir el fonendoscopio por debajo del manguito.
- La PAS se calcula por palpación de la arteria radial. Se debe inflar el manguito rápidamente hasta 30 mmHg por encima del nivel en que desaparece la onda del pulso. El desinflado se hará a una velocidad uniforme de unos 2 mmHg por segundo o latido cardíaco (si se hace con mayor rapidez puede producirse una infraestimación de la PAS y una sobrevaloración de la PAD).
- Se utiliza el primer sonido que aparece seguido de otros dos iguales (fase I de Korotkoff) para definir la PAS y la desaparición del sonido (fase V) para definir la PAD.
- En algunas situaciones de circulación hiperdinámica (fiebre, anemia, hipertiroidismo, embarazo), en las insuficiencias valvulares aórticas y en hipertensos tratados con vasodilatadores potentes, la fase V está a menudo ausente por lo que los ruidos de Korotkoff se auscultan hasta que la columna de mercurio llega a 0. En este caso la fase IV (atenuación de los ruidos) nos revelará el valor de la PAD.
- Si los sonidos son débiles, decir al paciente que eleve el brazo, que abra y cierre la mano 5-10 veces y después insuflar el manguito rápidamente.
- En la toma inicial debe medirse la PA en ambos brazos y si se descubre una diferencia de presión $>$ 20 mmHg en la PAS o $>$ 10 mmHg en la PAD se deben valorar las posibles causas y considerar como presión del individuo la medida más alta. En las visitas sucesivas se determinará la PA solamente en el brazo con cifras más elevadas («brazo control»).
- En sujetos obesos, si no disponemos de manguito apropiado, se puede poner la cámara en el antebrazo y auscultar los sonidos sobre la arteria radial.
- En los jóvenes ($<$ 30 años) es aconsejable hacer una medida en la pierna si la PA del brazo es elevada, para excluir la coartación aórtica.
- En cada visita deben hacerse como mínimo dos tomas de la PA separadas entre sí por lo menos 1-2 min y promediar los valores. Si las primeras dos lecturas difieren en más de 5 mmHg, deberían efectuarse tomas adicionales (hasta cuatro tomas que deben promediarse juntas).
- Si existe una arritmia, se recomienda medir la PA cinco veces y promediar.
- Es conveniente registrar inmediatamente las cifras de PA y no manifestar preferencia por

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

determinados números (discriminando de 2 en 2 mmHg; no redondear las cifras a 5 o 10 mmHg).
- Contar la frecuencia cardíaca mediante la palpación del pulso radial al menos durante 30 s después de la segunda determinación de la PA.

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

Hay situaciones que influyen en la medida de las presiones arteriales debidas al observador y también relacionadas con el equipo de medida. Incluso pueden aparecer problemas en la medida que deben ser conocidos por enfermeras/os.

Situaciones relacionadas con el observador

Los profesionales que exploran la PA deben estar entrenados en la técnica de medida de PA con una metodología similar y deben tener una agudeza auditiva suficiente para poder percibir y distinguir los diferentes ruidos.
- Mala colocación del fonendoscopio. Las olivas del fonendoscopio deben colocarse en la dirección del conducto auditivo externo, es decir, dirigidas hacia la nariz. Otra colocación hará que percibamos los sonidos muy atenuados.
- Incorrecta alineación de los ojos con respecto a la columna de mercurio. Ambos han de estar en el mismo plano. Si la mirada está por encima, se leerán cifras inferiores y si está por debajo se leerán cifras superiores.
- Cuando se ejerce demasiada presión sobre la arteria con el fonendoscopio, esta puede deformarse. Escucharíamos turbulencias y se infravaloraría la PAD.
- Al desinflar muy rápido el manguito, se pierde la oportunidad de observar la coincidencia de los sonidos con las cifras que mide el menisco del manguito. Hay que mantener una velocidad de desinflado de 2 mmHg/s.
- Si se produce una presión de insuflado excesiva. El efecto del dolor que producimos en la zona provoca un aumento de PA.
- En los pacientes con PA muy elevada, hay que tener la precaución de realizar la maniobra de presión de pulso. Puede que el manguito no se hinche lo suficiente y, si coincide con un paciente en que la fase II de Korotkoff es silenciosa, podríamos estar interpretando una PA de hasta 30-40 mmHg menos. La solución es utilizar la maniobra de presión de pulso y repetir la lectura inflando el manguito al menos 20 mmHg por encima de la presión del pulso. A este efecto se le llama vacío o *gap* auscultatorio.
- Cuando el brazo no está a la altura del corazón; cuanto más elevado está, menores serán las cifras de PAS Y PAD, y viceversa. En el caso de que no pudiera modificarse la posición del brazo, deberemos sumar o restar 0,8 mmHg por cada centímetro de desplazamiento hacia arriba o hacia abajo, respectivamente.
- Si el paciente tiene arritmias, deberemos tener en cuenta que se modifica la duración de la diástole. En estos casos se recomienda tomar la PA más de una vez y utilizar la media de todas ellas.
- Puede aparecer seudohipertensión cuando el paciente tiene unas arterias muy rígidas, arterioescleróticas, estas arterias son muy difíciles de comprimir, y se necesitan presiones muy altas superiores a la que correspondería a la intraarterial. Al utilizar la maniobra de Osler obtendremos información de esta situación clínica (podremos apreciar que el pulso radial no desaparece durante la presión de oclusión de pulso).

SITUACIONES RELACIONADAS CON EL EQUIPO DE MEDIDA

- Debemos colocar el fonendoscopio de forma que no interfiera ningún ruido, es decir, apartado del manguito y que no obstaculice las gomas de salida. Normalmente utilizaremos la membrana, pero en el caso de pacientes obesos la audición será mejor si se utiliza la campana, ya que los sonidos en estos casos son de frecuencia baja. Se colocará sobre la arteria braquial a la altura de la flexura del codo.
- Si utilizamos un esfigmomanómetro aneroide, recordaremos que debe ser comprobado cada 6 meses. También hay que tener en cuenta que el resultado puede verse afectado por los cambios de temperatura y que los materiales mecánicos que lo componen (muelles, roscas, etc.) ceden con el uso.
- Sabemos que el manguito consta de una cámara inflable de caucho localizada en el interior de una funda de tela no flexible que

TABLA 106-4. Valoración de la presión arterial (mmHg) teniendo en cuenta el perímetro del brazo y la anchura del manguito

Perímetro del brazo (cm)	Manguito 12 cm		Manguito 15 cm		Manguito 18 cm	
	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD
20	11	7	10	7	11	7
22	9	6	9	6	10	6
24	7	4	8	5	10	6
26	5	3	7	5	9	5
28	3	2	5	4	8	5
30	0	0	4	3	7	4
32	–2	–1	3	2	6	4
34	–4	–3	2	1	5	3
36	–6	–4	0	1	5	3
38	–8	–6	–1	0	4	2
40	–10	–7	–2	–1	3	1
42	–12	–9	–4	–2	2	1
44	–14	–10	–5	–3	1	0
46	–16	–11	–6	–3	0	0
48	–18	–13	–7	–4	–1	–1
50	–20	–14	–9	–5	–1	–1
52	–22	–16	–10	–6	–2	–2
54	–24	–17	–11	–7	–3	–2
56	–27	–18	–12	–7	–4	–3
58	–29	–20	–14	–8	–5	–3
60	–31	–21	–15	–9	–6	–4
62	–33	–22	–16	–10	–7	–4

Fuente: Cuesta A. *Medición de la tensión arterial. Errores comunes.* Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2002.

abarca la cámara. Esta funda de tela debe tener la longitud suficiente para envolver el brazo y asegurar el cierre. Es indispensable que tenga la medida apropiada para la circunferencia del brazo.

- Cuando el manguito no está ajustado al brazo del usuario/a, y queda suelto, la zona de la presión sobre la arteria es incompleta y se sobrestima la PA (tabla 106-4).
- En el caso de no colocar el manguito sobre la arteria, y que la bolsa que contiene el manguito quede sobre la arteria y la cámara se sitúe en la parte posterior del brazo, la presión sobre la arteria será mayor y obtendremos una sobrestimación de la medida.
- Si el manguito se coloca sobre la manga de la ropa y la ropa es estrecha, podremos oír menos la PAD y los sonidos muy amortiguados.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cuesta A. Medición de la tensión arterial. Errores comunes. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2002.

Moliner de la Puente JR, González Paradela MC, Marín Sánchez ML. Toma de la presión arterial e instrumentos de medida. [Online]. [Consultado el 12 de julio de 2011]. Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/hta/tomaTA.asp.

Sobrino J, Coca A. Medida de la presión arterial en el diagnóstico de la hipertensión. España: GRAFOMOVI; 2005.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 0 7

Trabajo en equipo

José Ramón Martínez Riera

TRABAJO EN EQUIPO EFICAZ

El término *equipo* se reserva a determinados tipos de grupos en los que se desarrollan unas conductas razonablemente eficientes.

Un equipo de trabajo consiste en un pequeño número de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, utilizan parámetros de desempeño y métodos estructurados y son mutuamente responsables de su realización.

Las características mínimas que debe tener un equipo son:

- Tener objetivos de equipo. El equipo debe identificar un motivo que le impulse a trabajar de manera conjunta.
- La interdependencia. Es fundamental que los miembros del equipo sean interdependientes, es decir, que cada uno necesite de la experiencia, habilidad y dedicación de los demás para lograr objetivos comunes.

Los aspectos que se pueden identificar en los equipos son:

- Interacciones: cada miembro se relaciona con los demás del grupo de forma directa, sin intermediarios.
- Emergencia de normas: el grupo crea unas reglas de conducta muchas veces implícitas que regulan los comportamientos de los miembros del grupo.
- Existencia de objetivos colectivos comunes.
- Existencia de emociones y de sentimientos colectivos.
- Emergencia de una estructura informal: especialización en determinadas funciones grupales.

Se considera que un equipo es eficaz cuando es capaz de establecer él mismo unas normas y comportamientos que le faciliten lograr los objetivos propuestos en el tiempo previsto para ello.

Sobre la base de ello se pueden identificar como normas de un equipo eficaz las siguientes:

- Se aprovecha conscientemente de las funciones grupales. Es importante que el equipo identifique claramente, al menos, las funciones del líder del equipo como coordinador interna y externamente de los objetivos, como animador de la participación activa de todos sus miembros y como ejemplo de trabajo del equipo.
- Desarrolla sus reuniones a través de «ciclos de eficacia grupal» que eviten el caos, sobre la base de:
  - Consensuar los objetivos.
  - Consensuar la planificación para lograr los objetivos.
  - Ejecutar el plan de trabajo.
  - Realizar informes del trabajo desarrollado.
- Domina, aprovecha y «exprime» el tiempo colectivo para lograr alcanzar los objetivos.
- Utiliza sistemáticamente el *feedback,* permitiendo recibir información sobre la interpretación que el/los receptor/es da/n al mensaje y utilizando dicha información para modificarlo total o parcialmente con objeto de hacerlo más eficaz.
- Cada miembro orienta sus mensajes a los demás miembros, con el fin de hacerlos comprensibles a todos.
- Cada miembro practica la escucha activa con todos los miembros del equipo.
- Se dota asimismo de normas mínimas que favorezcan las actitudes cooperativas frente a las competitivas.
- Se dota asimismo de normas mínimas en cuanto a toma de decisiones para poder utilizar la mejor en cada momento, circunstancia o situación:
  - *Por decisión unilateral.* Una persona tiene poder para tomar una decisión sin contar con el grupo.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- *Por asociación de dos personas.* Dos personas se asocian para conseguir que el grupo asuma su opción.
- *Por asociación de un grupo.* Un subgrupo de miembros del equipo, normalmente no mayoritario, se asocia para conseguir que el grupo adopte su opción.
- *Por acuerdo mecánico.* Por mayoría simple a través de una votación.
- *Por unanimidad.* Todos los miembros del equipo votan a favor, o al menos no expresan ningún tipo de disconformidad, aunque alguno en su fuero interno lo hace por no desairar a otros miembros del equipo y tampoco se compromete con la opción acordada.
- *Por consenso.* Todos los miembros del equipo asumen la opción adoptada como la mejor y la aceptan como propia preparándose para encauzar todas sus energías futuras en esa opción. Sobre la base de:
  - Definir el tema o problema a discutir de forma adecuada.
  - Dejar que todos propongan el máximo de posibles alternativas de acción.
  - Anotar todas las posibilidades.
  - Discutir cada posibilidad planteando aspectos a favor y en contra.
  - Buscar la alternativa con más o mejores aspectos a favor y menos en contra.
  - Comprometerse todos con la solución adoptada.

- Es capaz de controlar las emociones individuales y grupales evitando distorsiones en su funcionamiento.

EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Cuando se implantó el nuevo modelo de atención primaria, uno de los objetivos fundamentales era el de poder pasar de un modelo individualista con protagonismo casi exclusivo de un colectivo profesional a un modelo participativo en el que se instaurase el trabajo en equipo desde una perspectiva multi- e interdisciplinar.

Este objetivo que tenía muy buenas intenciones y que suponía un cambio significativo en las relaciones entre los profesionales, sin embargo, adoleció de una adecuada formación de los profesionales que se integraban al nuevo modelo de atención desde el antiguo modelo ambulatorio de asistencia médica. Se inició pues con muy buena voluntad pero con escasa implantación y éxito. Con el paso del tiempo y a pesar de honrosas excepciones el trabajo en equipo, ha sido más una intención que una realidad.

Los objetivos que persigue un equipo de atención primaria son:

- Reforzar el papel de la atención primaria como puerta de entrada y moduladora del sistema sanitario.
- Aumentar la capacidad de resolver problemas y satisfacer necesidades.
- Reforzar la continuidad de la asistencia.
- Mayor integralidad de la atención.
- Facilitar la multidisciplinariedad y complementariedad.
- Utilizar racionalmente los recursos.
- Mejorar la calidad científica del proceso.
- Introducir sistemas de garantía de calidad.
- Propiciar la participación de la comunidad.

A pesar de todo, muchas veces se genera resistencia al trabajo en equipo. Para llevar adelante cualquier proyecto, la creatividad, la ejecución de tareas, las relaciones interpersonales y el crecimiento personal se logran de manera mucho más efectiva y eficaz desde el trabajo en equipo. Algunas de las ventajas del trabajo en equipo podrían ser:

- Conduce a mejores ideas y decisiones.
- Produce resultados de mayor calidad.
- Hay una implicación de todos los miembros en el proceso.
- Aumenta el empoderamiento y el compromiso de los miembros.
- Alta probabilidad de implementación de nuevas ideas.
- Se ensancha el círculo de la comunicación.
- La información compartida significa mayor aprendizaje.
- Aumenta el entendimiento de las perspectivas de los otros.
- Aumenta la posibilidad de mostrar las fortalezas individuales.
- Habilidad de compensar las debilidades individuales.
- Provee un sentido de seguridad.
- Desarrolla relaciones interpersonales.

Y las principales ventajas que puede aportar son:

- El cuidado prestado por un equipo es mayor que la suma de cuidados individuales.
- Las técnicas poco comunes son utilizadas más adecuadamente.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- La influencia observacional y el aprendizaje informal dentro del grupo elevan los niveles de cuidado y el estatus del conjunto del equipo en la comunidad.
- Los miembros del equipo ven elevada su satisfacción en el trabajo.
- El trabajo en equipo estimula la educación para la salud coordinada.
- El trabajo en equipo disminuye la prevalencia de enfermedades en la comunidad.
- El usuario recibe un tratamiento más eficaz y exhaustivo cuando está enfermo.
- Los miembros del equipo se marcan objetivos comunes.
- Cada miembro del equipo tiene una clara comprensión de sus propias funciones, y reconoce la capacidad y competencia del resto de profesionales que componen el equipo.
- El equipo trabaja agrupando conocimientos, técnicas y recursos, manteniendo criterios de coordinación y complementariedad para distribuir funciones y actividades.
- La eficacia del equipo está relacionada con su capacidad para llevar a cabo el trabajo y su habilidad para poder organizarse como un grupo independiente de personas.
- Participación en común en la toma de decisiones y en la responsabilidad de los resultados.

Por otra parte, para lograr el trabajo en equipo se debe pasar por un proceso de constitución en el que se pueden identificar las siguientes fases:

- 1.ª etapa: de los personalismos, en la que los diferentes miembros quieren dejar su impronta personal que les permita ser reconocidos por el resto. En esta 1.ª etapa se distinguen dos fases:
  - Primera fase o de inicio o de tanteo, sin una clara apertura de las intenciones de los diferentes miembros.
  - Segunda fase o de choque, en la que ya existen pronunciamientos y posicionamientos claros que pueden provocar enfrentamientos.
- 2.ª etapa: de identificación del colectivo, en la que se van acercando posturas e identificando las sinergias entre los diferentes miembros del equipo.
- 3.ª etapa: operativa, en la que ya se pueden plantear objetivos comunes y acciones conjuntas que permiten establecer una adecuada dinámica grupal caracterizada por:
  - Constitución del «grupo coordinador».
  - Formación de grupos de trabajo para el desarrollo de objetivos y tareas específicas.
  - Mecanismo de toma de decisiones participativo.
  - Amplia información y comunicación interna.
  - Existencia de un reglamento de régimen interno consensuado.

Una vez establecida la dinámica grupal, se requiere poder cohesionarlo para que adquiera madurez sobre la base de (fig. 107-1):

- Tener un proyecto:
  - Coordinador proactivo: transforma el equipo.
  - Coordinador pasivo: *laisez faire*.
  - Coordinador reactivo: toma decisiones cuando le empujan desde arriba.
- Disponer de un marco de relaciones interpersonales adecuado.
- Tener una personalidad adecuada a tareas de liderazgo: dar ejemplo y ser generoso como líder: «saber hacer que los demás hagan».

Los principales problemas que se pueden identificar en el trabajo en equipo son:

- Factores individuales: formación previa, experiencia, estatus, ideales y expectativas.
- Factores de interacción:
  - No reconocimiento de la capacidad del otro.
  - Desconfianza, temor.
  - Relaciones de poder.
  - Bloqueos intencionados o no con la transmisión de la comunicación.
- Factores de organización (estructura):
  - Falta de estabilidad.
  - No definición clara de objetivos, metas, etc.
  - Rigidez excesiva de pautas de actuación.
  - Ausencia de liderazgo o «supervisión».
  - Conflicto de intereses.
- Inexistencia de criterios: no solo cantidad de población, sino también las características sociodemográficas, necesidades y problemas.



FIGURA 107-1. Madurez de los equipos.

- Política restrictiva de dotación de sustituciones y suplencias.
- Falta de cobertura de las plantillas orgánicas o autorizadas.
- Limitación de la multidisciplinariedad por limitación de dotación.
- Dotación insuficiente de personal auxiliar, administrativo, celador.
- Alto porcentaje de interinidad.
- Dificultades en la integración.
- Heterogeneidad en la capacitación y motivación de los profesionales de los equipos de atención primaria.
- Dificultades del trabajo en equipo:
  - Estructura multiprofesional.
  - Definición de los objetivos comunes, tareas y roles de cada uno de los miembros.
  - Proceso y método del trabajo grupal.
  - Participación desigual, falta de formación, problemas de comunicación y en la toma de decisiones.
- Limitaciones de organización-coordinación. Participación limitada. Excesiva dependencia de los coordinadores.
- Alto porcentaje de incomunicaciones y conflictos de roles.

REUNIONES DE LOS EQUIPOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Uno de los aspectos más importantes para el fortalecimiento y la dinámica grupal es el de las reuniones de los equipos. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones en los equipos de atención primaria las reuniones son ineficaces e ineficientes por razones tales como el excesivo número de reuniones, la nula formalización de acuerdos, la falta de asunción pública de responsabilidades…, como consecuencia de la falta de preparación de los profesionales que integran los equipos y por una clara debilidad en la gestión de los mismos.

Los centros de salud tienen como características comunes entre sí el hecho de tratarse de pequeñas organizaciones y el estar compuestos por equipos de profesionales en su mayoría altamente cualificados. Esto influye en la manera en que se lidere la cohesión y dirección del equipo, en base, fundamentalmente, a tres componentes:

- *Tener un proyecto,* ya que pretender liderar un equipo sin ideas resulta muy difícil.
- *Disponer de un marco de relaciones interpersonales adecuado*. Las organizaciones pequeñas se basan sobre todo en comunicaciones interpersonales e informales.
- *Tener una personalidad adecuada a tareas de liderazgo.* El líder debe dar ejemplo y ser generoso.

Para suplir las carencias formativas y de liderazgo del trabajo en equipo se llevó a cabo una intensa actividad de reuniones de equipo sin saber muy bien tampoco a qué obedecían y cuál era su cometido, lo que condujo a graves errores en su desarrollo (cuadro 107-1).

Las razones que justifican reuniones de equipo se pueden concretar en:

- Conocer y difundir información.
- Debatir ideas.
- Tomar acuerdos.

Para que las reuniones de equipo sean eficaces, se deberá realizar una preparación de las mismas en las que se tengan en cuenta ciertos factores (cuadro 107-2).

En los equipos ideales sus miembros logran:

- Espíritu de equipo.
- Colaboración.
- Ser respetuosos con las diferentes personalidades.
- Tener buen carácter.
- Ser leales.
- Asumir responsabilidades.
- Trabajar.
- No ser conformistas, ir por más logros.

Resulta de gran importancia identificar qué temas deben ser abordados en reuniones de equipo y cuáles no deben serlo (cuadros 107-3 y 107-4).

CUADRO 107-1. Errores más habituales en las reuniones de equipo

- Número excesivo de reuniones.
- No se precisa orden del día.
- No se fija tiempo.
- No se llega a acuerdos.
- Las reuniones terminan por abandono de los asistentes.
- No se realiza una priorización de los temas a tratar.
- No se asumen responsabilidades por parte del líder del equipo.
- Se repiten los temas tratados al no llegar a acuerdos.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CUADRO 107-2. Aspectos a tener en cuenta en la preparación de reuniones de equipo

- Orden del día y acta.
- Identificar y debatir los puntos importantes que pretenden ser llevados a la reunión con profesionales referentes del equipo.
- Hacer llegar la convocatoria de la reunión a todos los miembros del equipo que deban asistir a la misma.
- Hacer una buena selección de los temas a tratar y ordenarlos, empezando por los más fáciles para ir avanzando en complejidad.
- Reunir a todo el equipo cuando los temas a tratar sean de interés para todos ellos. Si no es así realizar reuniones específicas por colectivos, (p. ej., enfermería, medicina, administrativos, etc.).
- Convocar reuniones en las que se traten de resolver o consensuar temas y no para discutir cómo deberían solucionarse.

CUADRO 107-3. Temas que se deben tratar en las reuniones de equipo

- Objetivos e incentivos.
- Opciones organizativas: problemas de organización, coordinación interna, guardias, etc.
- Informaciones generales.
- Adopción de reglas de conducta. Reglamento interno y su modificación.

CUADRO 107-4. Temas que no se deben tratar en las reuniones de equipo

- Conflictos personales o recriminar la conducta de alguna persona.
- Consensos técnicos: mejor en reuniones específicas.
- Medidas disciplinarias.
- Cualquier tema de índole general que sobrepase la capacidad de actuación del equipo.

Para llevar a cabo una reunión de equipo, esta deberá ser desarrollada con un orden (cuadro 107-5).

En toda reunión de equipo pueden y deben identificarse roles asumidos por los diferentes miembros del equipo y que obedecen a los siguientes perfiles:

CUADRO 107-5. Desarrollo de una reunión de equipo

- Abrir la reunión.
- Moderar el debate.
- Motivar la participación.
- Gestionar el tiempo.
- Tomar acuerdos y crear consenso.
- Cierre de la reunión.

- *La persona positiva:* empuja hacia delante, busca el éxito del equipo y se involucra en el proyecto; contagia su entusiasmo al resto.
- *El jefe:* debe reconocerlo públicamente, buscando que sigan su ejemplo.
- *El crítico:* destructivo, todo le parece mal pero no aporta soluciones; los compañeros son unos inútiles, él es perfecto. Deteriora el ambiente de trabajo. Si sobrepasa cierto límite, el coordinador tendrá que llamarle la atención.
- *El discutidor:* no está de acuerdo con nada, siempre defiende otra tesis. Pesado, pero sin ánimo destructivo.
- *Inconformista permanente:* aunque busca el bien del equipo solo consigue sacar a la gente de quicio. Hay que animarle a que piense en positivo, a que aporte soluciones prácticas.
- *El inoportuno:* hace comentarios desafortunados en el momento menos adecuado. Pesado, pero no tiene ánimo destructivo. Igual que al crítico, si sobrepasa cierto límite el jefe le tendrá que llamar la atención.
- *El hablador:* nunca callado, discute aunque no entienda del tema, dificulta y alarga las reuniones, interrumpe permanentemente, impide que la gente se centre en la tarea. En las reuniones no se pueden tolerar sus interrupciones. Si hace falta se le llamará la atención.
- *El listo:* lo sabe todo, suele tener una preparación por encima de la media, aunque un conocimiento muy superficial y poco sólido. A veces sus aportaciones son oportunas, pero resultan pesadas. Habrá que animarle a que profundice algunas de sus consideraciones válidas.
- *El pícaro:* se aprovecha del resto de los compañeros, pero lo hace de manera sutil y sus compañeros apenas se percatan. Su aportación es nula y termina deteriorando el ambiente de trabajo.

- *El rígido:* esquemas mentales muy consolidados, resulta muy difícil moverle. Sin flexibilidad para aceptar o considerar otros planteamientos. Una persona entregada al equipo que requiere paciencia y persuasión.
- *El reservado:* le cuesta participar o no participa, a pesar de dominar la materia. Necesita un empujón, especialmente del jefe. Si rompe la barrera inicial será un gran activo. Hay que animarle desde un principio a que participe en los debates.
- *El gracioso:* sus aportaciones profesionales son muy discretas, pero relaja el ambiente y crea una atmósfera más cálida, contribuyendo a una mayor cohesión del equipo. Puede llegar a ser molesto. Hay que dejarle cierto margen, pero señalándole también unos límites.
- *El organizador:* clave dentro del equipo, preocupado porque las cosas funcionen, que se avance, superar dificultades y no perder el tiempo. Contar con él, consultarle, realzar su papel (auténtico activo para el equipo).
- *El subempleado:* tiene asignado cometidos muy por debajo de sus capacidades. Termina por aburrirse y perder interés. Buscarle nuevas responsabilidades. Personas valiosas que no hay que dejar marchar.
- *El incompetente:* lo opuesto del anterior; los cometidos superan sus capacidades. Por no reconocer sus limitaciones asume nuevas responsabilidades que no sabrá atender, y terminará generando ineficiencias. Apoyarlo con otros compañeros y tener claro su techo de competencia.

