



Contenidos

El amamantamiento como analgesia natural

Recursos y herramientas en la educación terapéutica para el abordaje de la obesidad

Dieta en diabetes e hipertensión arterial

Traumatismo craneoencefálico. Análisis de la asistencia por una Unidad Medicalizada de Emergencias

Actuación de enfermería ante el maltrato sobre población anciana

Prevalencia y factores de riesgo asociados a las UPP en pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica





La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

902 22 01 02

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:
dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual

	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

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

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<http://revista.enfermeriacomunitaria.org/normasDePublicacion.php>

ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

- Dr. José Ramón Martínez Riera

REDACTORA

- M^a Luisa Ruiz Miralles

DIRECTORA

- Dra. Ángela Sanjuán Quiles

ADJUNTAS A REDACCIÓN

- Dra. M^a José Cabañero Martínez
- Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
- Mirella Ladios Martín

CONSEJO ASESOR

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España) • Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España) • M^a José Dasí García (Valencia-España) • Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España) • Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España) • Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España) • Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España) • Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España) • Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España) • María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España) • Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España) • Manuel Mañá González (Galicia-España) • María Paz Mompert García (Madrid-España) • Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España) • Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña) | <ul style="list-style-type: none"> • Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal) • Marinha Mendoça (Portugal) • Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil) • Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil) • Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México) • Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México) • Julia Teresa López España (Nuevo León-México) • M^a Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México) • Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México) • María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquia-Colombia) • Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile) • Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile) • Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile) • Dra. Olivia Inés Sanhuesa Alvarado (Concepción-Chile) • Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile) • Olga María Rivero González (Cuba) |
|--|---|



Sumario • Summary

Vol. 6 - nº 2 julio-diciembre 2013

Editorial

- Nunca es tarde si la dicha llega 4
José Ramón Martínez Riera

Originales

- El amamantamiento como analgesia natural
Breast feeding as a natural analgesia 5
Susana Miguel Martín, M^a Ángeles Sánchez de la Ventana
- Recursos y herramientas en la educación terapéutica para el abordaje de la obesidad
Resources and tools for therapeutic education to approach obesity 18
Antoni Pastor Monerris
- Dieta en diabetes e hipertensión arterial
Diet in patients with diabetes or high blood pressure 25
José Antonio Hurtado Sánchez
- Traumatismo craneoencefálico. Análisis de la asistencia por una Unidad Medicalizada de Emergencias
Head trauma. An analysis of management in a medicalized emergency unit 29
Francisco Javier Pastor Gallardo, Macarena Muñoz Sanz, Purificación Calero Esquivel, Antonia Escobar Escobar, Rosa María Hormeño Bermejo

Fin de Grado

- Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana
Nursing action in the face of elder abuse 35
Begoña Pellicer García, Raúl Juárez Vela, David Delgado Sevilla, Luis Carlos Redondo Castán, José Ramón Martínez Riera, Emmanuel Echaniz Serrano
- Prevalencia y factores de riesgo asociados a las UPP en pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica
Prevalence and risk factors associated to PU in patients institutionalized in a geriatric residence ... 41
Marta Fernando Martínez, Alfredo González Polo, Raúl Juárez Vela

Noticias RIdeC

- II Jornada AEC-EVES. Desafíos de la Enfermería Comunitaria en tiempos de crisis: retos, fortalezas y riesgos 50
- VII reunión de invierno de la AEC. Grupos de trabajo. Trabajo en grupos 53
- Sanidad gasta más de 22 millones de € en formación de especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria y no planifica su incorporación al SNS 54

Editorial

Nunca es tarde si la dicha llega

Cuando salga publicado este editorial ya habrán finalizado su periodo de residencia las primeras enfermeras especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria. Vaya por delante la más sincera ENHORABUENA tanto para ellas/os como para la Enfermería Comunitaria en general. Tras largos años de trabajo, y de reivindicación justificada y argumentada, la especialidad ya es una realidad con nombres y apellidos, con los nombres y apellidos de cada una/o de las/os residentes que habrán acabado su residencia.

Aunque lo comentado es motivo de alegría, la dicha no es plena. Y no lo es porque las/os nuevas/os especialistas no podrán incorporarse como tales en el Sistema Nacional de Salud que les contrató, formó y ahora titulará conjuntamente con el Ministerio de Educación.