No todos los roles se dan en todos los equipos, pero es muy importante identificar los que se den en cada momento para tratar de controlar sus diferentes efectos negativos y aprovechar los efectos positivos que puedan reportar.

LECTURAS RECOMENDADAS

Borrell i Carrió F. Reuniones de coordinación del equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 1995;1(1):17-23.
Holpp L. Dirija el mejor equipo de trabajo. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
Katzenbach J (compilador). El equipo de trabajo. España: Granica; 2000.
Osborne C. Tratar con gente difícil. Biblioteca Esencial del Ejecutivo. México: Grijalbo; 2003.
Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. Aten Primaria. 2003;32(3):135-43.
West M. El trabajo eficaz en equipo 1+1=3. Barcelona: Paidós; 2003.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 0 8

Tuberculina, prueba

Antonio Vicente Valero Marco

INTRODUCCIÓN

Charles Mantoux, médico francés, en 1908, finalizó la prueba del Mantoux o prueba de la tuberculina para el diagnóstico de los contactos tuberculosos, y que actualmente se utiliza de forma rutinaria.

En España se utiliza el derivado proteico purificado (PPD) de la tuberculina PPD-RT23 con Tween 80, en dosis de 2 UT por 0,1 ml, que equivale a la dosis de la tuberculina (5 UT) PPD-S del patrón internacional. El principal inconveniente de la tuberculina radica en que la mayoría de las proteínas presentes en el PPD no son específicas de *Mycobacterium tuberculosis,* sino que las comparte con otras micobacterias.

INDICACIONES

- Personas con sospecha clínica y/o radiológica de padecer tuberculosis (TBC).
- Personas con radiografía de tórax indicativa de TBC inactiva.
- Personas que tienen relación directa con pacientes tuberculosos.
- Pacientes con infección por el VIH.
- Personas que están infectadas y tienen un especial riesgo para el desarrollo de enfermedad tuberculosa.
- Personas con marginación social.
- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Personas en tratamiento prolongado con inmunodepresores, en tratamiento contra el factor de necrosis tumoral α y en candidatos a trasplante.
- Personas que padecen enfermedades inmunodepresoras: leucocitosis, linfoma y otras neoplasias.
- Personas infectadas, que pueden desarrollar la enfermedad activa, constituyendo un riesgo social y epidemiológico.
- Estudios epidemiológicos y control de programas antituberculosos.

CONTRAINDICACIONES

La falta de una zona de piel intacta en la cara anterior del antebrazo, secundaria a la presencia de lesiones cutáneas.

INCONVENIENTES

- La mayoría de los componentes proteicos del PPD no son específicos del *M. tuberculosis,* sino que es una combinación de proteínas de otras micobacterias, además del bacilo vacunal (BCG).
- Falta de respuesta en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular; baja sensibilidad: falsos negativos.
- Escasa confidencialidad de la prueba: conmoción social.
- Puede dar falsos negativos en embarazadas y en pacientes inmunodeprimidos.
- Errores en la administración y subjetividad en la interpretación de los resultados.
- La lectura tardía (48-72 h) genera ansiedad y ausencias a la lectura.

EFECTOS SECUNDARIOS

Si aparecen, son a nivel local: prurito, dolor, vesiculación, ulceración y, en ocasiones, necrosis.

MATERIAL

- Batea.
- Contenedor de material punzante.
- Vial de tuberculina RT-23.
- Guantes desechables.
- Jeringa hipodérmica o jeringa de insulina.
- Aguja intradérmica.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico incoloro.
- Rotulador.
- Regla transparente, flexible, suave y calibrada en milímetros.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS

Se inoculan 2 UT de RT-23 (0,1 ml), vía intradérmica con una jeringa de insulina o jeringa hipodérmica, con aguja de acero de calibre 27 de bisel corto, en la cara anterior del antebrazo (fig. 108-1).

La zona de inoculación debe estar libre de lesiones cutáneas y lejos de vasos sanguíneos. Se aplica de abajo arriba y la técnica es correcta si aparece una ampolla, habón o vesícula en el sitio de la inoculación (fig. 108-2).

Si la técnica ha sido incorrecta, debe administrarse una nueva dosis en otra zona.

Después de la administración, se tiene que informar al paciente para que no se frote, rasque o se ponga un esparadrapo en la zona inoculada, pero sí puede lavarse y/o secarse la zona si fuera necesario.

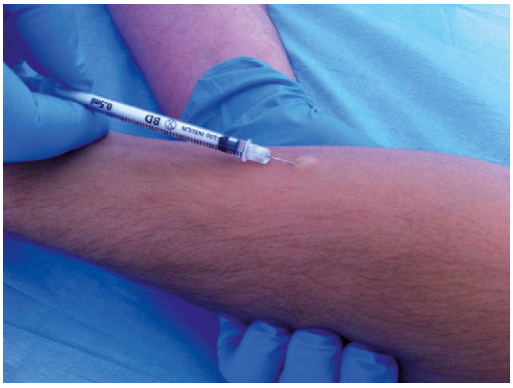


FIGURA 108-1. Administración hipodérmica de la prueba de la tuberculina.



FIGURA 108-2. Vesícula tras administración de la prueba de la tuberculina.

PROCEDIMIENTO

1. Lavado de manos.
2. Seguir normas generales en la administración de medicación.
3. Preparar la dosis a partir de un vial.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado con el codo y el antebrazo extendidos y sobre una superficie plana.
7. Seleccionar la zona de punción y examinar la piel buscando lesiones, etc. Se utiliza la cara anterior del antebrazo.
8. Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico incoloro.
9. Dejar secar el antiséptico.
10. Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.
11. Insertar la aguja de forma que el bisel quede hacia arriba con un ángulo de 15-20°.
12. Inyectar la dosis lentamente hasta formar una vesícula.
13. Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
14. No frotar ni dar masaje en la zona.
15. Dejar al paciente en posición cómoda.
16. Recoger el material punzante y depositarlo en el contenedor de material punzante.
17. Retirarse los guantes.
18. Lavado de manos.
19. Registrar la dosis administrada, vía, fecha y hora e incidencias.

LECTURA

Si existe infección tuberculosa, da lugar a una respuesta inmunológica con infiltración de la dermis, con induración visible, palpable y medible en la zona cutánea donde se ha practicado la prueba.

La lectura debe realizarse primero a las 48 h y después de las 72 h tras la inoculación, si la lectura no puede realizarse en ese período, también será válida si se efectúa en los primeros 7 días.

La medición se realiza de la induración y no del eritema, mediante una regla transparente (fig. 108-3), milimetrada y flexible. Se mide el diámetro transversal al eje longitudinal del antebrazo (fig. 108-4), y debe registrarse en

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

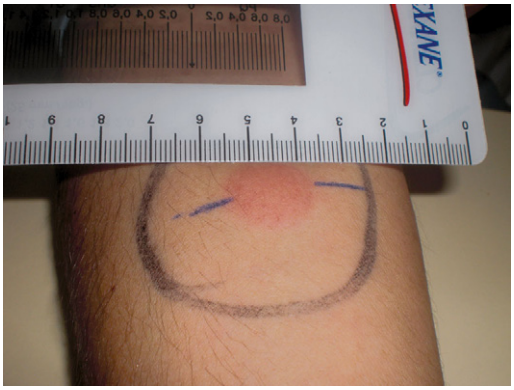


FIGURA 108-3. Medición e induración.



FIGURA 108-4. Eritema e induración.

milímetros y no simplemente como positivo o negativo. Se miden los límites de la induración (con la punta de un bolígrafo se va rayando la piel, desde el lado externo al interno del brazo hasta encontrar una resistencia, es ahí donde se inicia la induración e igualmente desde la parte interna a la externa del brazo), si únicamente hay eritema, el resultado se registrará como 0 mm.

INTERPRETACIÓN

La prueba de la tuberculina es positiva ante una induración igual o mayor de 5 mm; en personas vacunadas contra la TBC no se puede asegurar que la reacción sea debida a infección por *M. tuberculosis* o sea un recuerdo de la vacuna.

Debe valorarse como indicativa de infección tuberculosa una induración > 15 mm de diámetro o la aparición de vesículas o de necrosis.

En los vacunados con BCG, tradicionalmente se ha considerado que ha de ser mayor de 14 mm, aunque las reacciones entre 5 y 14 mm deben valorarse siempre de forma individual.

Tienen que transcurrir de 2 a 12 semanas tras la infección por *M. tuberculosis* para que los linfocitos T sensibilizados pasen al torrente sanguíneo y puedan reconocer la tuberculina depositada en la dermis; durante ese tiempo, aunque haya infección, puede no obtenerse respuesta a la PT.

La respuesta a la tuberculina puede debilitarse con el tiempo, este fenómeno se observa en pacientes de edad avanzada que contrajeron la infección en su juventud y en vacunados no infectados por *M. tuberculosis*.

Siempre que se realice la prueba de tuberculina en individuos de 55-65 años y en vacunados con BCG, si esta resulta negativa debe repetirse 1 semana después para evidenciar el posible fenómeno *booster* o efecto empuje (consiste en detectar infectados, normalmente antiguos, que en una primera prueba de la tuberculina pueden no ser clasificados como tales por falta de respuesta inmune al PPD; la primera prueba tendría un efecto recuerdo en el sistema inmunitario y así provocar con la segunda prueba una respuesta de la inmunidad celular y, de esta forma clasificar a la persona en positiva o negativa).

Existen causas que provocan falsos negativos y falsos positivos en el resultado de la prueba de la tuberculina (cuadros 108-1 y 108-2).

CUADRO 108-1. Falsos negativos

- Vacunación con virus vivos.
- VIH positivo y situaciones inmunodepresoras.
- Fiebre elevada.
- En recién nacidos y ancianos.
- TBC avanzada y diseminada.
- Conservación inadecuada de la tuberculina.
- Estrés, cirugía, quemaduras y enfermedad mental.
- Técnica de administración o interpretación mal realizada.

CUADRO 108-2. Falsos positivos

- Infecciones por micobacterias no tuberculosas.
- Vacunación con BCG.
- Infección local secundaria.

LECTURAS RECOMENDADAS

Blanes FV, et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de procedimientos generales. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2007.

Gallardo Carrasco J, Redondo Sánchez J. Tuberculosis. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2008.

Manzana JS. La tuberculosis y sus epónimos. Charles Mantoux (1877-1947). Rev Esp Sanid Penit. 2009;11: 27-33.

Ruiz J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2008:44(10):551-66.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

U

109. Úlceras por presión: una guía para la prevención en atención domiciliaria 689
110. Úlceras por presión: una guía para el tratamiento en atención domiciliaria 696

C A P Í T U L O 1 0 9

Úlceras por presión: una guía para la prevención en atención domiciliaria

José Verdú Soriano, Javier Soldevilla Ágreda, Francisco Pedro García Fernández y Pablo López Casanova

CONCEPTO

Según la última definición de la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)-European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), publicada en 2009, una úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o de la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado.

Desarrollo de un sistema internacional de clasificación de las úlceras por presión

Como parte del proceso de confección de la guía de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de UPP, la NPUAP y la EPUAP desarrollaron una definición y un sistema de clasificación para las úlceras por presión comunes a nivel internacional. Durante los últimos años, los miembros de las dos organizaciones han mantenido continuos debates acerca de las muchas similitudes existentes entre los sistemas de clasificación de las UPP de la NPUAP y de la EPUAP. Al publicar una guía internacional sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, se considera que este es el momento ideal para desarrollar un sistema de clasificación común que pueda ser utilizado por la comunidad internacional.

La clasificación anterior, en estadios o grados, suponía una progresión de I a III o IV, cuando ese no es siempre el caso. Se ha intentado encontrar una palabra común para describir el estadio o grado y no se pudo. Se sugirió «categoría» como término neutral que reemplazara a «estadio» o «grado». Aunque les resulte extraño a todos aquellos acostumbrados a emplear otros términos, «categoría» tiene la ventaja de tener un significado no jerárquico, permitiéndonos así librarnos de las nociones equivocadas de una «progresión de I a IV» así como de una «curación de IV a I».

Se reconoce que existe una familiaridad con las palabras «estadio» y «grado», y por tanto, se propone usar cualquiera de esas palabras (p. ej., estadio, grado o categoría), ya que son las más claras y comprensibles. Sin embargo, la ventaja más significativa que se desprende de esta colaboración es el hecho de que las definiciones que se presentan de úlceras por presión y de los niveles de las heridas del tejido cutáneo sean las mismas, aunque un grupo pueda etiquetar una úlcera por presión con la nomenclatura de «estadio», «grado» o «categoría».

Se concluye definir cuatro niveles de heridas. Al reconocer que los términos *no clasificable* y *herida del tejido profundo* se reconocen en Europa como de grado IV, la NPUAP decide ponerlas en una parte separada del texto de la guía. Esta diferencia sigue vigente a la hora de comparar los datos entre países.

Sistema de clasificación internacional de las úlceras por presión de la NPUAP/EPUAP

Categoría/estadio I: eritema no blanqueante en piel intacta

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible.

Otras características: el área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La categoría/estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas «en riesgo» de desarrollar una úlcera por presión.

Categoría/estadio II: pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento.

Otras características: se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas. Esta categoría/estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación.

Categoría/estadio III: pérdida total del grosor de la piel (grasa visible)

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

Otras características: la profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Categoría/estadio IV: pérdida total del espesor de los tejidos (músculo/hueso visible)

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.

Otras características: la profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. Los puentes de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (p. ej., la fascia, el tendón o la cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

Categorías adicionales para los EE. UU.

Inclasificable/sin clasificar: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos (profundidad desconocida)

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de la úlcera está completamente oscurecida por esfácelos (amarillos, de color bronceado, grises, verdes o marrones) y/o escaras (de color bronceado, marrón o negro) en el lecho de la herida.

Otras características: hasta que se hayan retirado suficientes esfácelos y/o escaras para exponer la base de la herida, no puede determinarse su verdadera profundidad; pero será bien de categoría/estadio III o IV. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como «cobertura natural (biológica) del cuerpo» y no debe ser eliminada.

Sospecha de lesión en los tejidos profundos (profundidad desconocida)

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o el cizallamiento.

Otras características: el área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Su evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida de coloración

oscura. La herida puede evolucionar y llegar a cubrirse por una fina escara. Su evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso aunque se la trate médicamente.

CUATRO PILARES BÁSICOS EN LA PREVENCIÓN

Sin lugar a dudas, el mejor tratamiento de las UPP es su prevención. Pam Hibbs ya demostró hace casi tres décadas que al menos el 95% de las UPP se pueden prevenir, y existe un reconocimiento rotundo de toda la comunidad científica de que esto es posible, por lo que la no prevención o una atención inadecuada de las UPP puede tener serias repercusiones legales que han generado en países de nuestro entorno gran cantidad de reclamaciones y denuncias que están comenzando a darse en nuestro propio país.

Habitualmente, desde el desarrollo por parte de la Agency for Health Quality and Research (AHQR) de su guía de práctica clínica de prevención, se han considerado cuatro grandes áreas en la aplicación de medidas de prevención:

- Valoración del riesgo de desarrollar una UPP.
- Cuidados de la piel.
- Reducción de la presión.
- Educación.

Estas grandes áreas siguen estando vigentes en la guía de la NPUAP-EPUAP y han sido secundadas por documentos publicados posteriormente, manteniéndose así hasta la fecha como los elementos básicos de la prevención, internacionalmente aceptados por la comunidad científica. Recientemente, Verdú y López, en 2008, desarrollaron un acrónimo que recoge las medidas preventivas que presentan la mejor evidencia científica disponible hasta el momento para la prevención de las UPP (fig. 109-1). Estas medidas se detallan a continuación.

Valoración del riesgo

La valoración del riesgo que tiene un paciente para desarrollar UPP es el primer elemento y, por tanto, un aspecto clave en la prevención.

Las guías de práctica clínica recomiendan realizar una valoración del riesgo en todas las personas en su primer contacto con el sistema sanitario, tanto en hospitales, como en centros geriátricos o en pacientes atendidos en sus domicilios.

El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Pero, como refiere el artículo de consenso del Grupo Consultivo de Expertos Internacionales en el Cuidado de Heridas, la evaluación de las úlceras por presión es algo más que un simple número o una herramienta. Se trata de una decisión clínica que da lugar a una o varias intervenciones que, con suerte, prevendrán la aparición de úlceras por presión.



- **Evaluar riesgo (ESCALAS)**
- **Vigilancia activa**
  - Puntos de presión
- **Integridad cutánea**
  - Higiene e hidratación
- **Tratamientos tópicos (AGHO)**
- **Alivio de la presión**
  - C. post., SEMP, apósitos
- **Nutrición**
- **Documentación, documentar**
  - Registrar
- **Orientación**
  - Formación y educación
  - Paciente, familia, profesionales

- ***Evaluation-assessment***
- ***Visual inspection (surveillance)***
  - *Pressure points*
- ***Integrity (skin care)***
  - *Hygiene and hidratation*
- ***Topical treatments (HFA)***
- ***Alleviate (pressure relief)***
  - *Repositioning, PREM, dressings*
- ***Nutrition***
- ***Documentation***
  - *Records*
- ***Orientation***
  - *Education and training*
  - *Patient, family, professionals*

FIGURA 109-1. Acrónimo EVITANDO-*AVOIDING*.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Así, la valoración del riesgo se convierte en una herramienta fundamental para la prevención de las UPP por distintos motivos:

- Por *permitir optimizar los recursos.* La prevención también tiene un coste elevado, tanto en recursos materiales como humanos, lo cual obliga a utilizar instrumentos de medida que permitan precisar qué pacientes necesitan los cuidados preventivos y cuáles no.
- Por *determinar el tipo de cuidados preventivos* que precisa cada paciente en función del riesgo y su aplicación de manera precoz.
- Por *convertirse en una de las salvaguardas* más importantes para el profesional y las propias instituciones.

Sin embargo, no existe un consenso claro entre los expertos y los profesionales sobre la mejor forma de realizar esta valoración del riesgo de UPP.

Algunas de las guías de práctica clínica más antiguas consideran como fundamental el juicio clínico de las enfermeras y sitúan el uso de escalas de valoración como un complemento, mientras que otras investigaciones recientes (principalmente, una revisión sistemática con metaanálisis) concluyen que varias de las escalas validadas pueden ser una alternativa mejor que el juicio clínico, sobre todo cuando se trata de enfermeras no expertas.

Cuidados locales de la piel

Las guías de práctica clínica (GPC) basan sus recomendaciones sobre los cuidados locales de la piel en tres aspectos fundamentales:

- *Primun non nocere.* Lo primero es no dañar. Por ello, prácticamente todas realizan recomendaciones para que:
  - En la higiene diaria se utilicen jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo sobre el pH de la piel, manteniendo la piel de la persona en todo momento limpia y seca.
  - No se utilice sobre la piel, por contraindicado, cualquier producto que contenga **alcohol** (de romero, tanino…), incluidas las colonias, pues su compuesto fundamental es este.
  - No efectuar masajes sobre las prominencias óseas, pues se pueden ocasionar daños adicionales y no previenen la aparición de lesiones. El masaje sobre prominencias óseas ha demostrado que no es eficaz en la prevención, y que ocasiona lesiones capilares que inducen la aparición de UPP.
- Proteger la piel expuesta. Las GPC indican la necesidad de:
  - Mantener la piel hidratada, aplicando cremas hidratantes, confirmando su completa absorción.
  - El uso de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión, extendiéndolos con suavidad en zonas de riesgo, ya que los AGHO posibilitan una óptima hidratación de la piel, favoreciendo el aumento de la circulación capilar, lo cual mejora las condiciones locales de la piel expuesta a isquemias prolongadas, siendo de gran utilidad en la prevención de las úlceras. Además algunos estudios encuentran efectividad en el tratamiento de UPP de categoría I y, en la actualidad, también de categoría II.
- Controlar el exceso de humedad. La incontinencia ha demostrado que aumenta considerablemente el riesgo de lesiones en la piel. Por ello se recomienda:
  - Valorar y tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel de la persona: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
  - En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva, se deben utilizar productos barrera. Aunque la evidencia no muestra diferencias entre las pomadas con base de óxido de zinc y las películas transparentes que no contienen alcohol (películas barrera no irritantes), estas últimas son más fáciles de usar, ya que al ser transparentes permiten seguir la evolución de la lesión. Las pomadas de zinc pueden ser igual de eficaces, pero no permiten visualizar la piel y solo se pueden retirar con productos oleosos. Su eliminación con agua o suero nunca es eficaz salvo con frotamientos intensos, que dañarán la piel.

Reducción de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de las UPP, el GNEAUPP recomienda considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales de manejo de la presión y protección local ante

la presión. Estas recomendaciones son recogidas también por varias GPC.

Movilización

Sobre ello las GPC acreditadas recomiendan elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona, intentando mantener el nivel de actividad y de deambulación, así como un importante abanico de posibles movimientos. Si existe potencial para mejorar la movilidad física, se debe iniciar la rehabilitación (amplitud de movimientos, deambulación) valorando la intervención de los fisioterapeutas.

Cambios posturales

Un elemento clave para la prevención de las UPP es la realización de cambios posturales. Cuando sea posible, las aludidas GPC recomiendan enseñar a la persona a reposicionarse por sí misma a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión.

En una población cada vez más creciente de personas en domicilio, con dependencia severa o total, los cambios posturales son tan necesarios como insuficientes, estando condicionada su efectividad entre otros por:

- La dificultad para su realización periódica.
- La utilización de posiciones posiblemente yatrogénicas.

Entre las patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales se encuentran:

- Personas sometidas a cirugía cardíaca.
- Personas con inestabilidad hemodinámica.
- Personas con obesidad mórbida.
- Personas con compromiso respiratorio que sufren un descenso en la saturación de oxígeno durante los cambios posturales.
- Personas politraumatizadas o con intervenciones neuroquirúrgicas.

En la realización de los cambios posturales hay que tener presente los siguientes puntos:

1. Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de pesos y cargas.
2. Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona.
3. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
4. Movilizar a la persona, evitando la fricción y los movimientos de cizalla. Para ello utilice una entremetida o sábana travesera.
5. Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. Para las posiciones de decúbito lateral no sobrepasar los 30° de inclinación, evitando apoyar el peso sobre los trocánteres.
6. La posición de sedestación disminuye la superficie de apoyo, aumentando la presión resultante y multiplicando el riesgo de aparición de UPP. Todo paciente en riesgo, que necesite una superficie especial para el manejo de la presión en decúbito, también y «sobre todo», la necesita para estar sentado.

Superficies especiales para el manejo de la presión

Se considera como superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) a toda superficie que presenta propiedades de reducción o alivio de la presión sobre la que puede apoyarse una persona totalmente, ya sea en decúbito supino, prono o en sedestación.

Algunas superficies tienen propiedades que reducen el efecto de la fricción y del cizallamiento, así como del calor y de la humedad.

Se pueden clasificar como:

- Estáticas: actúan aumentando el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar. Entre los materiales utilizados en la fabricación de SEMP estáticas se encuentran espumas de poliuretano especiales, fibras siliconizadas, silicona en gel, viscoelásticas, etc.
- Dinámicas: permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. Las personas de riesgo deben ser situadas sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo.

Las recomendaciones de las GPC inciden en el uso, en todos los niveles asistenciales, de una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica de la persona, incluyendo cuando el paciente esté sentado.

En la actualidad, hay evidencia de que las SEMP del tipo flotación de aire son más eficaces para el tratamiento de pacientes con UPP que otras superficies. El estudio de Andersen en 1982 es el único que compara superficies dinámicas frente a estáticas, encontrando ventaja de las

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

primeras frente a las segundas, no obstante, al no existir ocultamiento en la asignación a los grupos, algunos autores y autoras de revisiones sistemáticas no le dan validez suficiente y concluyen que no se puede establecer mayor efectividad de las superficies de aire alternante frente a las superficies estáticas (de baja presión continua) hasta que no se realicen más investigaciones.

No obstante, la asignación de la superficie debe hacerse en función del riesgo que presente la persona de desarrollar úlceras por presión, de tal manera que, en personas de riesgo bajo, se recomienda utilizar superficies estáticas, mientras que en personas de riesgo medio o alto se recomienda utilizar superficies dinámicas o de presión alternante.

En cuanto a los dos tipos de superficies dinámicas, dos ensayos comparan ambas y no encuentran diferencias entre colchones de presión alternante y sobrecolchones de presión alternante en cuanto a eficacia para prevenir el desarrollo de UPP. El análisis de coste-beneficio está a favor del uso de colchones, además son mejor aceptados por las personas, por lo que se aconseja la adquisición de SEMP de presión alternante tipo colchón debido al ahorro de costes, aunque el uso de SEMP de presión alternante tipo sobrecolchón es adecuado, especialmente en el entorno domiciliario.

Protección local ante la presión

La protección local ante la presión se puede abordar, según las GPC, a través de almohadas y otros materiales que eviten la presión de prominencias óseas entre sí, así como con el uso de apósitos de espuma de poliuretano.

Un punto clave son los talones, y sobre ellos debe realizarse una protección especial. Algunos apósitos especiales de espuma de poliuretano han demostrado mayor eficacia y ser más coste-efectivos que el uso de vendajes almohadillados.

Es fundamental contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en la persona puedan provocar problemas relacionados con la presión y rozamiento sobre una zona de prominencia o piel y mucosas (sondas, tiras de mascarillas, tubos orotraqueales, gafas nasales, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción). En estos casos, los AGHO y los apósitos con capacidad de manejo de la presión pueden ser de gran utilidad.

Educación

El objetivo es facilitar, mediante programas de educación para la salud, los conocimientos y habilidades necesarios para la prevención de las úlceras por presión en los propios pacientes y cuidadores. Para ello las GPC consideran como imprescindible:

- Valorar la capacidad del paciente, la familia y los cuidadores en la participación de los programas preventivos.
- Realizar los programas de forma estructurada, organizada y fácilmente entendible, actualizando sus contenidos, periódicamente.
- Todos los programas incluirán mecanismos de evaluación.

Algunos de los elementos importantes que pueden incluir los programas educativos pueden versar sobre:

Intervenciones yatrogénicas

En estas intervenciones existe un componente histórico, tradicional a su práctica, «siempre se ha hecho así», que entraña una notable dificultad para su erradicación. Quizá la más utilizada sea el uso del flotador-rodete. Hoy sabemos que no se deben utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento, ya que en vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.

Otras intervenciones yatrogénicas ya han sido enunciadas en el texto. Por tanto, debe recomendarse a los cuidadores:

- No masajear las prominencias óseas.
- No dar friegas de alcohol-colonia sobre la piel.
- No usar apósitos adhesivos en toda su superficie como prevención de lesiones en sacro o talones, ya que «no se retiran por estar bien pegados».
- No sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP.
- No incorporar el cabecero de cama y los decúbitos laterales de la persona más de 30° de inclinación.
- No arrastrar a la persona sobre la cama.

Aspectos nutricionales

Los cuidadores, como principal actor de los cuidados de prevención, deben tener los conocimientos sobre la importancia de este apartado. Por ello, deben asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud.

Nutrición e hidratación son elementos clave para la prevención-cicatrización de las UPP. Un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las UPP sino que también puede evitar la aparición de estas, al igual que complicaciones locales como la infección.

El aporte hídrico es imprescindible para la prevención, ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de romperse. De acuerdo con la literatura médica, existe una relación directa entre la malnutrición y la aparición de UPP, ya que la pérdida de grasas y tejido muscular disminuye la protección que ejercen sobre las prominencias óseas, por ello deben solicitar soporte nutricional a las personas en las que se identifique alguna deficiencia.

LECTURAS RECOMENDADAS

Clinical Guideline. Pressure ulcer prevention. National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2003.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre la prevención de las úlceras por presión. Logroño; 2003.

National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n. ° 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2009.

Soldevilla J, et al. Atención integral de las heridas crónicas. GNEAUPP. Madrid: SPA; 2004.

Verdú J, Perdomo E, Nutrición, heridas crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.° 12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2011.

Enlaces recomendados

http://www.gneaupp.es
http://www.ewma.org
http://www.epuap.org

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 1 0

Úlceras por presión: una guía para el tratamiento en atención domiciliaria

José Verdú Soriano, Javier Soldevilla Ágreda, Francisco Pedro García Fernández y Pablo López Casanova

INTRODUCCIÓN

A modo de introducción y resumen, a continuación se enumeran las actividades que un profesional sanitario debería tener en cuenta en relación con el tratamiento del paciente con úlceras por presión:

- Contemplar al paciente como un ser integral.
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión a nivel local con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y atención sociosanitaria.
- Configurar un marco de práctica asistencial basado en evidencias científicas.
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste/beneficio.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Sería inapropiado centrarse exclusivamente en la valoración de la úlcera por presión y no tener en cuenta la valoración global del paciente. La evaluación integral al paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones: estado del paciente, lesión y su entorno de cuidados.

Valoración inicial del paciente

Esta valoración, que deberá repetirse periódicamente, debería incluir, como mínimo:

- Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia…).
- Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión…).
- Edad avanzada.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol…
- Hábitos y estado de higiene.
- Tratamientos farmacológicos (corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, inmunodepresores, fármacos citotóxicos…).
- Valoración psicosocial.
- Examen de la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico.
- Valoración del entorno de cuidados.
- Identificación del cuidador principal. Valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades.

Se desarrolla con mayor extensión la valoración nutricional por la importancia que adquiere en este tipo de pacientes.

Valoración nutricional

Se debería utilizar un instrumento sencillo de valoración nutricional para identificar estados de malnutrición (calorías, proteínas, nivel de albúmina sérica, minerales, vitaminas…). El cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) es un instrumento sencillo y fácil de usar.

La dieta del paciente con úlceras por presión debería garantizar el aporte como mínimo de:

- Calorías (30-35 kcal × kg peso/día).
- Proteínas (1,25-1,5 g/kg peso/día) (puede ser necesario el aumento hasta un máximo de

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

2 g/kg peso/día. En personas de edad avanzada valorar su función renal y hepática).
- Minerales: zinc, hierro, cobre.
- Arginina.
- Vitaminas: C, A, complejo B.
- Aporte hídrico (1 cc agua × kcal día) (30 cc agua/día × kg peso).

En la tabla 110-1 se reproducen, del documento técnico de GNEAUPP n.º 13, *Nutrición y heridas crónicas* (con permiso del GNEAUPP y de los autores), las recomendaciones nutricionales según la severidad de la lesión.

Valoración de la lesión

En primer lugar, se debe realizar una valoración para determinar el estado de la piel, para ello utilizaremos la clasificación, que actualmente está aceptada a nivel nacional e internacional (v. cap. 109, «Úlceras por presión. Una guía para la prevención en atención domiciliaria»). Esta clasificación no se utilizará en el seguimiento de la cicatrización de la úlcera, ya que esta se debe documentar sobre la base de las características de la úlcera o mediante la mejora de las características de la lesión.

Una vez clasificada la úlcera y valorado el paciente, se establecerá un plan individualizado de cuidados de la lesión.

Es muy importante que se registre la valoración de la evolución, incluyendo las características de la lesión, al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que lo sugieran. El índice de medida PUSH 3.0 o el RESVECH 2.0 son herramientas eficaces para valorar el progreso hacia la cicatrización en úlceras por presión.

Las características de la lesión deben describirse con parámetros previamente consensuados entre los profesionales implicados para permitir verificar la evolución y disminuir la variabilidad en la práctica. En el cuadro 110-1 se representan los parámetros que se pueden registrar.

CUIDADOS DE LA LESIÓN

Los componentes básicos del cuidado de la lesión son:

Limpieza de la lesión

La limpieza de las lesiones se debe realizar al principio de cada cura. Se recomienda el uso de suero salino fisiológico como norma general, aunque también se podría utilizar agua potable, según la evidencia en este apartado.

La presión del lavado y secado debe cumplir con los siguientes requisitos:

TABLA 110-1. Recomendaciones nutricionales según la severidad y el tipo de lesión

Integridad de la piel	Proteínas	Líquidos	Calorías
Piel intacta Cuidados preventivos	0,8-1 g/kg	30 ml/kg/día	30 kcal/kg/día
Úlceras por presión categorías I y II. Laceraciones y abrasiones. Úlceras isquémicas (solo 1 o 2 heridas)	1,2-1,5 g/kg	35 ml/kg/día	35 kcal/kg/día Considerar multivitaminas y minerales
Úlceras por presión de categorías III y IV	1,5-2 g/kg	35-40 ml/kg/día	40 kcal/kg/día Considerar multivitaminas y minerales
Heridas severas. Úlceras por presión categoría IV/quemaduras	Hasta 3* g/kg	40 ml/kg/día	40 o + kcal/kg/día Considerar multivitaminas y minerales
Heridas múltiples/que no cicatrizan Hipoalbuminemia (27 g/l o menos). Prealbúmina (0,1 g/l o menos). Úlceras venosas y úlceras por presión de categoría II múltiple	2-3 g/kg	40 ml/kg/día	35-40 kcal/kg/día Considerar multivitaminas y minerales

*Mientras que la literatura médica ha mostrado una mejoría en la cicatrización con la ingesta aumentada de proteínas, estas recomendaciones deben ser tomadas con precaución cuando se aumenta la ingesta de proteínas en personas mayores. Los mayores tienen un descenso en la función para procesar altos niveles de proteínas en ausencia de hidratación. Así pues, es imperativo que cada paciente sea valorado sobre una base individual por un nutricionista o por el equipo multidisciplinar para determinar la cantidad de proteínas/hidratación requeridas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

CUADRO 110-1. Parámetros descriptores de la lesión

- Localización de la lesión: zonas afectadas.
- Clasificación de la úlcera: categorías de las úlceras por presión (v. capítulo 109).
- Dimensiones:
  - Longitud-anchura (diámetro mayor y menor).
  - Área de superficie.
  - Volumen.
- Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
- Tipos de tejido en el lecho de la lesión:
  - Tejido necrótico.
  - Tejido esfacelado.
  - Tejido de granulación.
- Estado de la piel perilesional:
  - Íntegra.
  - Lacerada.
  - Macerada.
  - Eccematización, celulitis…
- Exudado de la úlcera (tipo y cantidad):
  - Escaso.
  - Profuso.
  - Purulento.
  - Hemorrágico.
  - Seroso.
- Dolor: intensidad.
- Signos clínicos de infección local:
  - Exudado purulento.
  - Mal olor.
  - Bordes inflamados.
  - Fiebre.
- Antigüedad de la lesión.
- Evolución de la lesión.

- Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza.
- Secar por empapamiento usando la mínima fuerza.
- Arrastrar el detritus, las bacterias y los restos sin dañar el tejido sano.

La utilización prolongada de antisépticos para el lavado de las lesiones puede retrasar la cicatrización y crear resistencias, solamente se deben utilizar en los casos en los que exista evidencia de alta carga bacteriana.

Desbridamiento

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico, bien sea como escara negra, amarilla…, de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

En los casos donde se dé esta circunstancia, se debe optar por un método que asegure la retirada del tejido desvitalizado, el denominado desbridamiento. En cualquier caso, la situación global del paciente condicionará el desbridamiento (enfermos con trastornos de la coagulación, en fase terminal de su enfermedad, etc.). Las características del tejido a desbridar, igualmente, orientarán el tipo de desbridamiento a realizar. De forma práctica podremos clasificar los métodos de desbridamiento en: cortantes (quirúrgicos), enzimáticos, autolíticos, mecánicos, osmóticos y biológicos (larvaterapia).

Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que, cuando sea posible, sería conveniente combinarlos para obtener mejores resultados.

Desbridamiento cortante o quirúrgico

Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.

El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril. Por otro lado, la política de cada institución o nivel asistencial determinará quién y dónde realizarlo.

El desbridamiento cortante deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de la aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína al 2%, etc.). La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostásicos, etc. Si no cediera la situación con las medidas anteriores se recurrirá a la sutura del vaso sangrante. Una vez controlada la hemorragia sería recomendable utilizar durante un período de 8 a 24 h un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo.

Desbridamiento enzimático

El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere

el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.

Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos…) que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos.

La colagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias. Existen evidencias científicas que indican que esta favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral mediante una pasta de zinc, silicona, etc., al igual que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

Desbridamiento autolítico

El desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda.

Se produce por la conjunción de tres factores: la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados.

Se recomienda con la combinación de diferentes tipos de desbridamiento, ya que suelen ser compatibles. Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva y atraumática para el tejido sano, y no requiere de habilidades clínicas específicas por lo que, generalmente, es bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo.

Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura en ambiente húmedo, de manera general, y los hidrogeles en estructura amorfa, de manera específica, son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico. En el caso de heridas con tejido esfacelado, los hidrogeles en estructura amorfa (geles), por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables, por lo que deben considerarse como una opción de desbridamiento.

Desbridamiento mecánico

Se trata de una técnica no selectiva y traumática. Principalmente se realiza por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranómeros, mediante la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas 4-6 h se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada. En la actualidad son técnicas en desuso.

Desbridamiento osmótico

El mecanismo de acción de este tipo de desbridamiento es una acción físico-química, la ósmosis. Se consigue cuando se aplica en la herida un agente o sustancia de alta osmolaridad (suero salino hipertónico, suero glucosado en alta concentración, miel…).

La alta osmolaridad de la sustancia aplicada va a hacer que, por ósmosis, para equilibrar la concentración de solutos dentro y fuera del tejido, salga al lecho de la herida exudado junto con enzimas que producirán la detersión del tejido desvitalizado.

Debido al mecanismo de acción, es un método que requiere de cambios de apósito de manera frecuente (entre 6 y 8 h) por lo que no se aconseja hoy en día, aunque están apareciendo en el mercado apósitos que se basan en este método y que tienen indicaciones de mayor frecuencia de cambios.

Desbridamiento biológico (larvaterapia)

Este método se basa en la acción enzimática de los jugos que usan las larvas de mosca *(Lucila sericata)* para digerir el tejido desvitalizado.

Es un método muy utilizado fuera de nuestras fronteras y con el que se han llevado a cabo algunas experiencias puntuales a nivel local.

Las larvas, esterilizadas en laboratorio, son depositadas sobre la herida para que ejerzan su labor de desbridamiento. Posee especial efectividad clínica en la detersión de lesiones cavitadas e infectadas.

CONSIDERACIONES PREVIAS AL DESBRIDAMIENTO

Antes de optar por un tipo u otro de desbridamiento se debería tener en cuenta:

- La valoración del estado general del paciente.
- Las características del tejido a desbridar, que orientarán el tipo de desbridamiento.
- Valorar las áreas anatómicas de especial atención: cara, manos, dedos, genitales, mucosas, tendones expuestos y cápsulas articulares.
- Controlar el dolor: considerar pauta analgésica y/o anestesia local.
- Excepción de desbridamiento cortante: necrosis seca en talón sin edema, eritema, fluctuación o drenaje.
- Vigilancia continua (cada 24 h).
- Si aparecen los signos de edema, eritema, fluctuación o drenaje: iniciar desbridamiento.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA INFECCIÓN

Las úlceras por presión, al igual que la mayoría de las heridas crónicas, siempre van a estar contaminadas por bacterias, aunque esto no quiere decir que las lesiones estén infectadas. La limpieza y el desbridamiento eficaz, en la mayoría de los casos, imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

En el cuadro 110-2 se presentan los puntos clave a tener en cuenta ante una herida y el abordaje de la infección.

La infección de una úlcera puede estar influenciada por diferentes factores como:

- *Factores propios del paciente:*
  - Déficit nutricional.
  - Obesidad.
  - Fármacos (inmunodepresores, citotóxicos).
  - Enfermedades concomitantes (diabetes, neoplasias…).
  - Edad avanzada.
  - Incontinencia.
- *Relacionados con la lesión:*
  - Estado de la lesión.
  - Existencia de tejido necrótico y esfacelado.
  - Tunelizaciones.
  - Lesiones tórpidas.
  - Alteraciones circulatorias en la zona, etc.

Para diagnosticar clínicamente la infección en una úlcera por presión debemos valorar los síntomas clásicos de infección local, además de otros más específicos de estas lesiones:

- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor).
- Dolor en aumento a lo largo del tiempo.
- Olor.
- Exudado purulento.
- Herida que no progresa según el tiempo esperado.
- Herida con tejido friable o que sangra con facilidad.
- Herida con tejido de granulación de coloración anormal.
- Herida con gran cantidad de exudado o que va en aumento con el tiempo.
- Herida con tejido compatible con biofilm bacteriano.

Si la úlcera presenta signos de infección local, se deberá intensificar la limpieza y el desbridamiento.

Como opción a la utilización de antibióticos locales se podría adoptar, como alternativa previa, la utilización de apósitos con plata o cadexómero yodado. Si no hay respuesta favorable al tratamiento local, deberán realizarse cultivos bacterianos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, de ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y, no en todos los casos, el microorganismo responsable de la infección. No obstante, este tema sigue siendo controvertido en la literatura médica y, hoy en día, se postula que quizá los mejores métodos de identificación de gérmenes en las heridas sean los basados en el diagnóstico molecular (p. ej., reacción en cadena de la polimerasa [PCR]).

Una vez identificado el germen, se habrá de plantear un tratamiento antimicrobiano específico, valorando de nuevo al paciente y también la lesión.

CUADRO 110-2. Puntos clave para el abordaje de una herida ante la prevención y el tratamiento de la infección

- El objetivo de las estrategias de tratamiento de las heridas debe ser proporcionar las condiciones óptimas que promuevan la cicatrización rápida.
- Debe considerarse el uso de terapias antimicrobianas tópicas cuando se sospeche que está ocurriendo una progresión hacia una infección manifiesta o cuando se observe que la cicatrización se ha interrumpido.
- Debe evitarse el uso prolongado de antimicrobianos.
- El uso de antibióticos debe limitarse a situaciones clínicas concretas (p. ej., en infecciones manifiestas) y los microorganismos deben ser sensibles.
- Debe examinarse regularmente el estado de la herida y hay que cambiar la estrategia de tratamiento cuando la cicatrización no progrese.

CONTROL DEL EXUDADO

El ambiente húmedo en una lesión resulta necesario para lograr una cicatrización óptima de la herida, pero las condiciones de humedad o sequedad extrema afectan de forma negativa a la cicatrización.

El exudado está influido por un amplio espectro de factores locales y sistémicos. La valoración del mismo se realiza mediante el examen de su color, consistencia, olor y cantidad. Un cambio en las características del exudado o en la enfermedad concomitante del paciente puede y debe conllevar una reevaluación.

En el tratamiento local de las heridas, los apósitos representan la principal opción para manejar el exudado. Tras una evaluación integral del exudado, el profesional sanitario decidirá qué tipo de apósito debe utilizar. Existen evidencias clínicas que avalan el uso de apósitos basados en la cura de ambiente húmedo en relación coste-beneficio frente a la cura seca.

Un apósito ideal debe ser biocompatible; proteger las heridas de las agresiones externas físicas, bacterianas y químicas; mantener el lecho de la herida húmedo y la piel periulceral íntegra; eliminar y controlar los exudados y el tejido necrótico mediante absorción; ser adaptable a las diferentes localizaciones, y ser de fácil aplicación y retirada.

ESTIMULACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN

La cicatrización es el proceso normal y biológico de curación y reparación de las úlceras o heridas bien por primera o segunda intención. En el caso de las heridas crónicas este proceso se encuentra alterado y no sigue la evolución esperada, estancándose normalmente en la fase inflamatoria.

Como recordatorio, el proceso de cicatrización está supeditado fundamentalmente a tres fases:

1. Fase inflamatoria (desasimilativa o catabólica): existe una solución de continuidad de los vasos sanguíneos (vasoconstricción) y una extravasación de sangre, que da origen a una agregación plaquetaria, formando un coágulo (hemostasia provisional). Esta fase tiene lugar en las primeras 72 h. Tras este proceso se produce migración de los leucocitos y una fagocitosis de bacterias y elementos extraños formando el tejido fibroso (escara o esfacelos).
2. Fase proliferativa (asimilativa o anabólica): es la transformación del tejido fibroso en tejido de granulación del lecho de la úlcera o herida. Se forma el tejido de granulación alrededor del quinto día, constituido por una proliferación y acúmulo de fibroblastos y sustancia fundamental (colágeno y elastina). También se produce neovascularización a partir de vasos sanguíneos adyacentes y reepitelización a partir de los queratinocitos de la superficie y del borde de la herida.
3. Fase de contracción o maduración: se provoca la contracción de la base de la herida por mediación de los depósitos de colágeno en las redes fibrilares para así aproximar los bordes de la herida.

Cuando todos los pasos anteriores se han conseguido y tenemos una lesión limpia y preparada para cicatrizar, existen productos y técnicas que nos ayudan a minimizar el proceso normal de cicatrización de las heridas crónicas, como son los factores de crecimiento, las matrices moduladoras de metaloproteasas, los apósitos bioactivos, preparados de tejidos por bioingeniería y la terapia de cicatrización por vacío.

REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Se debería considerar la reparación quirúrgica de aquellos pacientes con úlceras por presión en categoría III o IV que no responden al tratamiento convencional.

Del mismo modo, será necesario valorar elementos como la calidad de vida, riesgos de recidiva, preferencias del paciente, etc., junto a las posibilidades para ser candidato a tratamiento quirúrgico (inmovilidad posquirúrgica, evitando la presión sobre la región afectada, nutrición adecuada, pacientes medicamente estables, etc.).

CUIDADOS PALIATIVOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

El que un paciente se encuentre en estado terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión.

En el caso de que el paciente ya presente úlceras por presión se recomienda actuar del siguiente modo:

- No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
- Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, probablemente inevitable.
- Planteando objetivos terapéuticos realistas, de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas.
- Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas, para evitar el malestar causado por este procedimiento.
- Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metronidazol, etc.).
- En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

MANEJO DEL DOLOR EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

Utilice escalas de valoración del dolor antes de cualquier tratamiento local de las lesiones. Antes de proceder al cambio de apósito, se deberá valorar la necesidad de analgesia previa.

En caso de que existiera dolor subyacente en la herida o debido a patologías concomitantes, el médico de familia o la enfermera valorará una pauta analgésica adecuada:

Pasos recomendados de analgésicos para dolores relacionados con las heridas (adaptado de Senecal, 1999):

- Paso 1: utilizar AINE + anestesia local.
- Paso 2: añadir un opiáceo suave por vía oral.
- Paso 3: sustituir opiáceo suave por un analgésico opiáceo fuerte.

Como estrategias propuestas para aliviar el dolor durante los cambios de apósito tenemos:

- Evitar cualquier estímulo innecesario en la herida, corrientes de aire, pinchar o dar un golpe a la herida.
- Tratar la herida con suavidad, siendo consciente de que cualquier rozamiento puede producir dolor.
- Elegir un apósito, como los apósitos de suave silicona que:
  - Sea apropiado para cada tipo de herida.
  - Mantenga un medio ambiente húmedo en la superficie de la herida.
  - Minimice el dolor y el traumatismo durante la retirada.
  - Permanezca en la herida varios días para evitar cambios de apósito frecuentes.

  Reconsiderar la elección del apósito si:
- La retirada del apósito está produciendo dolor o sangrado/traumatismo en la herida o en la piel circundante.
- Se requiere mojar la herida para retirar el apósito.
- Leer las instrucciones del fabricante para ver cómo retirar el apósito.

RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO TÓPICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

En el cuadro 110-3 se muestran, a modo de resumen, las recomendaciones básicas a realizar en el tratamiento de las úlceras por presión.

CUADRO 110-3. Acciones básicas en el tratamiento de las úlceras por presión

Tratar la causa

1. Evaluar la capacidad del paciente y la herida para cicatrizar. Debería considerar que hay un adecuado flujo sanguíneo hasta la lesión, así como considerar todos aquellos aspectos del paciente que puedan interferir (enfermedades concomitantes, fármacos, etc.)
2. Corrija aquellos factores etiológicos de daño tisular que puedan interferir

Centrarse en el paciente

3. Haga que el paciente tome parte en el proceso de toma de decisiones. El dolor y la calidad de vida del paciente deberían estar registrados y tenerse en cuenta en el plan de tratamiento
4. Ofrezca educación y apoyo al paciente y su familia, centrado en el tratamiento y para incrementar la coherencia con el proceso de tratamiento

Tratamiento local de la herida

5. Valore y monitorice las características físicas e historia natural de la lesión (localización, tamaño, exudado, piel perilesional, estadio, dolor, etc.)

Limpieza

6. Lavado de la úlcera con solución salina al 0,9% con una presión suficiente para arrastrar las sustancias de desecho, pero sin lesionar el tejido recién formado
7. En úlceras de sacro, en pacientes con incontinencia fecal, se debe lavar con agua y jabón primero la zona perianal retirando restos y después lavar la lesión

CUADRO 110-3. *(Cont.)* Acciones básicas en el tratamiento de las úlceras por presión

Desbridamiento

8. Desbride aquellas heridas que tengan una expectativa de cicatrizar (tipos de desbridamiento: quirúrgico, cortante, enzimático, autolítico, mecánico, etc.)
9. En las heridas que no tengan expectativa de cicatrizar, valore si merece la pena desbridar. En tejidos con capacidad de sangrado estaría totalmente contraindicado

Hidratación

10. Hidratar la piel perilesional, evitando la maceración de la misma, utilizando crema hidratante e incluso ácidos grasos hiperoxigenados
11. En caso de maceración y erosiones, utilizar productos barrera (cremas a base de óxido de zinc o películas barrera no irritantes)

Control del exceso de humedad-exudado

12. Seleccione los apósitos apropiados para manejar el exudado de manera efectiva y estimular el tejido de granulación y la reepitelización
13. Elimine los espacios muertos de la úlcera, rellenando entre la mitad y tres cuartas partes de la cavidad o tunelización, a poder ser con el mismo material del apósito, para evitar que se formen abscesos o se «cierre en falso»
14. Aplique el apósito excediendo en al menos 2-3 cm del borde de la lesión
15. Coloque el apósito del centro hacia los bordes, presionando unos segundos para facilitar la adhesión
16. La fijación de apósitos secundarios con esparadrapo antialérgico se debe realizar sin estirar o presionar
17. La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por el nivel de exudado (saturación del apósito)
18. Para retirar los apósitos, presione suavemente la piel, levante cada una de las esquinas del apósito y a continuación retírelo
19. Los apósitos de alginato cálcico y de hidrofibra de hidrocoloide o de plata de deben retirar con suero salino si están adheridos al lecho
20. Evitar las curas oclusivas si hay exposición de huesos y tendones

Estimular la cicatrización

21. Cuando la lesión presenta tejido de granulación y en lesiones poco profundas, este se estimulará con apósitos de cura en ambiente húmedo (espumas o hidrocoloides)
22. Cuando la lesión presenta tejido de granulación y en lesiones profundas:
    - Si existe poco exudado, se estimulará con hidrogeles, ácido hialurónico o polvos de colágeno
    - Si el exudado es abundante, se rellenará con alginatos o hidrofibras como apósito primario
    - Como apósitos secundarios se pueden usar espumas o hidrocoloides

Inflamación persistente y equilibrio bacteriano

23. Evalúe la lesión para detectar si existe un equilibrio bacteriano, una infección o inflamación persistente
24. El uso de antisépticos tópicos debería reservarse para las heridas que no tienen expectativa de cicatrización o, después de un análisis de riesgo-beneficio, en aquellas heridas donde el control de la carga bacteriana es más importante que la estimulación de la cicatrización
25. Use solo agentes antibacterianos tópicos con escasa capacidad de sensibilización para los síntomas locales y/o signos de aumento de la carga bacteriana. Considere la utilización de apósitos de plata o de cadexómero yodado
26. Use antibióticos sistémicos si los signos y síntomas de infección se extienden más allá de los bordes de la lesión o la lesión expone el hueso. Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis
27. Para una inflamación persistente, se deberían considerar los antiinflamatorios tópicos y sistémicos, siempre basándose en el proceso de enfermedad superficial, local o sistémico
28. Valorar el coste-beneficio de utilizar antisépticos en la herida

Control de la infección

29. Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales
30. Utilice guantes limpios y cambiar con cada paciente
31. El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial
32. En pacientes con varias úlceras, comience por la menos contaminada
33. Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión
34. No utilice antisépticos locales de manera sistemática
35. Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

LECTURAS RECOMENDADAS

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Guía de práctica clínica para el manejo del deterioro de la integridad cutánea: úlceras por presión. 2005.