Son dos años de formación que suponen un importantísimo esfuerzo de inversión del Estado (con impuestos de las/os ciudadanas/os que los pagan) y de trabajo y dedicación de quien se forma. Tras ellos, quienes deberían asumir la responsabilidad de gestionar estas inversiones tomando decisiones eficaces, eficientes y efectivas para la sociedad, se limitan a mirar hacia otro lado y a realizar manifestaciones demagógicas, intentando justificar su inacción. Las/os mismas/os que permiten convocar, aprobar, acreditar, formar y titular luego son incapaces de dar respuesta a la situación que plantearon y vendieron como logro personal o colectivo y que ahora convierten en problema por no saber, o no querer, dar la respuesta que merece. Y es que dichas y quebrantos nos vienen de lo alto, aunque en el caso que nos ocupa sean más los quebrantos que las dichas.

Los actuales cambios sociales, demográficos, familiares, etc., están generando nuevas demandas de cuidados que precisan de respuestas profesionales altamente cualificadas. Por otra parte, los cambios en las organizaciones sanitarias necesitan apuestas claras de coordinación de todos los niveles de atención sociosanitaria que aseguren de manera eficaz y eficiente la continuidad de cuidados y la adecuada y racional utilización de los recursos. Por último, pero no por ello menos importante, se tienen que recuperar los planteamientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que garanticen a medio y largo plazo la sostenibilidad del sistema sanitario y la responsabilidad ciudadana en materia de salud.

En todos estos escenarios las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria pueden y deben tener un espacio definido, planificado y estructurado que permita garantizar el éxito de las estrategias que se desarrollen para lograr los cambios descritos. No tomar decisiones en este sentido, además de todo lo expuesto, supone una deficiente gestión de los recursos que tiene como principal consecuencia la merma en la calidad de los cuidados prestados, la deficiente respuesta a las demandas de la comunidad y la toma de decisiones éticamente reprobables.

Pero si importante es la definición de los puestos de especialista, no lo es menos la reordenación de las competencias de las enfermeras comunitarias en el ámbito de la Atención Primaria que han de vertebrar su actividad con las especialistas y con el resto de profesionales de los equipos de salud con el fin de lograr la máxima racionalidad, que no racionamiento, de profesionales tan importantes en la coyuntura social anteriormente descrita, y en el que tiene una especial relevancia la atención a la cronicidad, la dependencia, el envejecimiento y los cuidados paliativos, sin olvidar el importantísimo objetivo de mantener sanos a los sanos a través de la intervención y participación comunitaria.

Sin embargo, *Constancia vence, lo que la dicha no alcanza* y, en este sentido, la AEC no ha dejado ni un solo momento de estar al lado de quien debe estar, las/os residentes, apoyándoles, animándoles y recogiendo sus sugerencias, ideas e inquietudes para lograr que se conviertan en realidad las expectativas que otros crearon y ahora no son capaces de cumplir, generando frustración y fraude profesional, institucional y social en quienes les creyeron.

Las entrevistas, escritos, solicitudes, conversaciones, etc., han sido y siguen siendo constantes, exigiendo que se dé respuesta a lo que es un derecho profesional y ciudadano y un deber de quienes están designados para lograrlo. Por eso la constancia de la AEC no cesará hasta lograr la dicha, pues *la dicha que tarda con más gusto se aguarda y nunca es tarde si la dicha llega*.

José Ramón Martínez Riera
Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

¹ Susana Miguel Martín
¹ M^a Ángeles Sánchez de la
 Ventana

El amamantamiento como analgesia natural

¹ Enfermera. Centro de Salud Sierra de Guadarrama, Collado Villalba (Madrid, España).

Dirección de contacto: susanamiguelmt@yahoo.es

Resumen

Objetivos: el objetivo principal ha sido medir el efecto del amamantamiento sobre el nivel de dolor de los recién nacidos al realizar la punción del talón, comparándolo con un grupo control. Como secundarios estaban: describir los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna y describir la técnica de amamantamiento en las madres del grupo intervención.

Material y método: es un estudio piloto con fines comparativos entre dos grupos de asignación aleatoria.

Para medir el nivel de dolor en el grupo control e intervención se usó la escala observacional LLANTO. Se entregó un test de conocimientos sobre lactancia a todas las madres. Se utilizó una ficha validada de observación de la toma en el grupo intervención.

Resultados:

- Grupo control: 11 niños (91,7%) presentaron dolor intenso y cero ausencia de dolor.
- Grupo intervención: solamente un niño (7,7%) presentó dolor intenso ($p < 0,001$) y ausencia de dolor cuatro (31%) ($p = 0,03$).