Bastida N, et al. Guies de practica clínica i material docent. Maneig de les úlceres per pressió. Direcció clínica en l'atenció primaria. Institut Català de la Salut.

Courtney H. Prevention and treatment of pressure ulcers. JAMA. 2003;289(2).

European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of Wound infection. London: MEP Ltd; 2006.

Fernández R, Griffiths R, Ussia C. Effectiveness of solutions, techniques and pressure in wound cleasing. A systematic review. JBI Reports 2004.

García FP, et al. Guía para el manejo del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia. 2005;2(Supl.). ISNN: 1697-638X.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). El dolor durante los cambios de apósito. Documentos GNEAUPP VI.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Desbridamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas. Documentos GNEAUPP IX.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de las heridas crónicas. Documentos GNEAUPP VIII.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Instrumento para la monitorización de las úlceras por presión. Documentos GNEAUPP VII.

Joanna Briggs Institute. Solutions, techniques and pressure for wound cleasing. Best Practice. 2003;7(1).

Martín C, Argüello MT, Barrio R. Relación entre el estado nutricional del paciente y las úlceras por presión. Enf Clín. 1991;110(14-17).

National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

Sibbald GR, et al. Preparing the Wound Bed-Debridement, Bacterial Balance and Moisture Balance. Ostomy/Wound Management. 2000;46(11):14-35.

Soldevilla J, et al. Atención integral de las heridas crónicas. GNEAUPP. Madrid: SPA; 2004.

Stevenson TR, Thacker JG, Rodehaver GT, Bachetta C, Edgerton MT, Edilch RF. Cleasing the traumatic wound by high pressure syringe irrigation. JACEP. 1976;5(1):17-21.

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Tratamiento de las úlceras por presión. Guía de práctica clínica. Madrid: Drug Pharma; 1996.

Verdú J, Perdomo E. Nutrición y heridas crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n.° 12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2011.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas. Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Un documento de consenso. Londres: MEP Ltd; 2007.

Enlaces recomendados

www.gneaupp.org.
www.ewma.org.
www.epuap.org.

111. Vacunas 707
112. Vendajes 715
113. Vigilancia epidemiológica: redes centinela 722
114. Visita domiciliaria: planificación 730
115. Visita domiciliaria: evaluación 736

C A P Í T U L O 1 1 1

Vacunas

Inmaculada Pérez Pont

INTRODUCCIÓN

Las vacunas son productos biológicos de uno o varios antígenos que provocan una infección controlada, prácticamente inocua, que induce una respuesta inmunitaria protectora frente a ulteriores exposiciones al microorganismo (inmunización activa artificial). En ocasiones, cuando las tasas de vacunación son elevadas, la protección vacunal se extiende a personas no vacunadas («inmunidad de grupo o de rebaño» derivada de la limitación de la circulación del agente patógeno).

CONCEPTOS BÁSICOS

En general, diferentes vacunas pueden administrarse simultáneamente en la misma visita, en lugares anatómicos separados, por los menos 2,5 cm y con jeringas y agujas diferentes. La triple vírica (TV) y la varicela o se administran en la misma visita o con un intervalo de 4 semanas.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS VACUNAS

Exceptuando las que se administran por vía oral, el resto (prácticamente todas) se inyectan vía intramuscular profunda (por incluir adyuvantes y evitar reacciones locales), excepto las de virus atenuados (TV, varicela-zóster, fiebre amarilla), que no los llevan y se administran por vía subcutánea.

PROFILAXIS DE LAS REACCIONES POSVACUNALES

Recientemente se ha comprobado que la administración inmediata de paracetamol (y seguramente otros antiinflamatorios), para evitar la fiebre y secundariamente las «convulsiones febriles», disminuye la inmunogenicidad a varios antígenos vacunales. Por el contrario, sí puede administrarse una vez que se ha producido la reacción febril.

BENEFICIOS DE LA VACUNACIÓN

Los beneficios de la vacunación son indiscutibles y hoy sería impensable e inadmisible para la sociedad actual (incluyendo a los detractores de la vacunación más acérrimos) un mundo sin vacunas. Progresivamente, las vacunas se han ido concibiendo sobre la base de una mayor seguridad y eficacia, procurando prevenir las enfermedades que más transcienden en la salud de la población, sobre todo las que afectan a los niños, en las que la repercusión es más grave, las que provocan epidemias o pandemias mundiales, así como aquellas endémicas, que constantemente están originando graves problemas sanitarios. El futuro de las vacunas es incuestionable, el panorama de múltiples enfermedades que nos afectan actualmente será, en un futuro, tan diferente que muchas quedaran relegadas al recuerdo histórico, como actualmente lo son algunas que asolaron y diezmaron importantes masas de población hasta épocas recientes.

CONTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMERAS A LA MEJORA Y EL MANTENIMIENTO DE LAS COBERTURAS VACUNALES

Las enfermeras tienen un papel fundamental en el mantenimiento y la mejora de las coberturas vacunales y logística de los elementos y actividades necesarias para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas (cadena de frío) y en la sensibilización de la población (educación para la salud).

La formación continuada y la motivación del personal sanitario son fundamentales para

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

eliminar las barreras del desconocimiento y las falsas creencias sobre el tema y poder informar adecuadamente a la población. En la actualidad, el mundo de la vacunación ha experimentado un cambio importante y rápido debido a los nuevos tipos de vacunas y a la composición de estas, ello exige a los profesionales sanitarios mantener actualizados los conocimientos sobre vacunas. Una herramienta útil para conseguirlo es la aplicación de lo que podríamos denominar **vacunología basada en la evidencia (VBE),** que consiste en integrar la experiencia personal en vacunación con la mejor evidencia externa disponible procedente de la investigación sistemática, ya que incluso una evidencia disponible excelente puede ser inaplicable o inadecuada para una situación determinada.

La práctica de la VBE supone identificar las necesidades de información sobre la actuación de vacunación propuesta y seguir los siguientes pasos:

1. Convertir estas necesidades de información en preguntas que puedan ser contestadas.
2. Localizar de forma eficiente la mejor evidencia con la que responderlas (revisión bibliográfica).
3. Evaluación crítica de la validez y utilidad práctica disponibles en la literatura médica.
4. Aplicar en la práctica asistencial decisiones consecuentes con la mejor evidencia.
5. Evaluar la actuación efectuada.

Desde esta perspectiva, la enfermera debe:

- Abandonar aquellos procedimientos de ineficacia demostrada.
- Asegurar que los procedimientos y las prácticas de beneficio reconocido sean ejecutados lo mejor posible.
- Evaluar la eficacia, efectividad y eficiencia de las actuaciones vacunales todavía no estudiadas así como las nuevas actuaciones que aparezcan.

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LOS PUNTOS DE VACUNACIÓN

Vacunación en lugares no tradicionales: para lograr los objetivos de vacunación y teniendo en cuenta las características de la población susceptible, a veces habrá que recurrir a vacunar en lugares no tradicionales como asentamientos de poblaciones marginales, iglesias, sedes de asociaciones, etc.

Flexibilidad de horarios/citas: es importante que exista un horario tanto de mañana como de tarde y que se facilite la cita previa tanto en el punto de vacunación como telefónicamente.

Eliminación de barreras burocráticas.

INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Educación sanitaria: la aceptación de la vacunación por parte de la población depende frecuentemente de una adecuada información y motivación para vencer las barreras, miedos y falsas concepciones sobre las vacunas. La percepción que tenga cada persona de la efectividad de la vacuna, de su susceptibilidad ante la enfermedad que se pretende prevenir y de la utilidad que esta va a tener a nivel personal también influirá de forma importante en su decisión. La información sobre estos aspectos, junto a la investigación de las creencias (a veces erróneas) y actitudes del individuo, pueden mejorar la aceptación de la inmunización.

Principales funciones de la enfermera en educación para la salud

- Identificar necesidades de educación: investigación de conocimientos, actitudes y hábitos medioambientales de los individuos y grupos de su área de actuación.
- Detectar barreras: investigación de los factores externos que se oponen a la adopción de hábitos positivos.
- Realizar las acciones de educación para la salud propuestas de un modo programado, a nivel individual y grupal, aprovechando también todo contacto con el usuario con el sistema.

Para realizar esas funciones se necesita disponer de tiempo y recursos materiales que hiciesen viable y factible esta intervención educativa: material administrativo, aulas, medios audiovisuales, material didáctico y bibliográfico, etc.

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

En la red de atención primaria es donde se administran la mayoría de las vacunas y son, por tanto, los equipos de enfermería distribuidos por todo

el territorio los que garantizan que las vacunas se administren de acuerdo a sus indicaciones y con una técnica adecuada. La actividad específica que realiza la enfermería como colectivo profesional varía en función del lugar de trabajo y de las características del equipo. En el sector público la actividad de la enfermera, tanto en la promoción de la salud como en la ejecución de las actividades preventivas es, en general, más amplia.

La administración de una vacuna es un proceso sistematizado que, a efectos prácticos y pedagógicos, se puede dividir en tres secuencias consecutivas:

1. Antes del acto vacunal.
2. El acto vacunal.
3. Después de la vacunación.

Antes del acto vacunal

Los aspectos relacionados con la conservación y manipulación de vacunas son los siguientes:

- El mantenimiento de la cadena de frío en todo el proceso de transporte. La conservación, la manipulación y el almacenamiento son fundamentales para asegurar el éxito de la vacunación.
- La temperatura ideal de conservación de las vacunas existentes en España debe estar entre +2 y +8 °C.
- El protocolo de actuación sobre la cadena de frío debe ser consensuado y actualizado por todo el equipo integrante del programa y dado a conocer a todo el personal sustituto.
- De la misma forma, deben colocarse en un lugar visible los teléfonos, fax y correo electrónico de la persona responsable superior a la que dirigirse en caso de rotura de la cadena de frío. Ante la sospecha de rotura de esta se comunicará a los responsables del área y dichas vacunas quedarán inmovilizadas.
- El frigorífico debe permanecer conectado directamente a la red general, disponer de un termostato y de un sistema de alarma. La lectura de la temperatura del frigorífico debe realizarse dos veces al día y anotarse posteriormente en sus gráficas correspondientes. Para mantener la temperatura interior del frigorífico se colocarán acumuladores de frío en el congelador y botellas de agua en la parte inferior y en la puerta.
- Almacenar las vacunas más sensibles al calor (termolábiles) en la zona más fría (vacunas atenuadas), y en la zona menos fría, aquellas que pierden su actividad a temperaturas inferiores a 0 °C (vacunas adsorbidas). Las vacunas se almacenarán según su frecuencia de uso y su fecha de caducidad.
- Los fallos en el transporte, la conservación y el almacenamiento de las vacunas constituyen un riesgo real y son más habituales de lo deseable.

Elección de la vacuna adecuada

La decisión debe tomarse consultando el registro vacunal (carné o cartilla de vacunas e historia clínica del paciente) para evitar errores. Tomar la decisión sobre la base de la edad exclusivamente puede inducir a cometer un error, ya que puede faltar una dosis previa o bien puede haberse administrado ya previamente en otro centro sanitario. Comprobar que se escoge de la nevera la vacuna adecuada, así como su fecha de caducidad.

Cuestionario de salud básico, información y consentimiento

Cuestionario a la persona que reciba la vacunación o en su defecto a los padres/tutor legal, con el objetivo de detectar situaciones que pueden constituir contraindicaciones o precauciones.

Los padres o la persona adulta deben recibir información completa sobre las vacunas a administrar, tanto las incluidas en el sistema de financiación pública, como las que estuviesen comercializadas y disponibles para su administración, sin financiación por el Sistema Nacional de Salud.

Acto vacunal

Protección del personal sanitario

En general, no es necesario el uso de guantes para administrar una vacuna, aunque puede ser recomendable en situaciones puntuales, como enfermedad infectocontagiosa en las manos del profesional que vacuna. Proceder al lavado de manos con agua jabón o solución alcohólica antes y después de la vacunación.

Preparación del material necesario

Es posible que la presentación comercial incluya jeringa y aguja. En todo caso, deberá utilizarse la jeringa y aguja adaptada al lugar anatómico, técnica de vacunación y edad del paciente a vacunar. El material será estéril y de un solo uso.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En la preparación de la vacuna se aconseja, en el caso de las inactivadas y para aminorar el dolor de la inyección, sacar de la nevera el preparado escogido unos minutos antes de la vacunación o bien, calentarlo entre las manos. Deben conocerse las características del líquido de la vacuna (color, transparencia…) para detectar cualquier situación anómala.

Administración de la vacuna

La elección del lugar anatómico dependerá de la edad del paciente (muslo en menores de 12 meses, cara anterolateral externa, y en mayores de 12 meses, cara anterolateral externa del muslo; el deltoides es una alternativa).

La elección de la aguja está determinada por el lugar anatómico, la técnica de la inyección escogida (aplanamiento, pellizco) y la vía de administración: intramuscular, subcutánea o intradérmica.

Después de la vacunación

Cuidados inmediatos

- Desechar la jeringa y la aguja en contenedores de residuos apropiados.
- Cubrir la zona y realizar una ligera presión durante 1 min.
- Informar y programar cuándo volver para una nueva vacunación.
- Recomendar permanecer, al menos, 15 min en observación en la sala de espera, para detectar posibles reacciones adversas inmediatas.
- Registro: exhaustivo y automatizado de los pacientes y las vacunas en la historia clínica. Debe consignarse: fecha, vacuna, fabricantes, lote e identificación del centro donde se administra y el profesional que la administra.

FALSAS CONTRAINDICACIONES Y TÓPICOS EN VACUNACIÓN

Debemos luchar contra ellas para no perder oportunidades de vacunación —sobre todo en la infancia—. Las más habituales son:

- Reacciones siguientes a una dosis previa: dolor, enrojecimiento o inflamación en el lugar de la inyección o fiebre inferior a 40 °C.
- Enfermedad aguda benigna como proceso catarral o diarrea en un individuo sano.
- Estar en tratamiento antibiótico en ese momento.
- Estar convaleciente de una enfermedad leve.
- Prematuridad: el niño prematuro seguirá el mismo calendario vacunal y la misma dosificación que los niños a término.
- Hospitalización: la única vacuna contraindicada es la antipoliomielítica oral por el riesgo de que se contagien del virus vacunal los pacientes inmunodeprimidos susceptibles que estén próximos al paciente.
- Temperatura ambiental alta o meses de verano.
- No estar en ayunas.
- Corticoterapia de corta duración (menos de 2 semanas), aplicada en días alternos con preparados de acción corta, en dosis sustitutivas o administradas por vía tópica a las dosis habituales.

CALENDARIOS VACUNALES

Un calendario de vacunación debe simplificar al máximo las dosis y las visitas para su administración. Los calendarios de vacunación de las diferentes comunidades autónomas (CC. AA.) se sustentan en el propuesto por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aunque presentan diferencias entre sí, ya sea en relación con las bandas de edades en que se administran determinadas dosis y, sobre todo, en la aplicación de determinadas vacunas no incluidas en este calendario de vacunación. La Asociación Española de Pediatría (AEP) considera un objetivo prioritario la consecución de un **calendario de vacunaciones único,** de forma que se mantenga el principio de igualdad en la prevención de la salud y el principio de racionalidad que facilite el cumplimiento de las inmunizaciones en los niños que cambien de comunidad autónoma como lugar de residencia. En la actualidad, no hay diferencias epidemiológicas en las enfermedades inmunoprevenibles entre las diferentes CC. AA. que justifiquen la existencia de calendarios de vacunaciones distintos. El Comité Asesor de Vacunas de la AEP estima que es necesario un esfuerzo colectivo de todos los agentes sanitarios y políticos implicados en la toma de decisiones en el diseño del calendario de vacunaciones para los niños españoles (figs. 111-1, 111-2 y 111-3).

Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría 2013 Comité asesor de Vacunas									
	Edad en meses						Edad en años		
Vacuna	0	2	4	6	12-15	15-18	2-3	4-6	11-14
Hepatitis B[1]	HB	HB	HB	HB					
Difteria, tétanos y tos ferina[2]		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		Tdpa	Tdpa
Haemophilus influenzae tipo b[3]		Hib	Hib	Hib		Hib			
Poliomielitis[4]		VPI	VPI	VPI		VPI			
Meningococo C[5]		MenC	MenC		MenC				
Neumococo[6]		VNC	VNC	VNC	VNC				
Sarampión, rubéola y parotiditis[7]					SRP				
Virus del papiloma humano[8]									VPH 3d
Rotavirus[9]		RV 3 dosis							
Varicela[10]					Var		Var		
Gripe[11]				Gripe					
Hepatitis A[12]					HA 2 dosis				

Sistemática Recomendada Grupos de riesgo

[1]**Vacuna antihepatitis B (HB).** Tres dosis según tres pautas equivalentes: 0, 1, 6 meses o 0, 2, 6 meses, todas adecuadas para hijos de madres seronegativas (HBsAg –), siendo las primeras pautas también adecuadas para hijos de madres portadoras del virus de la hepatitis B (HBsAg +). Estos últimos recién nacidos (madres HBsAg +) recibirán en las primeras 12 h de vida la 1.ª dosis de vacuna y 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B, la 2.ª dosis de vacuna de la edad de 1 o 2 meses y la 3.ª dosis a los 6 meses. Si la serología materna es desconocida debe administrarse la 1.ª dosis de vacuna en las primeras 12 h de vida e investigar la serología inmediatamente y, si resultara positiva, administrar 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B en la 1.ª semana de vida (preferentemente en las primeras 72 h de vida). La administración de cuatro dosis de vacuna HB es aceptable si se emplea la vacuna combinada hexavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad en niños vacunados de las 1.ª dosis con preparado monocomponente al nacer. Los niños y adolescentes no vacunados recibirán a cualquier edad tres dosis según la pauta 0, 1, 6 meses.

[2]**Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular (DTPa/Tdpa).** Seis dosis: primovacunación con tres dosis de vacuna DTPa; refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis) con DTPa; a los 4-6 años (5.ª dosis) y a los 11-14 años (preferentemente a los 11-12 años) (6.ª dosis) con el preparado de baja carga antigénica de difteria y tos ferina (Tdpa).

[3]**Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).** Cuatro dosis: primovacunación a los 2, 4, 6 meses y refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis).

[4]**Vacuna antipoliomielítica inactiva (VPI).** Cuatro dosis: primovacunación con tres dosis y refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis).

[5]**Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).** Tres dosis: la 1.ª a los 2 meses, la 2.ª a los 4 o 6 meses y la 3.ª entre los 12 y 15 meses de edad.

[6]**Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC).** Cuatro dosis: las tres primeras a los 2, 4, 6 meses con un refuerzo entre los 12 y 15 meses de edad (4.ª dosis).

[7]**Vacuna frente al sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP).** Dos dosis de vacuna sarampión-rubéola-parotiditis (triple vírica). La 1.ª a los 12 meses y la 2.ª a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años.

[8]**Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).** Solo para niñas. Tres dosis entre los 11 y los 14 años (preferentemente a los 11-12 años). Pauta de vacunación según el preparado comercial: Gardasil® pauta 0, 2, 6 meses y Cervarix® pauta 0, 1, 6 meses.

[9]**Vacuna frente al rotavirus (RV).** Tres dosis de vacuna frente al rotavirus (RotaTeq®): a los 2, 4, 6 meses o a los 2, 3, 4 meses. La pauta ha de iniciarse entre las 6 y las 12 semanas de vida y debe completarse antes de las 32 semanas de edad.

[10]**Vacuna frente a la varicela (Var).** Dos dosis: la 1.ª a los 12 meses (es aceptable a los 12-15 meses) y la 2.ª a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años. En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con dos dosis con un intervalo entre ellas de, al menos, 1 mes.

[11]**Vacuna antigripal (Gripe).** Vacunación anual de pacientes con factores de riesgo y sus convivientes (mayores de 6 meses). Una dosis en mayores de 9 años; entre 6 meses y 9 años se administrarán dos dosis la 1.ª vez, con un intervalo de 1 mes y en los años siguientes, si persiste el factor de riesgo, vacunación anual con una dosis.

[12]**Vacuna antihepatitis A (HA).** Dos dosis, con un intervalo de 6-12 meses, a partir de los 12 meses de edad. Vacunación de pacientes con indicación por viajes internacionales a países con endemicidad intermedia o alta, o por pertenecer a grupos de riesgo.

FIGURA 111-1. Calendario de vacunaciones. *(Fuente: Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas; 2013.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Vacunación acelerada entre 4 meses y 6 años de edad Asociación Española de Pediatría 2013. Comité Asesor de Vacunas					
		Intervalo MÍNIMO entre dosis			
Vacuna	**Edad mínima en la 1.ª dosis**	De 1.ª a 2.ª dosis	De 2.ª a 3.ª dosis	De 3.ª a 4.ª dosis	De 4.ª a 5.ª dosis
Hepatitis B	Recién nacido	4 semanas	8 semanas[1]	—	—
Difteria, tétanos y tos ferina acelular	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses[2]
Haemophilus influenzae tipo b[3]	6 semanas	4 semanas	4 semanas	8 semanas	—
Poliomielitis	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses[4]	—
Meningococo C	6 semanas	4 semanas	6 meses[5]	—	—
Neumococo[6]	6 semanas	4 semanas	4 semanas	8 semanas	—
Sarampión, rubéola y parotiditis	12 meses	4 semanas[7]	—	—	—
Varicela	12 meses	4 semanas[8]	—	—	—
Rotavirus[9]	6 semanas	4 semanas	4 semanas	—	—
Gripe[10]	6 meses	4 semanas	—	—	—
Hepatitis A	12 meses	6 meses	—	—	—

[1]**Vacuna antihepatitis B (HB).** La 3.ª dosis se administrará, al menos, 4 meses después de la 1.ª y nunca antes de los 6 meses de edad. En caso de haberse administrado una dosis de vacuna monocomponente de recién nacido es aceptable administrar tres dosis adicionales de vacuna hexavalente; la última dosis siempre a los 6 meses de edad o más.

[2]**Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular (DTPa/Tdpa).** La 5.ª dosis de Tdpa no es necesaria si la 4.ª de DTPa se administró con 4 o más años de edad.

[3]**Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).** Todas las dosis antes de los 12 meses se administrarán con, al menos, 4 semanas de intervalo. Si la 1.ª dosis de la serie se administra entre los 12 y los 14 meses, las dos dosis se separarán 8 semanas. Si la 1.ª dosis se administra a partir de los 15 meses solo es necesaria una dosis. La 4.ª dosis solo se administrará en caso de haber recibido tres dosis en los primeros 12 meses de vida.

[4]**Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).** Solo si la 3.ª dosis se administró antes de los 4 años de edad se requerirá una 4.ª dosis, separada por 6 meses de la anterior.

[5]**Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).** La 3.ª dosis siempre deberá administrarse después de los 12 meses. Si la vacunación se inicia pasados los 12 meses de edad solo es necesaria una dosis.

[6]**Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC).** Todas las dosis antes de los 12 meses se administrarán con, al menos, 4 semanas de intervalo. Si la vacuna se administra entre los 12 y los 24 meses, las dos dosis se separarán 8 semanas. Si la 1.ª dosis se administra con más de 24 meses, solo es necesaria una dosis con Prevenar 13® y dos, separadas por 8 semanas, con Synflorix®, salvo grupos de riesgo que precisan dos con cualquier preparado. En mayores de 5 años no es necesaria la vacunación. La 4.ª dosis solo se administrará en caso de haber recibido tres dosis en el primer año. La vacuna polisacarídica 23 valente está indicada en mayores de 2 años con enfermedades que aumentan el riesgo de infección por el neumococo, incluido el implante coclear; el intervalo respecto a la última dosis de vacuna conjugada frente al neumococo será de 8 semanas. Synflorix® y Prevenar 13® están autorizadas hasta los 5 años.

[7]**Vacuna frente al sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP).** Administrar la 2.ª dosis a los 2-3 años, preferentemente a los 2 años. A partir de los 12 meses de edad se considera correctamente vacunado si se administran dos dosis separadas por, al menos, 4 semanas.

[8]**Vacuna frente a la varicela (Var).** Administrar la 2.ª dosis a los 2-3 años, preferentemente a los 2 años, junto a la vacuna triple vírica (el mismo día o separadas, al menos, por 1 mes). Teóricamente, el intervalo mínimo entre ambas dosis de varicela es de 4 semanas aunque se recomienda, en menores de 13 años, un intervalo de, al menos, 3 meses.

[9]**Vacuna frente al rotavirus (RV).** Pentavalente (Rota Teq®) tres dosis, la última antes de las 32 semanas de edad.

[10]**Vacuna antigripal (Gripe).** Solo se administrarán dos dosis, separadas por 4 semanas, en menores de 9 años en la primera temporada en que reciban la vacuna antigripal.

FIGURA 111-2. Calendario de vacunaciones. Esta tabla indica los **intervalos mínimos entre las dosis** para los niños con calendarios incompletos que comienzan la vacunación tardíamente. No se ha de reiniciar una pauta de vacunación si ya se han administrado dosis previas, sino completarla independientemente del intervalo máximo trascurrido desde la última dosis. Las reacciones adversas se deben notificar a las autoridades sanitarias. *(Fuente: Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas; 2013.)*

Vacunación acelerada entre 7 y 18 años de edad Asociación Española de Pediatría 2013. Comité Asesor de Vacunas				
		Intervalo MÍNIMO entre dosis		
Vacuna	**Edad mínima en la 1.ª dosis**	De 1.ª a 2.ª dosis	De 2.ª a 3.ª dosis	De 3.ª a 4.ª dosis
Hepatitis B[1]	Recién nacido	4 semanas	8 semanas	—
Tétanos y difteria de baja carga antigénica[2]	7 años	4 semanas	6 meses	6 meses
Poliomielitis[3]	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses
Meningococo C[4]	6 semanas	—	—	—
Sarampión, rubéola y parotiditis[5]	12 meses	4 semanas	—	—
Virus del papiloma humano[6]	9 años	Pauta según preparado comercial		—
Varicela[7]	12 meses	4 semanas	—	—
Gripe[8]	6 meses	4 semanas	—	—
Hepatitis A	12 meses	6 meses	—	—

[1]**Vacuna antihepatitis V (HB).** En mayores de 7 años no vacunados, tres dosis con la pauta 0, 1, 6 meses. La 3.ª dosis se administrará, al menos, 4 meses después de la 1.ª dosis.