Conclusiones: los niños que fueron amamantados presentaron menos dolor que los que no lactaron; se detectó un déficit de conocimientos en lactancia; y la mayoría de las madres amamantaron correctamente.

Palabras clave: amamantamiento; lactancia materna; tetanalgesia; dolor en niños.

Abstract

Breast feeding as a natural analgesia

Purpose: The main objective was to measure the impact of breast feeding on pain levels in newborns undergoing heel lance, as compared with pain in a control group. Secondary objectives were to describe mothers' knowledge on breast feeding and to instruct on breast feeding technique to mothers in the intervention group.

Material and method: This was a comparative randomized pilot study.

Observational scale LLANTO was used to measure pain levels both in the control group and in the intervention group. A test to evaluate knowledge on breast feeding was administered to enrolled mothers. A validated card was used to record observation of a breast feed in the intervention group.

Results:

- Control group: 11 infants (91.7%) showed severe pain and no infant showed pain absence.
- Intervention group: Only one infant (7.7%) showed severe pain ($p < 0.001$) and four showed pain absence (31%) ($p = 0.03$).

Conclusions: All infants receiving breast feeding showed less pain than controls; a knowledge deficiency regarding breast feeding was detected; breast feeding was correctly performed by most mothers.

Key words: Breast feeding; analgesia; pain in infants.

Introducción

La lactancia materna es el alimento más adecuado a las necesidades nutricionales del recién nacido y del lactante hasta los seis meses de edad.

En las últimas décadas la prevalencia en lactancia materna de España sufrió cambios. El número de madres que ofrecían lactancia materna a sus bebés descendió hasta alcanzar su cuota más baja en los años ochenta. Desde entonces la prevalencia en lactancia materna exclusiva ha ido aumentando gradualmente, a la vez que ha ido disminuyendo la prevalencia del destete (1,2). A pesar de esto, según advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), solamente un tercio de los bebés en todo el mundo recibe lactancia exclusivamente materna durante los seis primeros meses de vida. En España, según un informe elaborado por la Organización *Save the Children* (4), únicamente el 44% de las madres dan el pecho a sus bebés en exclusiva los primeros tres meses (5).

La OMS recomienda iniciar la lactancia materna desde la primera hora de vida y mantenerla como única forma de alimentación hasta los seis meses, para después introducir la alimentación complementaria y prolongar la lactancia materna hasta los dos años de edad. Los expertos enumeran numerosos beneficios (6,7) para el desarrollo físico, emocional e intelectual del bebé alimentado con leche materna. La lactancia materna garantiza una mejor nutrición, desarrollo y maduración del sistema nervioso central, fortalece el vínculo materno, aporta defensas contra múltiples enfermedades y contribuye a reducir la mortalidad en el lactante.

Recientemente se incorpora el uso del término tetanalgesia (8) para expresar y definir el efecto del alivio y consuelo que provoca en el recién nacido y en el lactante pequeño el mamar del pecho materno cuando siente dolor. Existen varios mecanismos potenciales por los cuales la leche materna o la lactancia podrían proporcionar un efecto analgésico (9). Dentro de los componentes de la lactancia materna que pueden ser analgésicos se incluyen: la presencia de una persona reconfortante (madre), la sensación física (el contacto piel con piel), la distracción de la atención y la dulzura de la leche materna. Comparada con las fórmulas artificiales la leche materna contiene una concentración mayor de triptófano, precursor de la melatonina. La melatonina aumenta la concentración de las endorfinas beta y podría ser uno de los mecanismos posibles para los efectos nociceptivos de la leche materna. Entre los analgésicos estudiados para el dolor neonatal, la lactancia/leche materna es natural, disponible con facilidad, sencilla de usar y potencialmente libre de riesgos.

Con el establecimiento de hospitales y centros sanitarios "Amigos de los Niños", se plantearon nuevas perspectivas y retos para la Enfermería. Esta filosofía de trabajo que pro-

mueve la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (10), abre un nuevo campo de adaptación de la práctica habitual en técnicas y cuidados enfermeros. De acuerdo con la Estrategia de Salud Perinatal del Ministerio de Sanidad y Política Social, la Dirección Asistencial Noroeste de Madrid ofreció formación teórico-práctica en lactancia materna, impartida por el Comité de Lactancia Materna del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), acreditado por UNICEF como "Hospital Amigo de los Niños". Después de recibirla, surgió la idea de potenciar la lactancia materna como parte de la labor de enfermería de familia en la consulta de pediatría de nuestro centro de salud, y aplicar en las técnicas invasivas su efecto analgésico. Recibimos al recién nacido junto a su madre en la primera visita al centro. En la misma realizamos la punción del talón del neonato para la extracción de la muestra de las segundas pruebas metabólicas.

Conociendo el efecto positivo de la lactancia materna como analgésico natural, nos planteamos medir la eficacia del amamantamiento frente a una técnica invasiva como es la punción del talón, y demostrar que los niños que son amamantados por sus madres mientras se les realiza la punción, presentan menos dolor que los que no están lactando. Por otra parte, es una oportunidad única de valorar la técnica de lactancia materna observando la toma, y de describir los conocimientos que las madres tienen sobre esta, corrigiendo los posibles errores que se puedan detectar.

Objetivos

Principal

Medir el efecto de una práctica, el amamantamiento, sobre el nivel de dolor de los recién nacidos al realizar la punción del talón para la extracción de la muestra de las segundas pruebas metabólicas, comparándolo con un grupo control.

Secundarios

- Describir los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna en el grupo intervención y en el grupo control. Solventar sus dudas al respecto.
- Describir la técnica de amamantamiento en las madres del grupo intervención. Abordar los errores y dificultades detectadas.

Material y método

Diseño

Aunque lo presentamos como un estudio piloto con fines comparativos, el diseño es el de un ensayo clínico contro-

lado de asignación aleatoria. Se midió el nivel de dolor de los niños en un grupo intervención en el que las madres amamantaron a su hijo durante la realización de la prueba del talón, frente a un grupo control en el que las madres no amamantaron durante la prueba.

Hipótesis

Basándonos en nuestra experiencia y en hechos probados en estudios previos (9-11), la hipótesis operativa de la que se partió era que el porcentaje de niños que presentara un dolor intenso cuando se les realizara la prueba del talón, fuera al menos un 10% mayor en los que no eran amamantados durante la prueba frente a los que sí lo eran.

Ámbito geográfico

Se llevó a cabo en dos consultas de enfermería del Centro de Salud Sierra de Guadarrama, ubicado en la localidad de Collado Villalba, provincia de Madrid. La población adscrita al centro es de 15.400 habitantes, de los cuales 2.000 son población infantil y de ellos un 35% son inmigrantes.

Periodo de estudio

La captación de la muestra y recogida de datos se realizó entre los meses de julio a octubre de 2011.

Población de estudio

Criterios de inclusión

- Los recién nacidos y sus madres (pareja madre-hijo) que acudieron a la primera consulta del niño sano al Centro de Salud Sierra de Guadarrama, en la que se iba a realizar la punción del talón y extracción de la muestra de las segundas pruebas metabólicas.
- Madres mayores de 18 años de edad.
- Madres que estuvieran amamantando a su hijo.

Criterios de exclusión

- Madres que no pudieran mantener una conversación en español o necesitaran un traductor.
- Parejas cuyo hijo hubiera lactado en la hora previa.
- Madres que no aceptaran participar en el estudio.

Tamaño de la muestra

En el cálculo de la muestra se asumió un error alfa de 0,05, una potencia del 80% y un porcentaje de control en el grupo intervención del 90% y del 80% en el grupo control. Te-

niendo en cuenta que la unidad de la muestra fue la pareja madre-hijo, con estos datos el tamaño de la muestra sería de 314 parejas; 157 asignadas a cada rama del estudio. Para una proporción esperada de pérdidas del 10%, el tamaño resultante hubiera sido de 174.

En octubre de 2011, la Comunidad de Madrid modificó el protocolo de detección precoz de metabopatías. La segunda prueba metabólica se unificó con la primera pasando a realizarse en el hospital a las 48 horas de vida del recién nacido. Este hecho motivó que el estudio quedara interrumpido, por lo que se redujo el número de la muestra estudiada a las 26 parejas madre-hijo que se habían captado hasta ese momento.

Asignación a los grupos

Según fueron acudiendo a las consultas, y si cumplían criterios de inclusión y estaban de acuerdo en la participación en el estudio, se les asignó al grupo intervención o al de control de forma aleatoria. Para ello, previamente se dispuso de una urna con papelinas; en la mitad de ellas se escribió la palabra "control" y en la otra mitad la palabra "intervención". Para la elección de la pertenencia a un grupo u otro, la enfermera extrajo una papelina de la urna justo antes de que la madre entrara en la consulta.