[2]**Vacuna frente al tétanos y la difteria de baja carga antigénica (Td).** A partir de los 7 años utilizar la vacuna de tétanos-difteria de baja carga antigénica (Td). Para las dosis de refuerzo, una vez completada la primovacunación, se recomienda utilizar la vacuna tétanos-difteria-tos ferina acelular de baja carga antigénica (Tdpa). Los vacunados con una dosis antes de los 12 meses de edad recibirán tres dosis adicionales para completar su primovacunación. Los vacunados con una dosis después de los 12 meses completarán su primovacunación con dos dosis, con un intervalo de 6 meses entre ambas. Para que un adulto se considere con la vacunación completa frente al tétanos debe haber recibido, al menos, cinco dosis en su vida, por lo que, tras la primovacunación con tres dosis, deberá recibir dos dosis de refuerzo separadas preferentemente por 10 años, aunque el intervalo mínimo entre ellas es de 1 año.

[3]**Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).** En mayores de 7 años no vacunados, tres dosis. En caso de haber recibido la 3.ª dosis antes de los 4 años se recomienda administrar una 4.ª dosis, al menos, 6 meses después de la 3.ª.

[4]**Vacuna conjugada frente al meningococo (MenC).** En mayores de 7 años no vacunados solo es necesaria una dosis. Si ya tiene una administrada después de los 12 meses no son necesarias más dosis.

[5]**Vacuna frente al sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP).** En mayores de 7 años no previamente vacunados, dos dosis. Si vacunado con una dosis previa de sarampión monocomponente, administrar dos dosis de SRP. Si vacunado con una dosis previa de SRP, administrar una 2.ª dosis.

[6]**Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).** Solo para niñas. La edad mínima de administración para la 1.ª dosis es de 9 años. Administrar siempre que sea posible la serie según la pauta del preparado comercial correspondiente: Cervarix® 0, 1, 6 meses; Gardasil® 0, 2, 6 meses. Gardasil® recomienda que la 2.ª dosis debe ser administrada, al menos, 1 mes después de la 1.ª y la 3.ª dosis y, al menos, 3 meses después de la 2.ª dosis; la 3.ª dosis deberá administrarse no antes de los 6 meses de la 1.ª dosis. Las tres dosis deben ser administradas dentro de un período de 1 año. Cervarix® recomienda que la 2.ª dosis se administre entre 1 y 2,5 meses tras la 1.ª y la 3.ª dosis, y entre 5 y 12 meses después de la 1.ª dosis.

[7]**Vacuna frente a la varicela (Var).** Dos dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas en pacientes no previamente vacunados. En menores de 13 años se ha recomendado un intervalo de 3 meses entre ambas dosis y en mayores de 13 años, 1 mes.

[8]**Vacuna antigripal (Gripe).** Solo se administrarán dos dosis, separadas por 4 semanas, en menores de 9 años en la primera temporada en que reciban la vacuna antigripal.

FIGURA 111-3. Calendario de vacunaciones. Esta tabla indica los **intervalos mínimos entre las dosis** para los niños y los adolescentes con calendarios incompletos o que comienzan la vacunación tardíamente. No se ha de reiniciar una pauta de vacunación si ya se han administrado dosis previas, sino completarla independientemente del intervalo máximo transcurrido desde la última dosis. Las reacciones adversas se deben notificar a las autoridades sanitarias. *(Fuente: Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas; 2013.)*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

LECTURAS RECOMENDADAS

BIVE: Boletín informativo sobre vacunas en enfermería. 2004;2.

Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2013. Anales de Pediatría. [Consultado el 17 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37.

Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. [Consultado el 16 de diciembre de 2012]. Disponible en: http/vacunasaep.org.

Dal-Ré R. Las vacunas combinadas de administración parenteral en el calendario de vacunaciones sistemáticas. Med Clínica. 2000;114(7):264-70.

Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. [Consultado el 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.sp.san.gva.es/rvn/index.htm.

Fisterra. Vacunas; ayuda en consulta. [Consultado el 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: http//www.fisterra.com/vacunas/index.asp.

Grupo de Enfermedades Infecciosas del PAPPS. Vacunación del adulto: importancia de un calendario. Aten Primaria. 2000;25(9):606-7.

Grupo de Trabajo en Vacunaciones de la Comunidad Valenciana. [Consultado el 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.cecovac.com.

Lima Rodríguez J, Lomas Campos S, Fernández Cubero MM, Ponce I, González JM. Evolución seguida en el programa de vacunaciones de Andalucía y su impacto en el trabajo enfermero. Enferm Científ. 2004;266-7: 56-68.

Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado el 22 de noviembre de 2012]. Disponible en: www.msc.es.

Nebot M, Muñoz E, Figueres M, Rovira G, Montserrat R, Minguell D. Factores asociados con la cobertura vacunal declarada en la primera infancia: resultados de una encuesta telefónica. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75(1):63-9.

Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. 2000. [Consultado el 24 de noviembre de 2012]. Disponible en: www.papps.org.

Servicio Andaluz de Salud. [Consultado el 21 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud.

Técnicas en Medicina y Ciencias de la Salud. Elsevier. [Consultado el 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.elsevier.es.

Vacunas en Pediatría. Manual de de la Asociación de Pediatría 2012. [Consultado el 22 de noviembre de 2012].

C A P Í T U L O 1 1 2

Vendajes

Luis Antonio de Mendiolagoitia Cortina y José Ramón Roces Camino

DEFINICIÓN

Varias son las definiciones que se han dado de los vendajes. Para unos es la pieza más externa de un apósito que sirve para sujetar a las demás. Otros le dan un significado más genérico, considerando como tal todas las piezas de apósito hechas con lienzo, cualquiera que sea su forma y extensión.

La primera de estas dos definiciones es la más racional, pero hay que tener en cuenta que no todos los vendajes sujetan piezas de apósitos; puesto que muchas veces él solo constituye el tratamiento. Esto sucede con los vendajes mecánicos y de inmovilización que se emplean para contener órganos o mantener fracturas o luxaciones.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos definir el vendaje como: las piezas de gasa o lienzo que están unidas entre sí por continuidad de tejido y colocadas en un orden racional; así también, todo aparato que obre mecánicamente sobre las partes a que se aplica.

INDICACIONES

Las indicaciones son las siguientes:

- Fijar apósitos o medicamentos tópicos.
- Limitar el movimiento de la parte afectada.
- Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- Comprimir adecuadamente una parte del cuerpo.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Favorecer el retorno de la circulación venosa.

CLASIFICACIÓN

Los vendajes han sido clasificados de muy diversas maneras atendiendo a su utilidad o su forma de colocación.

Los cirujanos antiguos los clasificaban según su función o el uso a que estaban destinados en: blandos o contentivos, compresivos, rígidos y suspensorios. Son de mencionar aparte, ya que no encajarían en esta clasificación, los vendajes funcionales y los vendajes neuromusculares.

- *Vendaje blando o contentivo:* usado para contener el material de una cura o un apósito.
- *Vendaje compresivo:* usado para ejercer una compresión progresiva en una extremidad, de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso. También se usa para limitar el movimiento de alguna articulación en el caso de contusiones y esguinces de grado I.
- *Vendaje rígido:* para inmovilizar completamente la parte afectada (vendaje de yeso).
- *Vendaje suspensorio:* sostenedor del escroto o la mama.
- *Vendaje funcional:* es una técnica específica de vendaje que permite una inmovilización funcional y selectiva, garantizando la funcionalidad y estabilidad máxima.
- *Vendaje neuromuscular:* las bases del método del vendaje neuromuscular o *kinesiotaping* fueron señaladas en los años setenta en Asia, sobre todo en Corea y Japón. Principios de la quiropraxia y de la kinesiología daban lugar al desarrollo de un nuevo método, basándose en el pensamiento de que el movimiento y la actividad muscular son imprescindibles para mantener o recuperar la salud. La idea es que la musculatura es necesaria para el movimiento, pero también influye en la circulación sanguínea y linfática y en la temperatura corporal. Si la musculatura no funciona bien, puede provocar toda una serie de síntomas y lesiones. Basándose en esto, se desarrolló un esparadrapo elástico que podía ayudar en la función muscular sin limitar los movimientos corporales. Tratando así los músculos lesionados, se activa el proceso de recuperación del propio cuerpo.

Otros han clasificado los vendajes por la forma en que afectan, y así les han denominado: circulares, espirales, cruzados, en T, etc.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

En 1826, Gerdy, en su perfecto *Tratado de vendajes,* dio una clasificación de vendajes que, por su racionalización y la intención de seguir cierto orden en la exposición, vamos a adoptar.

Este autor divide los vendajes en tres clases: vendajes simples, vendajes compuestos y vendajes mecánicos (moldean zonas del cuerpo: muñones de amputación, etc.).

- *Vendajes simples:* reciben este nombre los vendajes formados por una sola venda que no esté hendida ni partida. De estos tipos de vendajes existen ocho especies:
  - Circulares.
  - Oblicuos.
  - Espirales.
  - Cruzados o en ocho de guarismo.
  - Recurrentes.
  - Anchos, amplios o del sistema de Mayoll.
  - Invaginados o unitivos.
  - Lazos.
- *Vendajes compuestos:* son los formados por una sola pieza dividida en varias partes o de varias piezas. Entre estos están:
  - Vendajes en T.
  - Vendajes en cruz.
  - Vendajes en fronda.
  - Vendajes en bolsa o suspensorio.
- *Vendajes mecánicos:* son aquellos aparatos complejos formados por piezas de lienzo, gasa y otras sustancias, que actúan generalmente por su elasticidad natural. Entre estos podemos citar:
  - Vendajes elásticos.
  - Vendajes de resorte y bragueros.
  - Aparatos para fracturas.
  - Aparatos ortopédicos.

TIPOS DE VENDAS

Una venda es una tira de lienzo utilizada para vendar. Las vendas difieren en tamaño, en composición y en la calidad del material. Aunque podemos improvisar una venda a partir de una sábana, una toalla o cualquier otro tejido, lo más común, práctico y cómodo es utilizar las vendas fabricadas específicamente para usos sanitarios. Las más usadas son:

- *Venda algodonada:* se trata de una venda de algodón fabricada de forma industrial en rollos de 7, 10 y 15 cm de ancho. También se utiliza algodón convencional cortado en rollo.
- *Venda elástica adhesiva:* venda de algodón elástica con adhesivo, por lo general cola de zinc o poliacrilato (hipoalergénico). Si existen problemas alérgicos, de piel delicada o varices, es conveniente colocar en estos casos un prevendaje de gasa, de poliuretano o de celulosa. Proporciona un soporte firme y compresión. Presentan una elasticidad longitudinal entre un 60 a un 70%, y también las encontramos con elasticidad longitudinal y transversal (vendas bielásticas) con un aumento longitudinal del 60% y transversal del 30%.
- *Venda elástica:* se distingue por su elasticidad. También se llama hipoalergénica. Se fabrica entretejiendo algodón y fibras sintéticas elásticas, muy útil si se necesita aplicar presión. Es la indicada cuando el vendaje se aplica en las extremidades, porque facilita el retorno venoso. Es la llamada crepé E y existe en diferentes tamaños.
- *Venda de gasa orillada o malla hidrófila:* venda de gasa de uso más común fabricada en algodón. No es elástica y está indicada principalmente para fijar apósitos. Su calidad y características vienen determinadas por la calidad y cantidad de hilos por centímetro cuadrado. Son delgadas, ligeras, blandas y porosas y de diferentes tamaños. Pueden estar orilladas, y tienen la ventaja de no deshilacharse, pero el inconveniente de tensarse en los bordes creando zonas de presión cuando se solicita en demasía puede originar algún trastorno circulatorio.
- *Gasa de Kling:* venda de gasa elástica conformable. Es un tipo especial, tejida de tal modo que tiende a retraerse. Se amolda y fija fácilmente.
- *Venda cohesiva:* son vendas elásticas que se adhieren sobre sí mismas y no sobre la piel. El mecanismo de adherencia está basado en unas pequeñas gotas de silicona que son las que proporcionan la adherencia entre capas.
- *Venda de muselina:* fabricada en algodón, pero de consistencia y grosor mayor que las anteriores. Es poco elástica, pero resistente. Se utiliza para inmovilizar y fijar férulas. Permite su uso repetido, previo lavado.
- *Venda impregnada en materiales:* en ella los materiales después de su humidificación se solidifican y permiten realizar un vendaje rígido, como el enyesado. También existen diferentes marcas y tamaños de este modelo de vendaje.

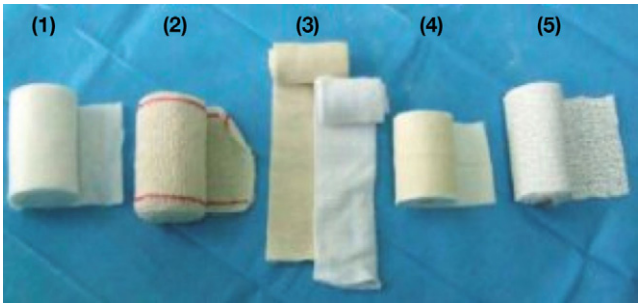


FIGURA 112-1. (1) De algodón: para proteger piel y prominencias óseas. (2) Elástica: de crepé o Ace. (3) Tubular: cilíndrico. (4) Adhesiva: elástico semiblando. (5) De yeso: rígido.

- *Vendajes tubulares:* existen diferentes tipos según su utilización:
  - De algodón extensible, tamaño de dedos hasta tronco. También existe el de algodón de malla (ideal para la cabeza). Generalmente, son contentivos.
  - Compresivo para soporte y rehabilitación, formado por algodón (83%) y fibras sintéticas (hilo de látex al 9% y poliamida al 8%). Permiten vendar desde extremidades de niños hasta troncos gruesos.
- *Venda inelástica adhesiva o tape:* es la base del vendaje funcional. Es un esparadrapo con unas características espaciales como son estabilidad del adhesivo, resistencia a la tracción, facilidad del rasgado manual y fuerza adhesiva inmediata y permanente.
- *Venda neuromuscular o tape neuromuscular:* esparadrapo elástico de algodón con una capa de pegamento antialérgica. La capa de pegamento es aplicada según un patrón especial, de modo que el material puede ventilar. Esto hace que se aguante bastante bien el esparadrapo, incluso para aplicaciones de larga duración. El esparadrapo es distensible hasta un 140%, e iguala la elasticidad de la piel. También su grosor y peso son comparables con el de la piel. Estas características hacen posible formar una especie de «segunda piel» con el material. El material va pegado en papel y tiene un 10% de preestiramiento. La variedad de colores se basa únicamente en la cromoterapia: el azul «calma», el rosa y el negro «estimulan» y el beige es neutro (fig. 112-1).

PROCEDIMIENTOS PARA LOS VENDAJES

Los diferentes modos de realizar los vendajes, esto es, las diversas formas de superponer las vendas sobre el miembro afectado o la parte del cuerpo que queramos vendar.

- *Vendaje circular:* cada vuelta rodea completamente a la anterior. Se utiliza para fijar el extremo inicial y final de una inmovilización, para fijar un apósito y para iniciar y/o finalizar un vendaje. Es el que utilizamos para sujetar un apósito en la frente, en los miembros o para controlar una hemorragia haciendo compresión.
- *Vendaje en espiral:* se utiliza generalmente en las extremidades; en este caso, cada vuelta de la venda cubre parcialmente 2/3 de la vuelta anterior y se sitúa algo oblicua al eje de la extremidad. Se suele emplear venda elástica porque se adapta mejor a la zona a vendar. Se debe iniciar el vendaje siempre de la parte más distal a la proximal (de dedos a corazón).
- *Vendaje en espiral invertida o con inversos:* prácticamente no se usa actualmente. Se requiere mucha práctica para adquirir la destreza necesaria para su correcta colocación. Se usa en antebrazo o pierna. Se inicia con dos vueltas circulares para fijar el vendaje: dirigimos la venda hacia arriba como una espiral, se coloca el pulgar encima de la venda, se dobla esta y se dirige hacia abajo y detrás; se da la vuelta al miembro y se repite la maniobra anterior, terminando el vendaje con dos vueltas circulares.
- *Vendaje en ocho de guarismo:* se utiliza en las articulaciones (tobillo, rodilla, muñeca y codo), ya que permite a estas tener cierta movilidad. Colocamos la articulación en posición funcional y efectuamos una vuelta circular en medio de la articulación y alternamos vueltas ascendentes y descendentes hasta formar figuras en ocho.
- *Vendaje en espiga:* es el más usado generalmente. Se realiza sosteniendo el rollo de ven-

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

da con la mano dominante y subiendo hacia arriba. Comenzaremos siempre por la parte más distal.

La primera vuelta se realiza con una inclinación de 45° en dirección a la raíz del miembro; la segunda, sobre esta con una inclinación invertida (45° en dirección contraria a la anterior); la tercera como la primera pero avanzando unos centímetros hacia la raíz del miembro…; así, en un movimiento de vaivén, se completa el vendaje, que al terminar queda con un aspecto de «espiga».

Se acaba el vendaje en una zona alejada de la lesión y se sujeta con esparadrapo. Como siempre, se dejan los dedos libres y se vigila la aparición en estos de hinchazón, cianosis o frialdad. En este caso, se afloja o se retira el vendaje.

- *Vendaje de vuelta recurrente:* se usa en las puntas de los dedos, la cabeza y muñones. Después de fijar el vendaje con una vuelta circular, se lleva el rollo hacia el extremo del dedo o muñón y se vuelve hacia atrás; se hace doblez y se vuelve a la parte distal. Al final, se fija con una vuelta circular.
- *Vendaje en guantelete:* en forma de guante que cubre la mano y los dedos por separado.

La combinación de unos vendajes con otros y la práctica adquirida por el profesional es lo que permite realizar un tipo de vendaje adecuado a cada lesión a la que nos enfrentemos (fig. 112-2).

PRINCIPIOS GENERALES EN LA REALIZACIÓN DE VENDAJES

La realización de un vendaje adecuado, es decir, de un buen vendaje, exige un entrenamiento previo y continuado. Algunos principios generales en la realización de vendajes son:

- El tipo de vendaje ha de ser adecuado a la finalidad.
- El vendaje será el necesario y el suficiente.
- El espesor y número de vueltas del vendaje serán iguales en toda su extensión.
- Asegurar la retirada de joyas y objetos que interfieran en el vendaje, o puedan producir presión en el miembro afectado.
- Proteger los espacios interdigitales, para evitar lesiones por maceración.
- Seleccionar el material para el vendaje y tamaño de venda adecuado a la zona.
- Colocarse delante del usuario para comenzar el vendaje.
- Cada vuelta debe cubrir la mitad o dos tercios de la anterior.
- Si se trata de sujetar un apósito, cubrir este con el vendaje sobrepasando el borde al menos en 5 cm a cada lado.
- Lavado de manos antes y después de cada vendaje.
- Impedir el contacto entre zonas dérmicas aislándolas con gasas.



FIGURA 112-2. Tipos de vendajes.

- Proteger las prominencias óseas antes de vendarlas.
- Un vendaje tiene que resultar indoloro y cómodo, y permitir la movilidad de las partes anatómicas no afectadas.
- Colocar al usuario en posición cómoda manteniendo la parte que va a ser vendada alineada con el cuerpo, colocar la zona en posición funcional para evitar complicaciones posteriores.
- Utilizar la venda más adecuada para los fines del vendaje.
- Iniciar el vendaje sosteniendo el rollo de la venda en una mano y el extremo inicial con la otra.
- No iniciar ni finalizar el vendaje directamente sobre una herida o un área sobre la que sea posible que el paciente ejerza algún tipo de presión (cara posterior del muslo).
- Vendar de la parte distal a la proximal (de dedos a corazón).
- Vendar de manera uniforme y firme, cubriendo 2/3 del ancho de la vuelta anterior. La tensión y la presión deberán mantenerse iguales durante todo el proceso.
- Aplicar una presión uniforme y decreciente, sin restringir la circulación. Dejar al descubierto el extremo distal para valorar el estado neurovascular. La vuelta ascendente será compresiva, la descendente no.
- En caso de colocar un apósito, cubrirlo prolongando el vendaje unos centímetros más en cada extremo.
- Dejar el extremo distal de la zona vendada libre para comprobar la vascularización, movilidad y sensibilidad.
- Fijar el vendaje con esparadrapo.
- Revisar el vendaje y buscar signos de alteración de la circulación.
- Registrar en la hoja de enfermería fecha, hora, tipo de vendaje y de venda utilizada y demás observaciones pertinentes.

Vendaje clásico en espiral

Colocaremos la zona a vendar de manera cómoda para el paciente y la enfermera, procurando que el área afectada no esté en contacto con ninguna superficie. Antes de iniciar el vendaje se colocará la zona afectada en posición funcional, tal como debe quedar una vez vendada. Se inicia el vendaje por la parte más distal, para evitar la acumulación de sangre en la zona vendada y facilitar el riego vascular; vendaremos de izquierda a derecha facilitando, así, la labor de la enfermera. El rollo de venda se mantendrá en la parte más próxima a la enfermera, evitando desenrollar de manera excesiva la venda.

El vendaje debe ser aplicado con una tensión homogénea, ni muy intensa ni muy débil. Bajo ninguna circunstancia el paciente debe sentir hormigueo en los dedos, notarlos fríos o apreciar un cambio de coloración en los mismos, después de haber colocado el vendaje.

Utilizaremos vendas del tamaño adecuado a la zona que debe vendarse. El vendaje se iniciará con la venda ligeramente oblicua al eje de la extremidad, dando dos vueltas circulares perpendiculares al eje, entre las que introduciremos el inicio de la venda. Acabaremos también con dos vueltas circulares y sujetaremos con esparadrapo.

Solo se darán las vueltas precisas, la venda sobrante será desestimada. Es muy importante, antes de iniciar el vendaje, cubrir correctamente con vendaje algodonado o algodón todas las prominencias óseas de la parte de la extremidad que vamos a vendar.

Vendajes elásticos adhesivos

Normas básicas:

- Dar las vueltas necesarias con la tensión adecuada, pero es preferible aplicar muchas vueltas con tensión moderada que pocas demasiado apretadas.
- Cada vuelta debe superponerse, al menos, en la mitad a la anterior para evitar la separación del material, y que en caso de edema no se produzca un edema de ventana.
- Inspeccionar el aspecto de los dedos por si presentan signos de deficiente circulación (fríos o cianóticos) y preguntar siempre al paciente si presenta parestesias o dolor en los dedos.
- Este vendaje, para un esguince leve de tobillo, debe seguir el trayecto de los ligamentos que deseamos proteger, tensando ligeramente en esa dirección.
- Siempre que sea posible se comenzará el vendaje por la parte más estrecha del miembro, siguiendo en dirección ascendente.
- Para la correcta colocación de este vendaje deberemos ayudarnos de la mano con la que no sostenemos el rollo de venda elástica, para fijarlo adecuadamente al miembro, procurando que no queden pliegues al finalizarlo. Las

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

arrugas producen lesiones dérmicas y resultan muy inconfortables. Evitarlas principalmente en las zonas de apoyo o fricción

Vendajes enyesados

Antiguamente se empleaba la lechada de yeso (consistía en mezclar yeso ortopédico en polvo con agua tibia a partes iguales, en la lechada resultante se mezclaban completamente vendas de linón ortopédico y se realizaba la férula o el vendaje enyesado) también se utilizaron vendas de yeso que se confeccionaban en el propio servicio. Estos procedimientos están en extinción por razones de comodidad, económicas y de dificultad en su realización.

Actualmente, se utilizan vendas de yeso de confección industrial; ofrecen garantía de calidad, tiempo de fraguado exacto, facilidad en su manejo y almacenamiento.

Se suelen emplear en forma de férulas o valvas o como yesos completos.

Para conseguir una correcta inmovilización han de incluir el foco de fractura y las articulaciones proximal y distal. La férula suele emplearse como tratamiento definitivo en lesiones estables y/o no complicadas o como paso previo al yeso completo cuando se prevea un edema importante o la lesión pueda desplazarse o complicarse de algún modo o sea de tratamiento quirúrgico.

Para confeccionar y aplicar una férula tendremos en cuenta, de manera resumida, los siguientes puntos:

- Se usa una venda enyesada de fabricación industrial que se pliega sobre sí misma.
- La longitud se calcula por medición directa sobre la superficie a inmovilizar.
- El grosor ha de ser, aproximadamente, de 0,5 cm (seis a ocho capas). Valorar hacerla más gruesa en algunos casos (niños inquietos, pacientes que cargarán, etc.).
- Habitualmente se coloca la férula en la cara dorsal del miembro superior y en la cara posterior del miembro inferior, para permitir una mejor movilidad de los dedos; siempre que no exista una indicación expresa del médico (p. ej., colocar una férula antebraquial por la cara palmar del antebrazo).
- Previamente a la aplicación de un yeso completo o una valva, la piel debe protegerse con un vendaje tubular, papel pinocho, vendaje algodonado o algodón en rollo, teniendo especial cuidado en la protección de las prominencias óseas: talones, maléolos, muñecas, codos, etc.
- La férula o valva debe ajustarse exactamente al contorno del miembro sin dejar rugosidades que puedan provocar lesiones por decúbito.
- Por último, fijaremos la férula con venda. Si es de gasa deberemos mojarla previamente para evitar que encoja al contacto con el yeso mojado. Generalmente, solemos utilizar venda elástica hipoalergénica.

Cualquier inmovilización debe realizarse en la posición más funcional posible, cercana a la actitud anatómica, a no ser que exista una indicación diferente por parte del médico, por ejemplo, para inmovilizar una lesión del tendón de Aquiles, el tobillo debe estar en equino (más de 90°) y no en ángulo recto.

Las **posiciones funcionales** de las articulaciones son:

- Hombro: codo en flexión adosado al tórax.
- Codo: flexión de 90°.
- Muñeca: extensión de 20°.
- Metacarpofalángicas: flexión de 90°.
- Interfalángicas: extensión o mínima flexión.
- Cadera: flexión de 20-30°.
- Rodilla: flexión de 20°.
- Tobillo: ángulo recto (neutro o 90°).