Intervención

En la consulta, previamente a la realización de la prueba del talón, a todas las madres tanto del grupo intervención como control que cumplieran los criterios para participar en el estudio y hubieran aceptado participar, se les entregó un cuestionario para la valoración de los conocimientos en lactancia materna (12) (Ver Tabla 1).

El cuestionario fue elaborado por las enfermeras investigadoras basándose en las dudas más frecuentes sobre lactancia, y fue pilotado antes del inicio del estudio en un grupo de madres que estaban lactando a sus bebés, para evitar cuestiones que indujeran a error en el enunciado o en las respuestas. Esta encuesta constaba de once preguntas que las madres debían leer y elegir la respuesta correcta. En el caso de que no supieran leer la enfermera investigadora lo haría por ellas.

A las madres del grupo intervención se les pidió que diesen el pecho a su bebé en la posición más cómoda para los dos. La enfermera, mientras tanto, observaba la toma valorando la técnica de amamantamiento mediante una ficha de observación (13) (Ver Tabla 2), posteriormente realizó la punción del talón con una lanceta neonatal y extrajo la sangre para la muestra a la vez que el bebé seguía lactando. Esta ficha está recogida en las normas de alimentación de lactantes recomendadas por la Unión Europea.

Tabla 1. Test de conocimientos sobre lactancia materna

Elija la respuesta correcta en cada una de las siguientes preguntas:	
1. ¿Cada cuánto tiempo tiene que darle el pecho a su hijo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Cada 2 o 3 horas b) A demanda c) Cuando lllore
2. ¿Durante cuánto tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Diez minutos b) Veinte minutos c) El tiempo que quieran
3. ¿Cómo sabe que su hijo tiene hambre?	<ul style="list-style-type: none"> a) Porque llora b) Porque está despierto y se chupa las manos c) Porque han pasado dos horas
4. ¿Tiene que mamar de los dos pechos en cada toma?	<ul style="list-style-type: none"> a) Sí, diez minutos de cada uno b) No, solamente un pecho en cada toma c) Depende de cada niño, si se queda saciado con un pecho no es necesario ofrecerle el otro
5. ¿Hay que despertarlo de madrugada para darle el pecho?	<ul style="list-style-type: none"> a) Sí, siempre b) No c) Es recomendable durante la primera semana si han pasado más de 3 horas
6. ¿Cómo puede despertar al bebé para que mame?	<ul style="list-style-type: none"> a) Cambiando el pañal b) Hablando y aproximándolo al pecho c) Todas son correctas
7. ¿Cómo sabe que su hijo toma suficiente leche?	<ul style="list-style-type: none"> a) El niño está tranquilo y feliz b) Moja 4 a 6 pañales diarios c) Todas son correctas
8. ¿Por qué pecho hay que empezar la toma siguiente?	<ul style="list-style-type: none"> a) Siempre se le ofrecen los dos pechos b) Por el último si ha mamado de los dos pechos, y por el contrario si ha mamado solamente de uno c) Siempre hay que empezar por el mismo pecho
9. ¿En qué ocasiones es necesario ofrecer suplementos a los niños?	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando aumentando la frecuencia del amamantamiento el bebé no coge suficiente peso en las revisiones b) Cuando la madre cree que su hijo no coge peso y llora mucho c) Cuando crees que no tienes suficiente leche
10. ¿En qué situaciones es recomendable ofrecerle el chupete a su hijo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Cuando llora b) Los primeros días de vida, para que aprenda a mamar c) Cuando es mayor y mama bien, y en situaciones aisladas
11. ¿Qué puede hacer si no tiene leche suficiente?	<ul style="list-style-type: none"> a) Darle el pecho a menudo, mínimo ocho veces al día b) Retirar el chupete y ofrecerle el pecho siempre que él quiera, no esperar a que lllore de hambre c) Todas son correctas

Tabla 2. Ficha de observación de una toma

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
Postura de la madre y del bebé	
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Bebé en estrecho contacto con su madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé toca el pecho <input type="checkbox"/> Cuerpo del bebé bien sujeto <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón <input type="checkbox"/> Contacto visual entre la madre y el bebé	<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinados hacia el bebé <input type="checkbox"/> Bebé lejos del cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuello del bebé girados <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé no toca el pecho <input type="checkbox"/> Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón <input type="checkbox"/> No hay contacto visual madre-bebé
Lactante	
<input type="checkbox"/> Boca bien abierta <input type="checkbox"/> Labios superior e inferior evertidos <input type="checkbox"/> La lengua rodea el pezón y la areola* <input type="checkbox"/> Mejillas llenas y redondeadas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola visible por encima del labio superior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas <input type="checkbox"/> Puede verse u oírse tragar al bebé	<input type="checkbox"/> Boca poco abierta <input type="checkbox"/> Labios apretados o invertidos <input type="checkbox"/> No se ve la lengua* <input type="checkbox"/> Mejillas hundidas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola por debajo del labio inferior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión superficiales y rápidos <input type="checkbox"/> Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
<input type="checkbox"/> Humedad alrededor de la boca del bebé <input type="checkbox"/> El bebé relaja progresivamente brazos y piernas <input type="checkbox"/> El pecho se ablanda progresivamente <input type="checkbox"/> Sale leche del otro pecho <input type="checkbox"/> La madre nota signos del reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma	<input type="checkbox"/> Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente <input type="checkbox"/> La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón <input type="checkbox"/> El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido <input type="checkbox"/> La madre no refiere signos del reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> La madre ha de retirar al bebé del pecho
<p>* Este signo puede no observarse durante la succión y solamente verse durante la búsqueda y el agarre</p> <p>** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entueritos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento</p>	

En el grupo control, la prueba del talón se hizo según la práctica habitual de enfermería en las consultas de pediatría: ambas enfermeras lo hicieron con el niño en brazos de la madre que permaneció de pie.

En ambos grupos se hizo una valoración del dolor, desde la punción del talón y mientras duraba la extracción de la muestra, según la escala observacional validada LLANTO (14) (Ver Tabla 3). Esta escala mide la intensidad del dolor

en niños menores de seis años, es el acrónimo de llanto, actitud, normorrespiración, tono postural y observación facial; es la primera y única escala española de estas características. Para la valoración del dolor las enfermeras investigadoras se entrenaron previamente en valorar los parámetros de la escala LLANTO, y así homogeneizar la variabilidad en las observaciones. En el último parámetro de la escala acordaron que la puntuación 0 correspondía a los niños que no lloraban o permanecían dormidos, el 1 se asig-

Tabla 3. Escala LLANTO: parámetros y puntuación

Parámetro	0	1	2
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
Normorrespiración	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular
Tono postural	Relajado	Indiferente	Contraído
Observación facial	Contento o dormido	Serio	Triste

La puntuación permite distinguir tres niveles de dolor: leve (puntuaciones de 1 a 3), moderado (4 a 6) e intenso (7 a 10). La puntuación 0 se asocia a ausencia de dolor

naba a los niños que hacían muecas o emitían algún quejido, y el 2 para los niños con expresión de llanto.

El registro de las intervenciones se hizo de acuerdo a la codificación NIC (15).

Recogida de datos

Dos enfermeras participaron en el estudio. Cada una realizó la intervención en consultas diferentes.

En el grupo intervención, antes de la punción, se pidió a la madre que ofreciera el pecho a su bebé. En ese momento se observó, se valoró la toma y se cumplimentó la ficha de observación de la misma.

En ambos grupos se contempló al niño en el momento de la punción y durante la extracción de la muestra de sangre y se cumplimentó después la escala LLANTO.

En cada pareja madre-hijo se registraron los datos en una hoja a tal efecto (Ver Tabla 4).

Variables

- Variables de resultado:
 - Nivel de dolor: mediante la escala observacional LLANTO, que mide de cero a diez (Ver Tabla 3). La ausencia de dolor se mide como 0 y 10 sería el dolor máximo posible. Se valoran cinco parámetros: tres conductuales: llanto, actitud y observación facial; y dos fisiológicos: tono motor y frecuencia respiratoria; cada uno de ellos con puntuación de cero a dos. Hay tres niveles de dolor en la puntuación total: leve (de 1 a 3), moderado (de 4 a 6) e intenso (de 7 a 10).
 - Ficha de observación de la toma (Ver Tabla 2): recoge

información de la postura de la madre y del bebé, del lactante y signos de transferencia eficaz de la leche. Consta de 39 ítems agrupados en signos de amamantamiento adecuado y signos de posible dificultad. Se valoraron cada uno de los 39 ítems.

- Conocimientos sobre lactancia materna: se evaluaron mediante un cuestionario (Ver Tabla 1).