RECOMENDACIONES

- Acudir al especialista si se rompe, se suelta, existe dolor persistente, manchas o entumecimiento de pies o manos y los dedos se hinchan en exceso o se ponen cianóticos (para observarlo se deben despintar las uñas).
- Bajo ningún concepto debe el paciente humedecer, cortar, calentar, romper o actuar sobre el yeso.
- Es muy importante movilizar los dedos y las articulaciones libres.
- No rascarse ni introducir agujas de tejer entre la piel y el vendaje por la posibilidad de hacerse heridas y que estas se infecten al estar tapadas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Asensio-González JA, Meneu JCG, Moreno EG. Traumatismos: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Fundación MM; 2005.

Beare PG, Myers JL. Enfermería medicoquirúrgica. 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.
Brunner LS, Suddarth DS. Enfermería medicoquirúrgica. México: Interamericana; 1978. p. 1026-34.
Fernández Ruiz B. Vendajes. Enfermería Científica. 1989;86:22-3.
Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias: guía terapéutica. Harcourt; 2002.
King EM, Wielk L, Dyer M. Técnicas de enfermería: manual ilustrado. 2.ª ed. México: Interamericana; 1984.
Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería fundamental. Procedimientos, procesos y práctica. 4 ª ed. Madrid: Ed. McGraw-Hill-Interamericana; 1994.
Mc Rae R. Tratamiento práctico de fracturas. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1998.
Roces Camino JR, de Mendiolagoitia Cortina LA. Manual de bolsillo de bata sobre vendajes funcionales. Oviedo: KRK; 2009.
Rouillon O. Le Strapping. Les contentions adhésives appliquées au membre inférieur. Paris: Vigot; 1992.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 1 3

Vigilancia epidemiológica: redes centinela

Óscar García Aboín

CONCEPTOS PREVIOS

La vigilancia epidemiológica es una de las aplicaciones tradicionales de la disciplina de la epidemiología como esta, a su vez, lo es de la salud pública.

La salud pública es definida como una actividad encaminada a mejorar la salud de la población o, más en concreto, como el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Sin embargo, para conceptualizar la salud pública deberíamos recuperar a R.L.K. Virchow cuando dijo que: «La medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los cambios políticos, sociales y económicos son intervenciones de salud pública, en su sentido más profundo». Visto así, y como dice Vicente Navarro, la salud pública no es una rama de la medicina, sino por el contrario, la medicina constituye una rama de la salud pública.

La epidemiología (tratado o estudio *[logos]* de lo que sucede sobre *[epi]* la población *[demos]*) es, en definición de amplio consenso (aunque ni mucho menos única): «El estudio, la distribución y los determinantes de los sucesos y estados relacionados con la salud en poblaciones determinadas, y en la aplicación de este estudio para controlar los problemas de salud».

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El concepto de vigilancia epidemiológica aparece por primera vez en la década de los sesenta y es una de las aplicaciones tradicionales de la epidemiología. Hoy en día es clave para identificar situaciones de «alarma epidemiológica» en la sociedad que conlleven a situaciones de «alerta en salud pública», entendida esta como todo fenómeno de riesgo potencial para la salud pública o de alarma social frente a las que sea necesario el desarrollo de actuaciones urgentes y eficaces.

La vigilancia epidemiológica es la aplicación diaria de los conocimientos epidemiológicos y de prevención a la población local, con el objeto de promover y proteger la salud, evitar la enfermedad, curarla cuando se produce y hacer educación sanitaria contando con la cooperación y el interés de la comunidad y de cada uno de sus miembros. Esta forma de entender la vigilancia que nos aporta Hernán San Martín en su libro *Salud Comunitaria. Teoría y práctica* (1984) implica la observación directa y permanente tanto de la comunidad como del medio ambiente. Como él dice es, en síntesis, una «alerta bien informada».

La vigilancia epidemiológica implica, por lo tanto, la observación continuada de la distribución y tendencia de la incidencia (casos nuevos en un tiempo determinado) de las enfermedades a través de la recolección y evaluación sistemática de los datos sobre mortalidad y morbilidad, así como de otros datos relevantes. Intrínseco a este concepto es la distribución regular de los datos básicos, así como su interpretación, a todos los que han contribuido a su obtención y a todos los que necesitan conocerlos (Langmuir, 1963), información que es usada para planificar, implementar y evaluar las intervenciones en materia de salud pública (Klaucke, 1988).

En 1973, la OMS define la vigilancia epidemiológica como un proceso permanente con el objetivo de medir sistemáticamente:

- Los parámetros de la salud y del medio ambiente; registrar la información de forma permanente y utilizarla en el acto y para el futuro (tendencias y predicciones).
- Interpretar y confrontar la información recopilada con la anterior y la nueva, a fin de

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

investigar y detectar eventuales modificaciones del estado de salud de la comunidad y de los riesgos.
- Tomar las medidas preventivas y hacer las correcciones pertinentes a cada situación.

El propósito fundamental, por lo tanto, de la vigilancia epidemiológica es el de conocer, de forma permanente (diaria), la frecuencia, la distribución y las tendencias de los fenómenos de salud, enfermedad, invalidez/discapacidad y muerte en la comunidad para orientar las acciones protectoras, preventivas y correctoras pertinentes dirigidas tanto a las personas como hacia el entorno donde esas personas «viven, trabajan, estudian, juegan y sueñan».

Mirta Roses Periago, directora de la OPS dijo: «Mejorar la vigilancia epidemiológica de los países es una acción prioritaria para la salud de las poblaciones. En el tercer milenio la epidemiología es una herramienta poderosa de la gestión de salud, ya que ofrece a través de su método analítico, información a partir de la cual se pueden lograr mejores y más precisas intervenciones, tanto a nivel del individuo como de la población» (OPS. Comunicado de prensa. *La directora de la OPS debate sobre el rol de la epidemiología en el tercer milenio,* 2003*)* y remarcó que: «En un contexto mundial marcado por el proceso de globalización, con cambios en la relación de los países, mayor interdependencia y mayor participación social, tanto los Estados como los individuos deben reposicionarse».

Sin conocer cuál es la situación de salud de una población, la planificación de acciones dirigidas a mejorarla son un ejercicio intelectual, que solo tendrá efecto si las leyes de probabilidad favorecen a quien las planificó. En este mismo sentido los indicadores planificados para medir impacto y cumplimiento de objetivos de las acciones a realizar deben partir del conocimiento de la situación cuando se inicia la tarea (línea de base). La elección del indicador adecuado (validez, fiabilidad, sensibilidad, especificidad, estabilidad, representatividad, facilidad de obtención y sencillez de cálculo) debe tener en cuenta la posibilidad de obtención de los datos necesarios para su construcción y mantenimiento en el tiempo, de lo contrario podemos llegar a gastar más en obtener el dato que en las acciones necesarias dirigidas a la población.

El método epidemiológico tiene la virtud de anticipar riesgos y daños en la salud. Esta capacidad predictiva es de gran importancia para la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud. No se trata solo de recopilar datos, sino de utilizar esos datos para decidir mejor.

Hay tres ejes sobre los que la epidemiología debe aportar para la gestión:
- Cumplir con la agenda inconclusa: salud materna e infantil, desnutrición, tuberculosis, malaria y otros daños.
- Proteger los logros en salud, por ejemplo, mantener las altas tasas de cobertura en vacunación.
- Enfrentar los nuevos desafíos: alcanzar las metas de desarrollo del milenio, renovar la Atención Primaria de Salud, extender la protección social en salud y buscar la equidad en salud.

De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia de la salud

En los años ochenta, la vigilancia epidemiológica pasó a interesarse no solo por los problemas de salud y de exposición, sino también por el seguimiento y evaluación de los programas de salud. Los CDC de EE. UU. propusieron en 1986 llamar a este nuevo enfoque «vigilancia de la salud pública» y la definieron como la recogida sistemática y continua, análisis e interpretación de los datos de la salud esenciales para la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública. El eslabón final de la cadena de vigilancia es el de la aplicación de estos datos a la prevención, el control y la toma de decisiones informadas (cuadro de mandos). Un sistema de vigilancia incluye una capacidad funcional para la recogida, análisis y difusión de los datos, ligados a los programas de salud. En palabras de Fernando García Benavides (actual presidente de la Sociedad Española de Epidemiología), la vigilancia de la salud pública va más allá de la vigilancia epidemiológica en la medida en que establece prioridades, evalúa programas y orienta la investigación.

Los sistemas de vigilancia de la salud pública tienen por objetivo prioritario, no solo la recogida integral de datos epidemiológicos y microbiológicos de una población, base de la vigilancia de la enfermedad o del factor de riesgo, sino a la vez, por su diseño, contribuyen a tener disponible una información oportuna en el tiempo capaz de posibilitar una acción adecuada en el control de la enfermedad o del riesgo estudiado.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

De la vigilancia de las enfermedades infectocontagiosas y los brotes a la vigilancia de los factores de riesgo, y de esta a la vigilancia de los determinantes de la salud

Paulo Marchiori Buss (Fundación FioCruz, Brasil) dice: «La verdadera cara de la tan mentada crisis de la salud pública puede ser resumida en una sola palabra: inequidad. […] Cuando se analiza la sociedad como un todo se puede percibir claramente que los grupos que poseen mejores condiciones son más saludables, mientras una buena parte de la población permanece privada de la mayoría de los avances tecnológicos y científicos. […] Esta negación de la equidad está presente en todos los sistemas de salud del mundo. […] La salud colectiva reúne un poderoso arsenal de instrumentos (vigilancia) para la comprensión de los procesos determinantes de la salud de todos los grupos sociales».

Y Jaime Breilh (Ecuador) añade: «Hemos podido demostrar que el *perfil epidemiológico* de un grupo es en definitiva el movimiento de la contradicción entre los procesos protectores y destructivos que operan en su *modo de vida* característico, y que a la vez, ponen límites posibles a los *estilos de vida* individuales de las personas que lo integran». Breilh propone dar un salto desde la vigilancia convencional al *monitoreo participativo*. Implica reconocer que la vigilancia convencional de «*factores de enfermedad*» debe dar paso a un monitoreo de «*determinantes de la salud*». «No podemos encerrarnos en el simple perfeccionamiento técnico de la llamada vigilancia, sino ir a una construcción distinta de un verdadero sistema de inteligencia social, construido participativamente sobre la salud y sus determinantes. […] La distinción entre vigilancia de factores de enfermedad *versus* monitoreo de determinantes de salud se establece primero por la forma de concebir el objeto salud. Mientras la vigilancia convencional concibe al objeto salud como un proceso esencialmente individual (casos), que se asume por el efecto negativo (enfermedad); en cambio el monitoreo comprende los procesos críticos de una colectividad (determinantes protectores y destructivos de la salud), que se dan en modos de vida grupales y dentro de estos las expresiones en los estilos de vida familiares personales y las condiciones de los organismos y psiquismos individuales».

Estas reflexiones de Paulo Buss y de Jaime Breilh marcan el camino a seguir por la vigilancia epidemiológica.

Aunque la vigilancia epidemiológica en el contexto de la UE se ha centrado principalmente en la vigilancia de las enfermedades transmisibles, actualmente se está trabajando en el desarrollo de indicadores para el futuro sistema europeo de vigilancia de la salud. Se han creado grupos de trabajo en los sectores siguientes: morbilidad y mortalidad, accidentes y lesiones, salud mental, estilos de vida y otros determinantes de la salud, salud y medio ambiente, sistemas de salud e indicadores de salud de la Comunidad Europea.

Actividades de la vigilancia en salud pública

Según Teustsch (1994) son tres:

- Recogida de datos: por vigilancia pasiva (esperamos que se comuniquen, p. ej., EDOS) o vigilancia activa (vamos a buscarlos):
  - Definición de caso (de sospecha y confirmado).
  - Definición de las fuentes de estos datos.
  - Diseño de formularios.
- Análisis e interpretación de dichos datos:
  - Control de calidad de los datos:
    - Validez: búsqueda de errores e inconsistencias.
    - Exhaustividad (criterios de Thacker): sensibilidad, representatividad, valor predictivo positivo, simplicidad, flexibilidad, aceptabilidad y oportunidad.
    - Control de sesgos y de la «falacia ecológica» (principal sesgo de estos estudios, se define como el error cometido al trasladar las estimaciones realizadas del nivel ecológico, en el que se miden exposiciones ambientales y efectos en poblaciones humanas, a un nivel individual).
  - Análisis de la información que permita:
    - Conocer las formas de presentación, observar la tendencia.
    - Identificar los factores asociados y los grupos expuestos.
    - Identificar las áreas donde se agrupan estos riesgos.
    - Evaluar el sistema y las medidas de intervención que se adopten.
- Difusión de la información y recomendaciones.

Goodman (1994) decía que la vigilancia es un proceso que se caracteriza por suministrar información para la acción:

- De los informadores (retroalimentación) para reconocer e incentivar su participación.
- De las instituciones para la planificación de cara a la toma de decisiones.
- De los científicos e investigadores.
- De la ciudadanía a través de los medios de comunicación especializados (boletín epidemiológico semanal), internet y los medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión, etc.).

Tipos de sistemas de vigilancia epidemiológica

- Básicos (obligatorios, universales, de notificación semanal, evaluables).
- De información microbiológica (alta representatividad, alta especificidad pero de baja sensibilidad, notificación semanal, aporta datos de muestras de laboratorio).
- Centinela (profesionales centinela seleccionados por método aleatorio, recogida semanal de información de problemas de alta incidencia, posibilidad de establecer un «territorio centinela»).

Objetivos de los sistemas de vigilancia epidemiológica

- Detección temprana del incremento de casos y estudio de las epidemias.
- Detección de cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades con el fin de estimular su investigación y control.
- Estudio de las tendencias a corto y medio plazo que permita valorar la necesidad de intervenciones o evaluar las medidas preventivas.

Sistemas actuales y redes de vigilancia epidemiológica

- Red Comunitaria de Vigilancia Epidemiológica (Sistema Europeo de Vigilancia Epidemiológica [SEVE]).
  - Pone en contacto permanente a la comisión y a las estructuras y autoridades de cada uno de los estados miembros (EE. MM.) competentes en vigilancia de enfermedades transmisibles, y establece procedimientos para la difusión a escala comunitaria de los datos oportunos.
  - En el caso de España, las autoridades designadas son el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que a su vez reciben información de las comunidades autónomas.
- Sistema de alerta precoz y respuesta (SAPR):
  - Ofrece a las autoridades de salud pública competentes de los EE. MM. y a la comisión la posibilidad de intercambiar eficaz y rápidamente información sobre brotes reales o potenciales de enfermedades transmisibles y sobre medidas preventivas.
  - Define los hechos en orden creciente según el nivel de gravedad: intercambio de información, amenaza en potencia y amenaza confirmada.
- Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC-Europa). Su misión es identificar, determinar y comunicar las amenazas que pueden representar para la salud humana las enfermedades transmisibles, y asumirá progresivamente las misiones operativas de la Red Comunitaria de Vigilancia Epidemiológica (RCVE). Sus tareas principales son:
  - Vigilancia epidemiológica.
  - Administración del SAPR.
  - Dictámenes científicos (a petición de la comisión, el Parlamento Europeo, un estado miembro, o por iniciativa propia).
  - Asistencia técnica y formación científico-técnica a EE. MM., terceros países y organizaciones internacionales.
  - Desarrollo para la preparación ante nuevas amenazas sanitarias.
- Redes de enfermedades específicas. Se dedican a una o varias enfermedades o a cuestiones de salud importantes para la comunidad.
- Redes europeas de enfermedades transmisibles y otros recursos:
  - *Red de Vigilancia Básica (BSN):* https://www2.smittskyddsinstitutet.se/BSN/index.jsp.
  - *Red de Vigilancia Comunitaria para Enfermedades Infecciosas que pueden prevenirse mediante Vacunación (EUVAC):* www.euvac.net.
  - *Sistema Europeo de Vigilancia de Resistencia Antimicrobiana (EARSS*): http://www.rivm.nl/earss/.
  - *Vigilancia Europea de Consumo Antimicrobiano (ESAC):*

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- http://www.esac.ua.ac.be/main.aspx?c = *ESAC2&n = 21633.
- *Esquema Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS):* http://www.eiss.org/index.cgi.
- *Vigilancia Europea de Infecciones de Transmisión Sexual (ESSTI):* acceso web no disponible.
- *Centro Europeo para el Seguimiento Epidemiológico del SIDA (EUROHIV):* http://www.eurohiv.org/.
- *Red Europea para el Diagnóstico de Enfermedades Virales Importadas (ENIVD*): http://enivd.de/.
- *Red Internacional de Vigilancia de las Infecciones Entéricas (ENTER):*
- http://www.hpa.org.uk/hpa/inter/enter-net_menu.htm.
- *Grupo de Trabajo Europeo para las Infecciones de Legionela (EWGLI):* http://www.ewgli.org/.
- *Vigilancia de la UE de Infecciones Bacterianas Invasivas (EU IBIS):* http://www.euibis.org/.
- *Vigilancia de la Tuberculosis en Europa (EUROTB):* http://www.eurotb.org/.
- *Red Europea de Vigilancia de la Difteria (DIPNET) y Grupo de Trabajo del Laboratorio Europeo de Difteria (ELWGD):* http://www.hpa.org.uk/hpa/inter/elwgd_menu.htm.
- *Hospitales Europeos para el Control de las Infecciones a través de la Vigilancia (HELICS):* http://helics.univ-lyon1.fr/helics-home.htm.
- *Red Europea de Modelos Matemáticos (NEMO):* acceso web no disponible.
- *Programa Europeo de Formación para la Intervención Epidemiológica (EPIET):* http://www.epiet.org/.
- *Inventario de Recursos para Enfermedades Infecciosas en Europa (IRIDE):* http://iride.cineca.org/.
- *Boletín Europeo de Enfermedades Transmisibles (EUROSURVEILLANCE):* http://www.eurosurveillance.org/index-01.asp

SISTEMAS CENTINELA DE VIGILANCIA. REDES CENTINELA

Definición

Como ya hemos dicho se entiende por *alerta en salud pública* a todo fenómeno de riesgo potencial para la salud pública o de alarma social frente a los que sea necesario el desarrollo de actuaciones urgentes y eficaces. Es en este contexto donde se establecen los sistemas centinela de vigilancia y las redes centinela. Estas alertas pueden ser de origen ambiental (legionelosis, radiactividad, plaguicidas), alimentario (aceite de colza, botulismo, brucelosis, «vacas locas», gripe aviar), efectos adversos de atención sanitaria (enfermedades nosocomiales, enfermedades transmitidas por la sangre y hemoderivados), por medicamentos y/o productos sanitarios (vacunas, efectos adversos de medicamentos), por transmisión directa (TBC, meningitis, hepatitis).

La atención primaria es el lugar natural de detección y control de factores de riesgo y de enfermedades y alertas sanitarias y sociales, y sus profesionales, tanto médicos como enfermeros, la principal fuente de recogida y transmisión eficaz y eficiente de información y del análisis de esa información. La enfermería, tanto de atención primaria como de salud pública y comunitaria y salud laboral, como los hospitales deben construir sistemas de vigilancia epidemiológica (más allá de las infecciones nosocomiales) y de vigilancia de la salud y de sus determinantes, así como de buenas prácticas.

Los *sistemas centinela* son sistemas de información que pueden suministrar información de un amplio rango de problemas de salud o factores condicionantes, que no suelen estar disponibles en otras fuentes de datos, a partir de muestras de población sin necesidad de realizar extensas y caras encuestas generales. Las redes de médicos centinelas, al incluir habitualmente médicos de atención primaria seleccionados de manera aleatoria de una zona geográfica, están dirigidas a la recogida de información muestral de la morbilidad atendida de forma ambulatoria en la población de esa zona.

Los sistemas centinela aumentan su eficacia basándose en tres elementos básicos:

- Los médicos (hoy también ya enfermeros, farmacéuticos, veterinarios) centinela, generalmente de atención primaria.
- La utilización de enfermedades trazadoras (las clásicamente encontradas en cada caso determinado).
- La observación sobre territorios centinela (más vulnerables).

La rapidez en la transmisión de la información es uno de los principales atributos del sistema,

que posibilita su integración en las redes de vigilancia internacional y ayuda a lograr una mejor oportunidad en la difusión de la información y formulación de recomendaciones.

Estos sistemas centinelas, en contraposición a los sistemas universales de notificación de casos, recogen datos sanitarios de solo una parte de la población (muestra), con el ahorro que ello supone y la posibilidad de obtener datos de mayor calidad con menos esfuerzo.

Una *red centinela sanitaria* es un sistema de información orientado a la vigilancia en salud pública e investigación epidemiológica, basado en la colaboración voluntaria de profesionales sanitarios de atención primaria, para el estudio de la frecuencia de las enfermedades y los determinantes de la salud (Vega Alonso, 2006).

Las redes centinela sanitarias son cada vez más utilizadas en el estudio de problemas relacionados con la salud y no solo para las enfermedades epidémicas (gripe).

En España, el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, aprueba la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (BOE n.º 21, de 24 de enero de 1996).

Evolución histórica

La historia del uso de *redes centinela sanitarias* como método de conocimiento de la morbilidad se remonta a mediados del siglo pasado, con el desarrollo desde 1951 hasta 1955 de un estudio piloto en el Reino Unido en el que un pequeño número de médicos generales registraba datos sobre la morbilidad en sus consultorios. El Royal College of General Practitioners (RCGP) desarrolló años más tarde una técnica de registro simple y eficaz, denominada *weekly returns service* (WRS), cuyo objetivo era la recolección de datos de manera descentralizada en medicina general y la centralización del proceso de análisis, interpretación y difusión de los resultados.

Por otro lado, el Health Information from Primary Care (2001-2004) fue construido sobre la experiencia obtenida con estos proyectos con el fin de coordinar la metodología y elaborar indicadores comparables entre países. Este proyecto, llevado a cabo como parte del Health Monitoring Programme de la Comisión Europea, representa una nueva fase en una tradición de cooperación entre redes centinela en Europa. Su objetivo fue «contribuir al establecimiento de un sistema de control de la salud de la Unión Europea mediante el estudio de la factibilidad de proporcionar indicadores de salud con información de atención primaria procedente de redes centinela».

Las redes centinela sanitarias han estado activas en nuestro país desde la década de los ochenta, con variados objetivos, metodología y diferente grado de desarrollo en las comunidades autónomas donde se han implantado. Pero la unión de datos epidemiológicos y de laboratorio, como consecuencia de la vigilancia integral de una población, no pudo hacerse sino hasta mediados de los años noventa.

Características de los sistemas centinela

En España, hace más de 10 años, se creó el sistema centinela, que cubre actualmente el 75% de la población nacional.

Objetivos generales

- Estudio de las enfermedades y los problemas de salud.
- Estudio de los determinantes de las enfermedades.
- Servir de sistema de alerta en procesos bajo vigilancia.
- Evaluación de las medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de los modos de intervención.
- Promoción de la investigación epidemiológica en atención primaria.
- Normalización de indicadores que permitan la comparación interregional e internacional.

Objetivos específicos

- Detección de los primeros casos.
- Estimar la incidencia de enfermedad.
- Detectar y reconocer precozmente la epidemia.
- Describir la distribución por edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés.
- Describir su letalidad.
- Describir las complicaciones principales.
- Detectar morbilidad por otros gérmenes.
- Caracterizar los gérmenes circulantes de cada temporada.
- Vigilar otros síndromes.
- Estimar la demanda asistencial esperada.
- Aportar información para la planificación de los servicios asistenciales.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Complementar la información aportada por el sistema de vigilancia de las EDO.
- Informar adecuadamente a profesionales sanitarios y a la población en general.
- Participar en el intercambio de la información integrada a nivel nacional y europeo.
- Formular recomendaciones que ayuden a una vigilancia de la enfermedad en situaciones de amenaza de pandemia.
- Estudiar la efectividad de las vacunas.
- Diseñar y planificar otros estudios de vigilancia.

Composición y selección de «vigilantes o vigías»

Una red centinela sanitaria debe estar compuesta por médicos y pediatras de atención primaria y, para muchos de sus objetivos, por los profesionales de enfermería.

El profesional debe ser sanitario o sociosanitario y tener acceso directo al conjunto de la población. Pueden formar parte de redes centinela sanitarias otros profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de la atención primaria (planificación familiar, salud mental, salud laboral, farmacia, etc.), de manera paralela o integrada.

La proporción de médicos, pediatras o enfermeros en una red debe hacerse de manera que la población se ajuste en su estructura de edad a la población de referencia. No obstante, cada vez más, las estimaciones se hacen para diferentes grupos de edad con el fin de mejorar la precisión y la validez de la información.

El método de selección de los notificadores condiciona la estructura que tendrá la población en la red y, por lo tanto, incide de manera fundamental en la representatividad y en la posible aparición de sesgos en las estimaciones de los indicadores.

Como en muchos tipos de estudios epidemiológicos, hay una fase de muestreo y otra de participación voluntaria en él (p. ej., no respuesta o no colaboración de parte de una muestra seleccionada al azar, perdidos de vista en un estudio de seguimiento, etc.).

La selección aleatoria de los participantes es la mejor opción, pero la fase de voluntariedad obliga a realizar ajustes en el diseño final de la muestra. En todo caso, siempre deberá haber una fase de selección aleatoria de una muestra de los profesionales.

Ventajas de las redes centinela

- La primera de ellas es que los datos proceden directamente de los profesionales de atención primaria, que son los que mantienen el contacto más cercano con el paciente.
- Si el diseño de la red es adecuado, la información será representativa de la población a la que se refiere.
- Otro hecho muy favorable es el bajo coste de esta información en relación con otros sistemas, tales como estudios epidemiológicos *ad hoc* o encuestas, sobre todo cuando se requieren datos de forma continua; esto es debido a que la recogida de datos está integrada en el quehacer diario del profesional, sin que este tenga que desviarse sustancialmente de sus actividades.
- Esta circunstancia también permite que sin tener que modificar la infraestructura, puesto que se trata del sistema de atención primaria, sí pueden modificarse los objetivos de la vigilancia y las enfermedades y procesos que se quieren vigilar, dotando a las redes centinela de gran flexibilidad.
- Además, la información obtenida suele ser de alta calidad, por su procedencia y por el grado de compromiso de los notificadores.