- Variables del recién nacido: sexo, días de vida, hospital de nacimiento.
- Variables de la madre:
 - Edad.
 - Nacionalidad.
 - Nivel de estudios: analfabeta, básicos, primarios, secundarios (FP o bachiller) y universitarios (diplomatura o licenciatura).
 - Experiencia previa en lactancia materna: sí/no.
 - Formación en lactancia materna: si habían recibido educación sanitaria en lactancia materna durante el último embarazo y/o parto: sí/no.
 - Formación en lactancia materna en anteriores embarazos: sí/no.

Análisis estadístico

Se analizaron los datos empleando el paquete estadístico SPSS versión 18. Para el tratamiento de los datos se calcularon índices de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión de las variables recogidas) y análisis bivalente (Chi cuadrado). Se trabajó con una significación estadística inferior a 0,05.

Tabla 4. Hoja de registro de datos (pareja madre-hijo)

Nº ORDEN	SEXO	DÍAS DE VIDA	HOSPITAL NACIM.	EXP. PREVIA EN LM
EDAD MADRE	NACIONALIDAD	ESTUDIOS	EpS ACTUAL LM	EpS PREVIA LM
SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO		SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD		
Postura de la madre y del bebé				
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Bebé en estrecho contacto con su madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé toca el pecho <input type="checkbox"/> Cuerpo del bebé bien sujeto <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón <input type="checkbox"/> Contacto visual entre la madre y el bebé		<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinados hacia el bebé <input type="checkbox"/> Bebé lejos del cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuello del bebé girados <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé no toca el pecho <input type="checkbox"/> Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón <input type="checkbox"/> No hay contacto visual madre-bebé		
Lactante				
<input type="checkbox"/> Boca bien abierta <input type="checkbox"/> Labios superior e inferior evertidos <input type="checkbox"/> La lengua rodea el pezón y la areola* <input type="checkbox"/> Mejillas llenas y redondeadas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola visible por encima del labio superior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas <input type="checkbox"/> Puede verse u oírse tragar al bebé		<input type="checkbox"/> Boca poco abierta <input type="checkbox"/> Labios apretados o invertidos <input type="checkbox"/> No se ve la lengua* <input type="checkbox"/> Mejillas hundidas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola por debajo del labio inferior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión superficiales y rápidos <input type="checkbox"/> Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos		
Signos de transferencia eficaz de leche				
<input type="checkbox"/> Humedad alrededor de la boca del bebé <input type="checkbox"/> El bebé relaja progresivamente brazos y piernas <input type="checkbox"/> El pecho se ablanda progresivamente <input type="checkbox"/> Sale leche del otro pecho <input type="checkbox"/> La madre nota signos del reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma		<input type="checkbox"/> Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente <input type="checkbox"/> La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón <input type="checkbox"/> El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido <input type="checkbox"/> La madre no refiere signos del reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> La madre ha de retirar al bebé del pecho		
Parámetro	0	1	2	
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo	
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico	
Normorrespiración	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular	
Tono postural	Relajado	Indiferente	Contraído	
Observación facial	Contento o dormido	Serio	Triste	
PUNTUACIÓN ESCALA LLANTO				
OBSERVACIONES				
* Este signo puede no observarse durante la succión y solamente verse durante la búsqueda y el agarre ** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entueritos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento				

Aspectos ético-legales

El estudio fue aprobado por la Comisión Local de Investigación del Área Noroeste de Madrid.

A todas las madres que cumplieron criterios de inclusión se les informó sobre el estudio mediante la entrega de una hoja informativa. Firmaron un consentimiento informado por duplicado. Si la madre no dominaba la lectura en castellano, la enfermera investigadora le leía la hoja informativa y, posteriormente, las preguntas del cuestionario sobre lactancia materna si aceptaba participar.

Resultados

Resultados en los niños

En el grupo intervención participaron nueve niños y cuatro niñas; y siete niñas y cinco niños en el grupo control. Hubo una pérdida en este último grupo debido a un error de registro.

Los bebés tenían entre seis y doce días de vida, teniendo en ambos grupos una media de edad de ocho días.

En relación a los resultados de la escala LLANTO que se evaluó en ambos grupos, hay que destacar que el porcentaje de niños que presentó un dolor intenso fue del 7,7% (1) en el grupo en que se realizó la prueba de talón mientras recibía lac-

tancia materna, frente al 91,7% (11) en el grupo que no la recibió ($p < 0,001$). En el resto de niños que fueron amamantados el dolor evaluado fue leve en el 38,5% (5) frente a un 8,3% (1) de los niños no amamantados ($p = 0,07$), o moderado: 23,5% (3) ($p = 0,07$); llamando la atención la ausencia de dolor en el 31% (4) de bebés de este grupo frente a ninguno del grupo de niños que no lactaron ($p = 0,03$).