Limitaciones de los sistemas de vigilancia/redes centinela

- Problemas de representatividad que todo sistema de vigilancia basado en muestras de población puede presentar.
- La red centinela actual no cubre en su totalidad el territorio español, y ello supone que la población diana de vigilancia no pueda ser el conjunto de la población española.
- Dificultad para reflejar adecuadamente la morbilidad de una población por la falta de denominadores poblacionales bien definidos y actualizados.
- Problemas de sensibilidad y la especificidad del sistema, ante la escasa utilización de la definición de caso.
- Diferencias en los criterios de recogida de muestras de pacientes para su envío a los laboratorios de referencia que, junto a una serie de factores derivados de la recogida y el envío de las muestras, pueden hacer que las tasas estimadas de confirmación diagnóstica sean resultado de una incorrecta clasificación.

LECTURAS RECOMENDADAS

Almehida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política México. Fontamara. 19;1989.

Gondim Gracia MM, et al. Vigilancia en salud: (Re)construyendo el modelo de formación para trabajadores de nivel medio del Sistema Único de Salud. Fundación Fio-Cruz Brasil. III Encuentro Internacional de Vigilancia en Salud. La Habana, Cuba; 2005.

Martínez Navarro F, et al. Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.

San Martín H, et al. Epidemiología: teoría, investigación, práctica. Madrid: Díaz de Santos; 1986.

San Martín H, et al. Salud comunitaria: teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos; 1984.

Vega Alonso AT, et al. Guía de principios y métodos de las redes centinela sanitarias en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 3): 52-60.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 1 4

Visita domiciliaria: planificación

José Ramón Martínez Riera

PREPARACIÓN DE LA VISITA

La preparación previa de la visita domiciliaria es de suma importancia, sobre todo cuando esta se lleva a cabo por primera vez o hace mucho tiempo que no se realiza.

Se deberá realizar una recopilación de la información que pueda existir sobre la persona/familia a través de su historia clínica y/o a través de la que puedan aportar otros profesionales que ya hubiesen establecido contactos anteriores. Esto impedirá duplicidades u omisiones innecesarias que generan una gran desconfianza en los usuarios al identificar falta de coordinación entre los profesionales del equipo.

Dado que la intervención profesional se lleva a cabo en un espacio privado de la persona/familia, la visita se deberá pactar en cuanto a fecha y hora con los usuarios. Hay que evitar el presentarse en el domicilio sin previo aviso. Se debe tener en cuenta que se acude a un domicilio en el que los profesionales son «invitados» a entrar. Se trata de un ámbito ajeno en el que el usuario/familia marca las condiciones y establece los límites. Asimismo, se deberá informar a los usuarios/familia del motivo de la visita (si esta no se conoce). En el caso de que, por la razón que sea, se tuviese que cancelar la visita se avisará para informar de la anulación y se pactará una nueva cita.

Información en la visita

Como en todo proceso de valoración, para realizar la entrevista se aconseja obtener la máxima información previamente a su inicio; en la visita domiciliaria también va a resultar de suma importancia conocer la información previa a la introducción en la familia propiamente dicha. En este caso además, de la información recopilada a través de los registros y de otros profesionales se requiere tener en cuenta (fig. 114-1):

- Personas.
- Contexto.
- Lugar.
- Tiempo.

Personas

Se trata de identificar quiénes componen la unidad familiar y qué vínculos/relaciones tienen entre ellas. La información amplia de las relaciones que se establecen entre ellos se recogerá a lo largo del proceso, pero es importante que al inicio se cuente con la información mínima para hacerse un diagnóstico inicial de la situación familiar. Por ejemplo, es valioso conocer que se trata de una familia compuesta por un matrimonio (de 79 y 75 años) que viven solos y en el que la mujer es la cuidadora principal del marido que tiene una discapacidad importante. Será importantes identificar a otras personas que puedan tener relación esporádica con el entorno familiar (familiares, vecinos, amigos, etc.), pero inicialmente es imprescindible conocer la composición de la unidad familiar que reside de manera continuada en el domicilio.

Contexto

En la visita domiciliaria resulta de gran importancia conocer el entorno en el que se encuentra el domicilio. Identificar el barrio en el que se encuentra para poder conocer determinadas características del mismo que pueden influir de manera significativa en los miembros de la familia. Así, es importante saber si se trata de un barrio obrero o de uno de clase media por ejemplo, o la localización del mismo con respecto al centro de salud y su accesibilidad (distancia, transporte público, barreras, etc.). De igual manera es importante conocer los recursos cercanos al domicilio (tiendas de alimentación, farmacia, parques, etc.), el estado en que se encuentran las instalaciones urbanas (aceras, iluminación,

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

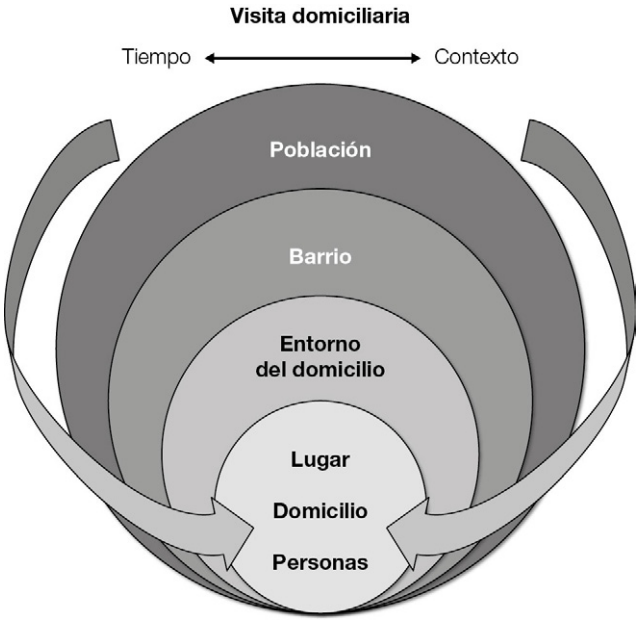


FIGURA 114-1. Personas, contexto, lugar y tiempo.

rampas, semáforos, etc.) y el tráfico existente, así como los niveles de ruido y contaminación. Del contexto forma parte también el acceso a la vivienda. Si se trata de una vivienda unifamiliar o de un edificio de viviendas, si es planta baja, si cuenta con rampas de acceso y/o escaleras (si cuentan con barandillas, si tienen suelo antideslizante), si dispone de ascensor (si se puede utilizar con dispositivos especiales como sillas de ruedas, si los botones son accesibles, si cuenta con sistemas de alarma), si existe iluminación suficiente y están bien señalizados los interruptores y a una altura adecuada. Identificar si la puerta principal de entrada a la vivienda es suficientemente ancha y si tiene algún tipo de barrera (escalón).

Toda esta información puede resultar de gran utilidad a la hora de establecer planes de cuidados, objetivos y actividades. Por ejemplo, una vivienda aislada o con importantes barreras de accesibilidad puede impedir o limitar significativamente la provisión de alimentos, lo que repercutirá en la nutrición de las personas.[1]

Lugar

En la visita domiciliaria es la enfermera la que se introduce en el espacio íntimo del usuario/familia. No es excusa el hecho de que hayan sido el usuario o su familia quienes demanden la visita para tener claro que, la enfermera es una persona ajena (no necesariamente extraña) en ese lugar (domicilio o núcleo familiar) íntimo siempre. Por tanto, la visita domiciliaria tiene algo de agresión o como mínimo de irrupción que obliga a un reajuste de las relaciones y en la que se deberá tener muy en cuenta el respeto a la privacidad.[2]

El hogar (comúnmente referido por los profesionales de la salud como domicilio), por tanto, es el lugar en el que viven y conviven los diferentes miembros de la familia con la que se va a llevar a cabo el proceso de atención. Es un lugar

[1]Las enfermeras de un centro de salud identificaron que en la Consulta del Niño Sano (programa de salud que se lleva a cabo en la población pediátrica) había un número de madres y sus hijos que acudían con mucha más frecuencia que el resto de la población. Tras analizar el origen de esas madres, identificaron que pertenecían todas a un mismo barrio. Desarrollaron una intervención de visitas a domicilio y finalmente lograron identificar que el barrio en el que habitaban no disponía de zonas de recreo (parques, jardines).

[2]En el centro de salud, quien se siente extraño es el usuario/familia. Entra en un lugar ajeno a él. Por el contrario la enfermera se encuentra cómoda. Es su terreno, lo maneja, lo domina y se siente segura. Esta es una de las razones que puede justificar la resistencia que provoca la atención domiciliaria. Precisamente el entrar en un lugar en el que ya no actúa con seguridad y en el que tiene que adaptarse a normas diferentes.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

con características propias, únicas, adaptadas a cada caso y que la enfermera deberá tener muy en cuenta, para relacionarlas con posterioridad al resto de datos e información recogidos y sin las cuales podríamos llegar a planificar acciones inadecuadas o realizadas sobre premisas falsas. Así pues, la enfermera deberá observar en cuanto al lugar:

- Estructura y distribución de las estancias (habitaciones, baños, comedor, etc.).
- Accesibilidad entre las diferentes estancias (ancho de pasillos y puertas, distancia entre dependencias, etc.).
- Iluminación y ventilación de las estancias.
- Identificación y distribución de mobiliario (tamaño y altura de la cama, mesita de noche, interruptores de luz, sillones, etc.).
- Identificación de elementos de riesgo (alfombras, cables, braseros, etc.).
- Identificación de elementos de calefacción/refrigeración (si son fijos o móviles, el tipo de energía que utilizan, etc.).
- Identificación y distribución de los sanitarios en los cuartos de baño (existencia de bañera/ducha, bidé, retrete). Existencia de elementos de seguridad para el aseo (agarraderos en ducha/bañera, mamparas, etc.).
- Identificación de la estructura y distribución de la cocina (existencia de electrodomésticos [nevera/congelador], fuego de cocina [si es eléctrica, gas, inducción, etc.]), existencia de despensa, bancada de trabajo, existencia de galería, localización de los fregaderos, etc.).
- Identificación de elementos de ocio (radio, televisión, equipos de música, etc.).
- Existencia de balcones, terrazas, etc.
- Identificación de los revestimientos en piso (mármol, parquet, cerámico, etc.), paredes (pintura, papel pintado, etc.).
- Identificación de elementos decorativos que pueden indicar determinadas tendencias de creencia o religión (imágenes de vírgenes, santos, cuadros con escenas alegóricas, etc.).

Pero la recogida de toda esta información puede entrar en conflicto con lo comentado anteriormente con respeto a la privacidad. Evidentemente no se trata de que la enfermera solicite realizar una inspección de la vivienda. Además, toda esta información deberá ser recogida de manera gradual. En cualquier caso la enfermera puede utilizar estrategias que le permitan ir recopilando la información necesaria de las diferentes dependencias de la vivienda. Así, por ejemplo, para hacer una valoración de los cuartos de baño puede solicitar, en un momento dado, que se le permita el acceso para lavarse las manos.

Como ya hemos comentado, la principal herramienta que utilizará la enfermera para recoger todos estos datos (tanto del lugar, como del contexto e incluso de las personas) será la observación.

La observación, tal como recoge Cibanal (2003): «Es la acción mediante la cual consideramos, con una atención sostenida e incondicional, los hombres o las cosas, con el fin de conocerlos mejor y teniendo siempre presente un objetivo muy concreto». Y observar es: «Considerar con una atención sostenida los hechos que acontecen en una situación concreta, tal y como presentan en la realidad, hacer un examen minucioso y reflexivo de esta situación y consignarla por escrito, dejando así constancia de lo ocurrido».

Por lo tanto, y al hilo de ambas definiciones, se trata de observar sabiendo pararse, concentrarse, escuchar, mirar, ser discreto y asegurar la continuidad de la observación, que permita identificar las necesidades del usuario y su familia y la adaptación de la actitud enfermera en función del comportamiento y las necesidades detectadas, todo ello facilitando la comunicación activa que permita la empatía entre la enfermera y el usuario/familia.

En cualquier caso, la observación se deberá precisar evitando de esta manera la dispersión o la pérdida de datos relevantes, para lo que resulta de ayuda el preguntarse continuamente qué, cuándo, quién, cómo y dónde.[3] Es muy importante también la observación del lenguaje no verbal con la finalidad de valorar la apariencia general que puede ser de ayuda para planificar de forma más estructurada las observaciones.

Por último, es necesario tener en cuenta que a la hora de hacer el registro de lo observado se deberá llevar a cabo sin realizar interpretaciones

[3]Por ejemplo a la hora de observar el mobiliario, y concretamente la cama utilizada por una persona con discapacidad, nos preguntaríamos qué tipo de cama es (fija, qué altura tiene…), cuándo es utilizada (pasa todo el día en ella, se levanta…), quién realiza los cambios posturales y la higiene, cómo se llevan a cabo las movilizaciones (cómo se levanta, si lo hace solo o con ayuda), dónde está situada (cerca de una ventana, con acceso fácil al cuarto de baño…).

que transformen la realidad o pretendan atribuir un sentido que no tiene, para lo que se tratará de ser lo más objetivo posible sobre aquello que se ve o se escucha.[4] Pero la observación, con ser importante, por sí misma no es suficiente, por lo que se tendrá que llevar a cabo una escucha activa que implica un compromiso con el usuario/familia, una disponibilidad frente a la experiencia inmediata vivida por el profesional y con el usuario/familia, una aptitud para la sorpresa y una habilidad para escuchar al usuario/familia sin interpretarlo todo desde sus propias experiencias.

Tiempo

Es importante que se tenga en cuenta el tiempo en el que se realiza la visita domiciliaria. En este sentido deberemos identificar el tiempo en la doble vertiente de horario y climatológico, además de las costumbres o, lo que es lo mismo, el tiempo acostumbrado que la familia tiene para llevar a cabo sus actividades.

No será lo mismo realizar la visita domiciliaria por la mañana o por la tarde, a la hora de comer o cuando al usuario, por ejemplo, ya le han realizado la higiene y le han levantado de la cama.

Asimismo, tendrá importancia conocer el tiempo estacional en que se realiza la visita (verano, invierno, etc.) ya que determinará ciertos comportamientos en el hogar y el tiempo meteorológico que hace (frío, lluvia, viento, etc.).

Todos estos datos, que inicialmente pueden parecer secundarios y sin trascendencia, pueden ayudarnos en el desarrollo de la visita, en la planificación de objetivos y actividades y, finalmente, a mostrar respeto por la organización del tiempo mutuo (familia y profesional).

Desarrollo de la visita

Una vez en el domicilio, la enfermera deberá tener muy en cuenta la importancia del primer contacto. En este sentido hay que destacar que la primera impresión que tenga el usuario/familia determinará de manera significativa el futuro de la relación terapéutica entre ambas partes.

Es por ello que la enfermera deberá iniciar la visita presentándose por su nombre, utilizando el tratamiento de usted (como señal de respeto), incidiendo en el motivo de la visita que evite situaciones confusas o comprometidas, informando del tiempo de duración de la misma (que deberá ser escrupulosamente respetado por ambas partes), trasladando el respeto a la intimidad y la confidencialidad y solicitando permiso para tomar notas o realizar cualquier tipo de registro de la información (escrito, grabación, etc.). Tras esta breve introducción se solicitará que el usuario/familia realice un breve resumen de lo dicho *(feedback)* con el fin de saber si nos hemos explicado bien (nunca de si nos han entendido bien). Es importante también interesarse de cómo se siente el usuario/familia (ansiedad, temor, nerviosismo, etc.) y trasladarle nuestro estado de ánimo.

Una vez realizadas las presentaciones y aclaraciones comentadas se procederá al inicio de la visita. Teniendo en cuenta que cuando se habla de visita domiciliaria no se circunscribe a un hecho puntual y singular, sino al conjunto de actividades que se desarrollan de manera longitudinal y, por lo tanto, la información que se recoja se hará de manera metódica, planificada y gradual. Es por ello que la información completa de la situación familiar y su entorno se irá recopilando de manera escalonada en sucesivas visitas. Se deben recoger datos sobre:

- *Características sociodemográficas:*
  - Composición de la familia. Es importante la realización del genograma[5] familiar.
  - Nivel socioeconómico, que permitirá adaptar los cuidados a los recursos reales de la familia y movilizar, en su caso, posibles recursos sociales y comunitarios.
  - Nivel de instrucción, que marcará el grado con que se puede avanzar en el autocuidado.
  - Actividad laboral, que ayudará a entender diferentes problemas de salud identificados y permitirá conocer la disponibilidad horaria de los diferentes miembros de la familia en el proceso de cuidados.

[4]Este aspecto es de suma importancia, ya que de lo contrario realizaremos interpretaciones que pueden estar alejadas de la realidad. Así pues, si de la observación se desprende, por ejemplo, que existe suciedad, se deberá recoger como tal y no interpretando que las personas de dicho domicilio son descuidadas o sucias. Ya habrá tiempo para recoger más información que justifique el hecho observado.

[5]El genograma es la representación gráfica de una constelación (gestalt) familiar multigeneracional (tres generaciones) que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar, en un momento determinado de su evolución, y utilizarlo para la resolución de problemas.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- *Estado de salud y hábitos de vida:*
  - Enfermedades previas.
  - Ingresos hospitalarios.
  - Atención urgente en casa o en el hospital.
  - Problemas de salud actuales.
  - Percepciones de salud/enfermedad, íntimamente ligadas a la cultura de los miembros de la familia.
  - Hábitos higiénico-dietéticos, relacionados con la cultura, las creencias y valores.
  - Medicación habitual pautada. Adherencia al tratamiento.
  - Automedicación.
  - Terapias alternativas.
- *Aspectos psicosociales:*
  - Estado emocional:
    - Cambios en la vida familiar y en los roles.
    - Capacidad de la familia para dar respuesta a las necesidades emocionales de sus miembros.
    - Capacidad para resolver problemas y tomar decisiones.
    - Actitud ante la enfermedad y/o discapacidad.
    - Patrones utilizados. Mecanismos de afrontamiento (negación, racionalización, actitud defensiva…).
    - Predisposición para el autocuidado.
- *Recursos extrafamiliares:*
  - Institucionalización.
  - Utilización de recursos comunitarios.
  - Grupos sociales más próximos.
  - Interacción extrafamiliar.
  - Intereses educacionales y culturales.
  - Apoyo en voluntariado y ayudas benéficas.
- *Relaciones familiares:*
  - Relación entre los miembros de la familia dentro y fuera del hogar.
  - Relaciones de parentesco, sociales, de amistad y vecindad.
  - Funciones y responsabilidades asumidas por los diferentes miembros de la familia.
  - Ayuda de otros familiares que permitan una distribución más racional de las cargas de cuidados.
- *Salud mental, emocional y espiritual de los miembros de la unidad familiar:*
  - Relación social percibida.
  - Bienestar espiritual percibido.
  - Satisfacción con la vida.
  - Sensación de control.
  - Temor.
  - Resentimiento.
  - Culpa.
  - Frustración.
  - Ansiedad crónica de los miembros.
  - Depresiones, estrés.
  - Autoestima.
  - Uso de fármacos psicotrópicos.
  - Cargas percibidas.
  - Violencia.
  - Hábitos tóxicos.
- *Influencias culturales:*
  - Valores e identidad del grupo.
  - Sentido de pertenencia familia/grupo.
  - Creencias espirituales, afiliación religiosa.
  - Barreras culturales.
  - Creencias sobre cuidados de salud y los profesionales, que pueden aportar información muy valiosa para establecer las relaciones con el usuario/familia.
- *Valoración física y emocional individualizada:*
  - Necesidades básicas:
    - Patrón del sueño-descanso.
    - Forma física.
    - Nivel de movilidad.
    - Valoración nutricional: peso, talla, IMC.
    - Función gastrointestinal.
    - Función cardíaca y pulmonar.
    - Nivel de energía.
    - Constantes vitales.
    - Valoración del dolor.
  - Salud general percibida.
  - Riesgos laborales de los diferentes miembros de la unidad familiar en sus respectivos lugares de trabajo y que, de una manera u otra, pueden influir en la salud del resto de componentes de la familia.
  - Fuentes de estrés. Autoestima.
  - Preparación personal para enfrentarse a los problemas de salud.
  - Actitud ante el enfermo (si lo hay).
  - Actitud del enfermo ante los demás y ante su propia enfermedad.
  - Estado cognitivo.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cohen-Mansfield J, Regier NG, Peyser H, Stanton J. Wisdom of generations: a pilot study of the values transmitted in ethical wills of nursing home residents and student volunteers. Gerontologist. 2009;49(4):525-35.

Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag; 1999.

Contel Segura JC. La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. Index Enferm. 2009;18(3):176-9.
Gómez Rodríguez JM. Organización de la visita domiciliaria en atención primaria. Jano. 2008;1695:29-32.
Instituto de Salud Carlos III. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Subdirección General de Investigación Sanitaria Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii); 2002.
Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Atención domiciliaria vs actividad a domicilio. En: Enfermería y atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 457-505.
OMS Alma-Ata, 1978. Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos, n.° 1. Ginebra: OMS; 1978.
Ortiz Molina J, Heras Tebar A, Hidalgo García T, Martín Royo J, et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. Aten Primaria. 2006;38(1):47-50.
Zabalegui Yárnoz A, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardillo Porras D. La enfermería y el cuidado comunitario. Metas de Enferm. 2005;8(9):8-12.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

C A P Í T U L O 1 1 5

Visita domiciliaria: evaluación

José Ramón Martínez Riera

INFORMACIÓN DE LA VISITA

La enfermera debe tratar en todo momento de huir de posicionamientos de protagonismo (tienes que hacer, te aconsejo, debes evitar…) y/o paternalistas, que anulen la capacidad de autonomía del usuario/familia.

La evaluación se iniciará con la valoración de la información recopilada de la que se obtendrá la identificación de las necesidades y problemas, así como su priorización, sobre la base de los cuales se consensuarán con la familia las respuestas que traten de paliar y/o solucionar los mismos.

Tanto el desarrollo como la evaluación de la visita domiciliaria deberán llevarse a cabo sobre la base de un modelo de cuidados que facilitará:

- La conceptualización de todos los elementos que intervienen en el proceso de atención de enfermería.
- La definición del objetivo último al que tiende la actuación de las enfermeras en la visita domiciliaria.
- La delimitación de las necesidades humanas que las enfermeras valoran y los problemas que diagnostican y tratan.

La recopilación de la información recogida a lo largo de las visitas domiciliarias permitirá el inicio de la valoración sobre la base de la identificación y priorización de los problemas de salud y las necesidades identificadas. La enfermera en todo momento deberá dejar que sean el usuario y su familia quienes lo hagan, tratando de evitar que su intervención conduzca a una interpretación subjetiva de las demandas. Para ello llevará a cabo una escucha activa en la que incorpore la empatía, la retroalimentación y el método de resolución de problemas como elementos fundamentales de la comunicación. Posteriormente, se consensuarán una serie de objetivos y actividades[1] con el usuario/familia que se alcanzarán con el desarrollo de intervenciones/técnicas específicas, educación para la salud, información de recursos disponibles, etc. para finalmente poder realizar la evaluación que deberá ser también conjunta (fig. 115-1).

Por otra parte, la enfermera, conjuntamente con el usuario/familia, deberán identificar los recursos disponibles/factibles con los que se cuenta, para poder dar respuesta a las necesidades identificadas y siempre teniendo en cuenta que se deberá partir en primer lugar de los recursos propios de la persona hasta llegar a los recursos que pueda ofrecer la comunidad, pasando por los recursos familiares y las redes sociales (amigos, vecinos, etc.) (fig. 115-2).

En la evaluación se trata de conocer si se ha logrado dar respuesta a los objetivos consensuados, si estos han cubierto las necesidades identificadas y qué efectos han tenido sobre la unidad familiar que guiarán la posterior toma de decisiones. Para ello será preciso evaluar el proceso de cambio, el tiempo empleado, los conocimientos adquiridos y los recursos empleados.

Evaluar como etapa final del proceso de cuidados lleva implícito el registro de los resultados, es a la vez final e inicio de una nueva planificación. El registro, por último, visibiliza el trabajo desarrollado por las enfermeras en la visita domiciliaria y permite:

[1]Hay que diferenciar claramente entre objetivos y actividades. Los objetivos serán las metas o fines que se quieren alcanzar y se definirán en infinitivo (p. ej., hablar con mi hermano…). Las actividades, por su parte, serán las acciones o tareas que se deberán desarrollar para lograr los objetivos y siempre deberán dar respuesta a los interrogantes ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿con quién?, ¿dónde? (p. ej., ¿qué?: hablar con mi hermano; ¿cuándo?: el sábado después de comer; ¿cómo?: se puede ensayar con el usuario [haciendo un *role-playing*]; ¿con quién?: nosotros dos solos, y ¿dónde?: en mi casa, en la sala de estar tomando café). De esta manera se concreta exactamente y permite una mejor evaluación posterior. El objetivo sin más puede convertirse en una declaración de intenciones.

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

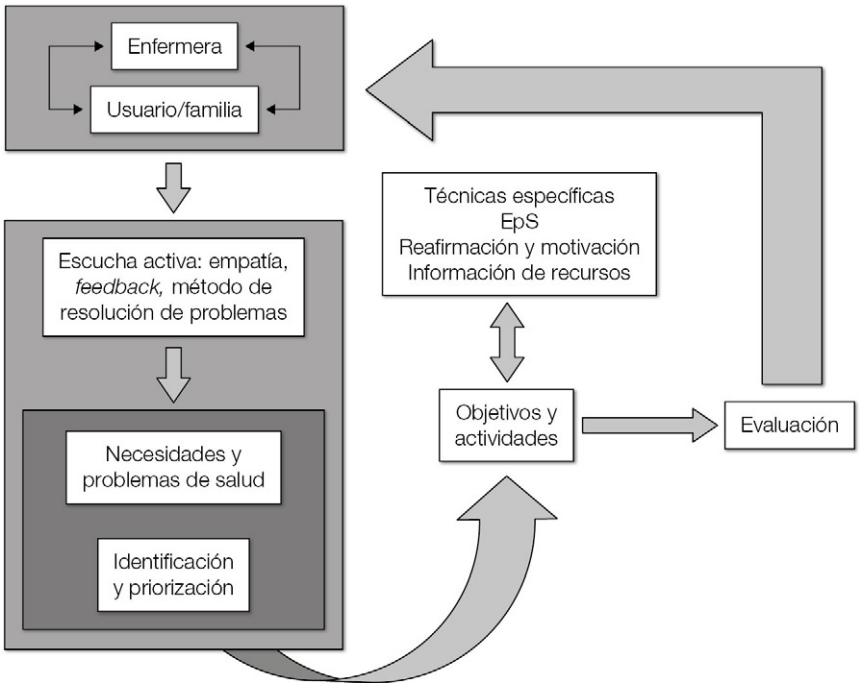


FIGURA 115-1. Plan de cuidados en la visita domiciliaria.

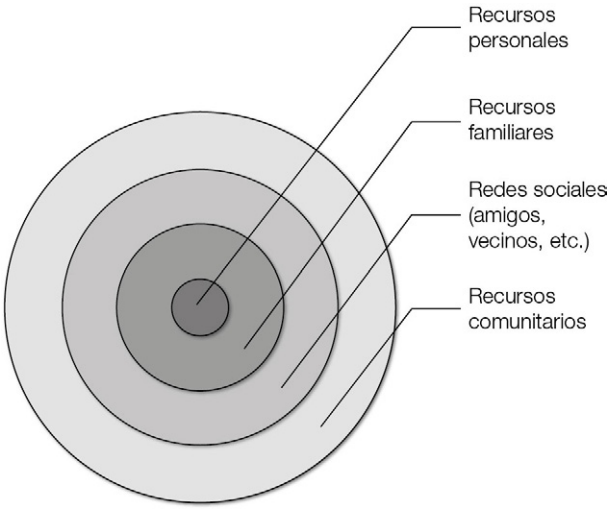


FIGURA 115-2. Recursos.

- La organización sistemática de los cuidados.
- Dar continuidad a los cuidados.
- Ser fuente de datos para posteriores evaluaciones de procedimientos y resultados.
- Planificar y organizar el trabajo enfermero.
- Servir como herramienta de gestión a todos los niveles de atención.
- Favorecer el conocimiento del perfil familiar de una zona concreta.
- Servir de soporte ante posibles responsabilidades.
- Facilitar la investigación y la docencia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

La monitorización de los registros de la visita domiciliaria servirá además para:

- Conocer de manera objetiva e individualizada el cumplimiento de los objetivos de la visita domiciliaria.
- Facilitar un mecanismo eficaz de detección y corrección de errores.
- Ayudar a unificar criterios de funcionamiento a todas las enfermeras y al resto de los miembros del equipo que intervengan en la visita domiciliaria.
- Establecer nuevos objetivos.
- Mejorar los registros y facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales.
- Evitar las consecuencias del trabajo rutinario y utilizar la metodología de la visita domiciliaria.

IMPACTO DE LA VISITA DOMICILIARIA

La evaluación, además de los aspectos específicos alcanzados en la visita domiciliaria, permitirá la obtención de datos valiosos para conocer el impacto de la misma para la salud de la población y su eficiencia para las organizaciones en las que se lleva a cabo.

En este sentido, diferentes estudios internacionales demuestran que los profesionales de la salud que realizan mayoritariamente visitas domiciliarias son las enfermeras que presentan un rol, predominante en cuanto a los niveles de actividad. Las enfermeras realizan el doble de visitas que los médicos, por ejemplo.

La valoración de las actividades realizadas es dificultosa, debido a la heterogeneidad de las actividades y modos de registro de las mismas.

En cualquier caso, las actividades desarrolladas con mayor frecuencia en las visitas domiciliarias son fruto de la continuidad de cuidados y la coordinación de los mismos, la aplicación de tratamientos o curas, vendajes y control de constantes vitales, seguidas de la valoración de las necesidades fisiológicas. Sin embargo, las enfermeras dicen realizar siempre o casi siempre actividades de prevención, educación para la salud, valoración de necesidades sociales y abordaje de problemas emocionales tanto del paciente como del cuidador, lo que pone de manifiesto una reorientación significativa en la oferta de cuidados enfermeros en la visita domiciliaria.

Hay que destacar que el incremento de niveles de comorbilidad no genera necesariamente una mayor intensidad de visitas domiciliarias en atención primaria. Sin embargo, es identificado como el factor que más influye en el incremento de ingresos hospitalarios no programados de pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria.

No obstante, y a pesar del papel potencial que tienen las enfermeras comunitarias en la prestación de cuidados de promoción de la salud, sigue existiendo una falta de consenso en la literatura científica sobre la eficacia y eficiencia de esta función. Deben realizarse más estudios para estimar qué tipo de población diana podría beneficiarse más específicamente de estas intervenciones, así como qué intervención y con qué intensidad produce evidencias que justifiquen la puesta en marcha de estos programas comunitarios.

Tradicionalmente, se han identificado las visitas domiciliarias como una alternativa más barata que otras formas de atención, independientemente de otras consideraciones como la libertad y el derecho de las personas a vivir en su entorno natural durante el mayor tiempo posible. Sin embargo, no existen estudios concluyentes en este sentido. En cualquier caso, los estudios realizados demuestran que, en el peor de los casos, las visitas domiciliarias no aumentan los costes y, dado que aumentan los beneficios, su eficiencia parece asegurada.

Por último, las visitas domiciliarias se han mostrado beneficiosas fundamentalmente en dos grupos diferenciados:

1. Los cuidados inmediatos tras el alta hospitalaria, que reduce los reingresos y el riesgo de institucionalización.
2. Los cuidados de soporte a largo plazo.

LECTURAS RECOMENDADAS

Anderson EE. Nursing intervention in care homes: district nurses' views. Br J Community Nurs. 2005;10(10):457-60.

Chan YK, Stewart S, Calderone A, Schuffham P, Goldstein S, Carrington MJ. Exploring the potencial to remain «Young @ Heart»: Initial findings of a multi-centre, randomized study of nurse-led, home-based intervention in a hybrid health care system. Int J Cardiol. Irlanda: Elsevier; 2010.

Escudero M, Ibáñez A, González E, Sánchez F, Utrilla F, Hidalgo M, et al. Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. Enferm Clín. 2000;11(3):91-6.

Evans C, Drennan V, Roberts J. Practice nurses and older people: a case management approach to care. J Adv Nurs. 2005;51(4):343-52.
Markle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, Henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Med Care Res Rev. 2006;63(5):531-69.
Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Atención domiciliaria vs actividad a domicilio. Enfermería y atención primaria. Madrid: DAE; 2006. p. 457-505.
Nieto García E, Monleón M, Casado Lollano A, del Pino Casado B, et al. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria. Metas Enf. 2006;9(9):50-6.
Ortiz Molina J, Heras Tebar A, Hidalgo García T, Martín Royo J, et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. Aten Primaria. 2006;38(1):47-50.
Sundström G, Tortosa M. Effects of rationing home-help services in Spain and Sweden, a comparative analysis. Ageing and Society. 1999;19(3):343-61.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Y

116 Yatrogenia 743

C A P Í T U L O 1 1 6

Yatrogenia

Ángela Sanjuán Quiles y Carmen Luz Muñoz Mendoza

GENERALIDADES

Desde el inicio de la civilización se han conocido los daños que pueden provocar las acciones de los sanadores. Ya en el Código de Hammurabi se recogen los procedimientos que la población utilizaba en la antigua Mesopotamia para defenderse frente a supuestos errores, temeridades y negligencias que sobre ellos se llevaban a cabo. Más tarde, el mismo *Hipócrates recomendaba en el libro primero de las Epidemias*: «*Ofeleein i mi vlaptein*» (ayudar o por lo menos no dañar). En esta frase se inspiró Galeno cuando comentaba el aforismo «*Primum non nocere»;* la norma clásica de «ante todo no hacer daño» es una de las bases de la ética médica y en la actualidad de todas los profesiones sanitarias y no sanitarias.

Con el explosivo e incesante desarrollo de la tecnología sanitaria y los procesos de cuidados, en sus aspectos científico-técnicos, la vertiente humanista o ética de las profesiones sanitarias, ha quedado indudablemente rezagada. Esta desproporción dio lugar, en gran parte, al origen de la bioética, surgida en el curso de los primeros años de la década de los setenta, en el siglo pasado. La bioética, «antigua ética médica», se planteaba los grandes temas, propios de la interacción del profesional sanitario: las relaciones con el paciente, el compromiso de los profesionales de la salud con la sociedad a la que sirve, sus relaciones de equipo, con otras profesiones, los temas polémicos y las controversias en la ciencias de salud, que tienen que ver con la vida, la muerte, la dignidad humana, los principios y valores de los profesiones, entre otras muy diversas cuestiones. Todo ello quedó plasmado en una de las definiciones más sugestivas de lo que es la bioética: una disciplina que intenta promover un comportamiento adecuado, prudente, a la dignidad del ser humano en cuanto es persona, en los diversos profesionales de la salud, de acuerdo con la tabla de valores (axiológica) que rige a las relaciones interpersonales.

Existen en la historia de la humanidad ejemplos en los que los profesionales no han sido conscientes de que sus prácticas fueron causa de muertes, las cuales podrían haber sido evitadas teniendo en cuenta el aforismo «*Primum non nocere*». Así ocurrió en la transferencia de bacterias patógenas desde las salas de autopsia de los hospitales a las salas de maternidad, llegando a provocar una altísima mortalidad por sepsis puerperal en las maternidades hospitalarias en el siglo XIX. En esta ocasión era una de las catástrofes yatrogénicas más importantes de la época. Se identificó por Semmelweis que simplemente lavándose las manos con un concentrado desinfectante se reducía la mortalidad.

La yatrogenia todavía tiene una alta incidencia en el siglo XXI; es una de las primeras causas de muerte en los países (tercera causa de muerte en EE. UU. según estudios recientes), aunque se pretendió que con el desarrollo de las ciencias de la salud se podía esperar que los casos de enfermedades o muertes yatrogénicos se redujeran considerablemente o desaparecieran y fueran fácilmente evitables.

Se destaca, en consecuencia, una de las supremas disposiciones éticas del profesional de la salud: la prudencia o *phronesis,* actitud phronética, que debe regir en todos los actos profesionales. La prudencia, lo phronético, es considerada como inteligencia serena, aquella que no se apresura, que pesa bien los pros y los contras de cualquier acción, que no es explosiva, que sabe profundizar, que analiza los diversos elementos, que se toma el tiempo necesario y que, finalmente, adopta una decisión que habrá de ser, en la inmensa mayoría de los casos, la correcta. Lo contrario de *phronesis* es *phrenesis,* imprudencia, actitud phrenética, aquella que prescinde de la serenidad, que no profundiza ni analiza adecuadamente una

© 2014. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

determinada situación, que suele «explotar», movida por las circunstancias, y que, la mayor parte de las veces, adopta una decisión equivocada.

Gran parte de los errores en el proceso de atención sanitaria se deben a la imprudencia, a la falta de una real y verdadera actitud phronética. La mala praxis es siempre imprudente.

Como ya hemos comentado, todavía hasta el momento, uno de los hechos que con mayor frecuencia se presenta en las acciones sanitarias es la yatrogenia. Los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes lanzan mensajes y promueven iniciativas para motivar a los Estados y a los trabajadores sanitarios en las buenas prácticas de salud.

En este capítulo se hará incidencia en el concepto de yatrogenia, sus tipos, sus implicaciones y, sobre todo, su prevención. Ello deberá permitirnos reflexionar acerca de este problema tan común en nuestra práctica profesional, susceptible de provocar eventos adversos, daños a los usuarios/pacientes, derivados en su mayoría de una actitud inconsciente, poco reflexiva e imprudente.

CARACTERÍSTICAS

La palabra yatrogenia deriva del griego: *iatos* (médico) y *genia* (origen). Según el *Diccionario de la lengua española* de la RAE: «Dícese de toda alteración[1] del estado del paciente producida por el médico». Hipócrates nos recuerda que al optar por un tratamiento, nuestra primera consideración es la de evitar el daño: «*Primum non nocere*». Sin embargo, la yatrogenia se encuentra latente en todos nuestros actos profesionales; son acciones que se mantienen dentro del ámbito de la profesión sin que trasciendan a la comunidad, pero que estamos en la obligación moral de no ocultar, para que en principio se tomen las medidas de evaluación, vigilancia y control necesarias para que tal evento adverso no se repita en el proceso de atención sanitaria en general y especialmente en los cuidados de salud.

El empoderamiento profesional nos inviste, a veces, de una inmunidad que debemos apreciar permanentemente, conociendo el verdadero alcance y la trascendencia de las intervenciones inherentes a las enfermeras desde una triple vertiente: **asistenciales** en la aplicación de la experiencia al usuario/familia/comunidad; **investigación** sobre la evidencia de las acciones (biopsicosociales y espirituales) y la adquisición del conocimiento, y **ético/morales** en la forma en la que debe actuar el profesional de la salud en general y la enfermera en particular, con prudencia y dedicación.

FACTORES

La yatrogenia como entidad no se da solo por administración errónea de los métodos terapéuticos, sino también por la ignorancia intelectual de su aplicación y es más, podemos considerar que también se presenta cuando la personalidad del profesional carece del humanismo en el trato personal con el usuario.

Es un fenómeno considerado actualmente que obedece a los siguientes factores:

Inexperiencia

Definitivamente no se deben tratar o administrar cuidados a usuarios/pacientes sin antes tener la experiencia necesaria para realizar el procedimiento. Es el mandamiento ético primordial. El profesional que no tiene la suficiente autocrítica, que acepta la noción de «la falta de ignorancia», que no menciona su inexperiencia, es un riesgo para la profesión y para el usuario/paciente/familia/comunidad. La solución es fácil: se requiere solo un poco de humildad para recurrir al experto que sí tiene experiencia, solicitarle su colaboración y aprender de él. Esta es la manera honesta de adquirir la experiencia requerida.

---

[1] *Diccionario de la lengua española* de la RAE:
Alteración. Del lat. *alteratio, -onis.* Acción de alterar.
El verbo (acción) alterar proviene del lat. *altera˜re,* de *alter,* otro.
1. tr. Cambiar la esencia o forma de algo.
2. tr. Perturbar, trastornar, inquietar.
3. tr. Enojar, excitar.
4. tr. Estropear, dañar, descomponer.

Indicaciones incorrectas

Estas casi siempre derivan de un examen semiológico o mala valoración de las necesidades de las personas, mal hecho. Al carecer de un diagnóstico y de un pronóstico exacto, obviamente fallan las indicaciones para el procedimiento. Nada suple o reemplaza a una buena valoración y examen clínico.

Errores de técnica

Se originan en la falta de preparación, en la falta de reflexión previa a la acción, requisito hoy indispensable para el ejercicio profesional y que debe anteceder a todo procedimiento. La falta de humildad no nos debe impedir realizar la reflexión previa a la acción. La agresividad de las intervenciones de los profesionales sanitarios también puede traer complicaciones yatrogénicas a nuestros pacientes y hay que controlarlas balanceando los pros y los contras de cada procedimiento o conducta en forma individual.

Exámenes insuficientes

En el diagnóstico médico, el no ordenar los exámenes de laboratorio imprescindibles puede ocasionar serios daños al paciente en el período operatorio y postoperatorio. Lo mismo puede suceder cuando se suprime la valoración al ingreso, prequirúrgica, etc., de los pacientes más vulnerables. En el manejo de los colectivos más vulnerables, debe realizarse completamente el protocolo de prevención de lesiones, eventos adversos y seguridad antes de tomar decisiones de manejo.

Improvisación

«Experiencia es ciencia» enseñaba Paracelso a sus discípulos. Solo los grandes maestros, con muchos años de experiencia pueden darse el gusto de improvisar ante un problema o una complicación. Al resto nos toca seguir realizando la planificación de forma sistemática y ordenada, evitando repeticiones u omisiones innecesarias. De esta forma se evitan los riesgos derivados de nuestras actuaciones y/o las complicaciones.

Descuido y mala vigilancia del proceso de salud-enfermedad

El principal error del profesional sanitario es no creer en las quejas y/o las sugerencias del paciente/familia. Como decía Laureano Gómez: «A la gente hay que creerle». Es justo y necesario revisar cualquier queja y/o sugerencia del paciente/familia para asegurarse de que no se trata de una complicación. La eficiencia y la calidad deben ser los principales rectores del sector salud.

Falta de escrúpulos

Si el colega/compañero se cree capaz de realizar procedimientos sin tener la menor preparación para ello, solo por el afán de conseguir protagonismo, dinero o por mezquinos intereses económicos, está perdido, moralmente hablando.

A través del proceso de **elección informada** al paciente/familia se le debe permitir que ejercite su libre albedrío, decida si desea o no tratarse. Los profesionales sanitarios deben proporcionarle toda la información sin sesgos, sin insinuaciones y de manera no tendenciosa. Se debe obtener un **consentimiento informado** en el que el paciente acepte el tratamiento selectivo, individualizado, con objetivos específicos, y sea capaz de reconocer los **alcances y limitaciones** del mismo y las posibles alternativas.

Sin embargo, esta información al paciente y su consentimiento informado no nos excusan para cometer errores y lo anterior no aminora la responsabilidad de cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad al aceptar que el acto médico/enfermera es un proceso de medios más que de resultados. Es en la selección de los **medios** donde nos podemos equivocar al no ser realistas, ni prácticos en el tratamiento, y al no individualizarlo para cada paciente.

ACEPCIONES DE LA YATROGENIA

Sentido restringido

La yatrogenia se entiende solo como los aspectos negativos de la práctica de la medicina en general.

Sentido amplio

Significa todos los cambios producidos por los profesionales de la salud en el enfermo, en sus familiares y/o en la sociedad. *También incluye los éxitos de la medicina, la curación de las enfermedades, los cuidados en la conservación, prevención y promoción de la salud.*

Las adversidades que provienen de errores de conducta son llamadas «mala praxis» o «mala práctica» y la ley califica si el daño es «socialmente

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

tolerable» o si se trata de actos que tienen que ver con el derecho penal. **Considerando la salud «un bien jurídicamente protegido», la yatrogenia se relaciona con el derecho penal.** En la mala praxis, pueden estar presentes:

- Negligencia, como la falta de diligencia, que puede deberse por ausencia de pericia o por negligencia propiamente, es decir, desidia, dejadez, prestar los servicios médicos/enfermera con abandono obrando con descuido hasta con indolencia, efectuar la atención y/o los cuidados con apatía y con omisión de precauciones.
- Impericia, como la falta de conocimientos técnicos y científicos, considerada como falta de habilidad, experiencia o práctica y/o competencia profesional.
- Imprudencia, como la ausencia de moderación y racionalidad; es la precipitación en el acto, el descuido en la atención requerida, la falta de previsión de sus consecuencias, sin los juicios clínico, diagnóstico y/o terapéutico adecuados.

TIPOS DE YATROGENIA

Yatrogenia clínica

Durante el proceso de atención sanitaria se produce un daño por una droga, procedimiento médico o quirúrgico; el médico lo realiza y pauta, pero tanto él como la enfermera, con sus indicaciones, pueden equivocarse. Con un criterio justo; sin embargo, podemos llegar a producir molestias o enfermedad, de la cuales el médico tiene conciencia y advierte al paciente y a su familia. En todos los casos, el paciente y la familia deben estar informados y poder mostrar su consentimiento a los procedimientos o terapéutica propuestos con todas sus ventajas y riesgos posibles derivados de la aplicación de los medicamentos, procedimientos y técnicas diagnósticas y/o terapéuticas aplicadas en la clínica. En ella, las formas de daño yatrogénico son variadas en su eventualidad y circunstancias o mecanismos de producción y, en muchos casos, debería hablarse de coyunturas yatrogénicas que afectan al paciente y que conllevan consecuencias orgánicas, mentales, psíquicas, sociales y económicas. No debemos olvidar que no solo se pueden cometer errores. También podemos malinterpretar órdenes, omitir y/o abstenerse de llevarlas a cabo o de cumplirlas.

En la clínica, los daños yatrogénicos pueden ser: 1) **predecibles o calculados,** estos son inseparables de un efecto primario, como es el caso de la administración de medicamentos, ya que muchos generan efectos colaterales (p. ej., la presencia de flebitis poscanalización venosa o la presencia de infección urinaria después de mantener varios días una sonda vesical); 2) **aleatorios o accidentales,** cuando se presentan con el uso de medicación yatrogénica (p. ej., con la mucosa gástrica, provocando gastritis erosiva acompañada de hematemesis y melena), y 3) **negligencia o ineptitud** propiamente dichas **o dejadez,** dentro de este apartado, las adversidades pueden ser inevitables dentro las posibilidades humanas o evitables en el camino del cumplimiento de reglas precisas del comportamiento profesional en lo teórico y en lo práctico.

Yatrogenia social

Hasta el momento, la excesiva «medicalización de la vida y de la sociedad» está caracterizada por la dependencia irracional de los médicos a los medicamentos y los medios de comunicación relacionados con la salud y la industria farmacéutica; existe una cada vez menor tolerancia a las dolencias banales y se produce un gasto exagerado tanto en lo rutinario como en algunas supuestas medidas preventivas, que nunca han demostrado sus resultados positivos. En el proceso de medicalización interviene, además, la presión que determinados grupos sociales ejercen sobre la medicina, tales como asociaciones de enfermos y familiares, medios de comunicación, internet…, que en ocasiones son también productores de este tipo de yatrogenia, tal vez encubriendo procesos de distanasia y/o medicina defensiva.

Yatrogenia estructural

El momento social que nos caracteriza se encuentra motivado por la cultura de lo bello. Es por ello que la imagen que todos debemos proyectar es una imagen saludable y hermosa, no cabe la enfermedad, ni el dolor y la muerte. Esto ha penetrado en la cultura, que ha inducido la aparición de un complejo médico-industrial, de bienes y servicios, y que ha creado la ilusión de una existencia que no acepta el dolor, la enfermedad y la muerte como algo natural. Illich, en su obra *Némesis médica,* considera que en el destino del hombre civilizado solo hay dos instancias que lo obligan a luchar: la naturaleza y el vecino; pero no el propio cuerpo,

CUADRO 116-1. Tipos de yatrogenia

Por su origen

- Yatrogenia clínica
- Yatrogenia social
- Yatrogenia estructural

Por área médica

- Yatrogenias en anestesiología
- Yatrogenias en ginecobstetricia
- Yatrogenias en cirugía
- Yatrogenias en urgencias
- Yatrogenias en pediatría
- Otras áreas

Por sus resultados

Positiva

Éxitos y logros de la medicina en todos sus terrenos como la investigación en lo clínico, en lo tecnológico, en lo académico, etc.

Negativa

Resultados clínicos negativos de la acción del médico, cuando el paciente presenta un daño, una lesión, una enfermedad o inclusive la muerte, como resultado de la actuación del médico.

Puede ser:

- Clínica: necesaria e innecesaria
- Medicolegal: negligencia, impericia e imprudencia

su salud física y mental, su libertad, su deseo de aprender, de autocurarse y de ser feliz, porque todo ello expropia la modernidad mediante maestros, ingenieros, abogados, médicos, sacerdotes y funcionarios políticos, a través de la exigencia de certificados, diplomas, autorizaciones y reconocimientos oficiales (cuadro 116-1).

RECOMENDACIONES PARA NO COMETER YATROGENIA

1. Pensemos siempre en no hacer daño al otro.
2. Aprendamos a situarnos psicológicamente en el lugar del usuario/enfermo.
3. Indaguemos los sentimientos del paciente, sus angustias más allá de lo que él nos comunica.
4. Valoremos cuáles son los objetivos de la persona que nos demanda ayuda.
5. Informemos a los usuarios/pacientes con cuidado sobre su proceso de salud-enfermedad. No debemos ocultar información.
6. Los resultados no deseados o adversidades pueden estar presentes dentro de las posibilidades humanas, pero también pueden ser evitables en muchos casos gracias al cumplimiento de normas y protocolos establecidos.
7. Nunca debemos terminar una entrevista sin preguntarnos: ¿he dado a esta persona lo que esperaba de mí?
8. Dejemos nuestros conflictos humanos fuera del centro de trabajo. Debemos impedir que se desplacen sobre quienes vienen a buscar ayuda.
9. La negligencia puede estar presente en daños yatrogénicos y debe ser la integralidad humana y capacitación técnica del profesional la que debe evitarlos.

LECTURAS RECOMENDADAS

Aboal-Viñas JL. Salud pública y sistema sanitario. Gac Sanit. 2010;24(Supl 1):12-8.

Acto médico y derecho. [Consultado el 22 de noviembre de 2010]. Disponible en: www.medspain.com/derecho.htm.

Andreau de Bennato M. Los principios bioéticos en la toma de decisiones médicas. [Consultado el 11 de septiembre de 2010]. Disponible en: www.bioetica.org.

Cortés MA, Monro GS. Yatrogenia, ética y administración. En: Fernández R, Saleme A (comps.). Dimensión social y humana del crecimiento económico. México: Departamento de Producción Económica, DCSH, UAM-X; 2004. p. 325-48.

Cuevas D, Salas D. La salud pública en el diseño de actividades preventivas poblacionales en el sistema sanitario. Gac Sanit. 2010;24(Supl 1):28-32.

Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI; 1966.

Foucault M. Microfísica del poder. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta; 1979.

Gálvez Cabrera C, Gálvez Cabrera M, Santiesteban Díaz M, Morales Ponce, Gervás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):127-34.

González López-Valcárcel B, Hernández Aguado I, Meneu de Guillerna R, et al. Informe SESPAS 2008. Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):179-85.

Illich I. L'obsession de la santé parfaite. Le Monde diplomatique. 1999. p. 28.

Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral; 1975.

Informe SESPAS. 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):1.

Kishore J. A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications; 2002.

Márquez S; Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasia. Revista de Filosofía. 2007;II(8). [Consultado el 3 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.revistadefilosofia.org.

Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson; 2002.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Navarro V. La sanidad española. En: Navarro V (coordinador). La situación social en España II. Madrid: F. Largo Caballero-E. Biblioteca Nueva; 2007. p. 293-316.
Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. Barcelona: Masson; 2002.
Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 2.0.
Sontag S. La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas. Buenos Aires: Taurus; 1996.
Temes JL, Pastor V, et al. Manual de gestión hospitalaria. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
Urbanos RM. La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Gac Sanit. 2010;24:3.
Weber M. Economía y sociedad. Fondo de Cultura Económica. Madrid; 2004 y ss. [Consultado el 22 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.mondediplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.