Estos resultados se muestran en el Gráfico 1.

Resultados en las madres

La edad de las madres que participaron en el estudio (26) oscilaba entre 18 y 39 años, siendo la media de 29,7 y la mediana de 31 años. El 46% de las madres incluidas en el estudio eran españolas, seguidas por ecuatorianas y marroquíes. Destacar que solamente una tenía estudios básicos y cuatro tenían estudios universitarios. El resto se repartía entre primarios y secundarios.

Tres de las madres dieron a luz en hospitales privados, el resto lo hicieron en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

En la muestra, el 65,4% de las madres (17) no tenía experiencia previa en lactancia materna y el 15,3% (4) nunca había recibido educación para la salud (EpS) en lactancia, mientras que el 69,2% (18) refería haber tenido algún tipo de EpS o intervención sobre lactancia materna en el momento actual, es decir, en preparación al parto o durante su in-

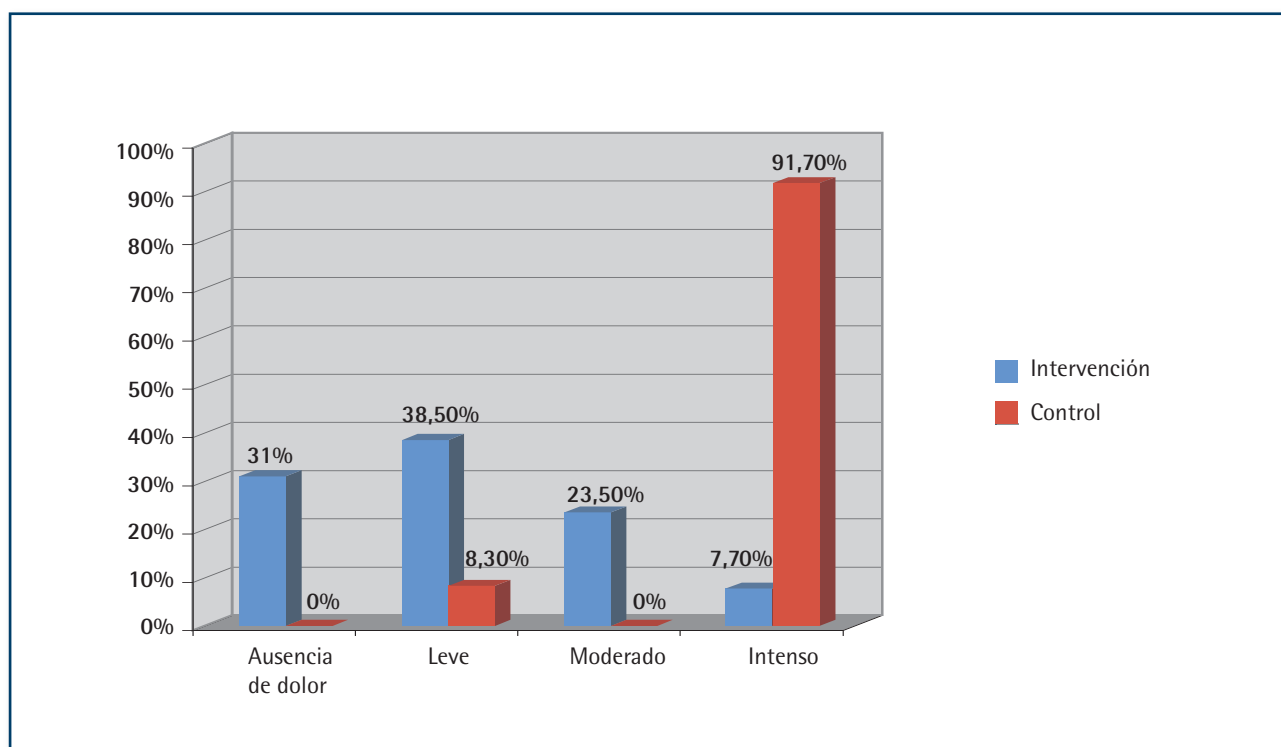


Gráfico 1. Distribución de la intensidad del dolor según la escala LLANTO

greso en el hospital. Por el contrario, el 23% (6) recibieron formación en lactancia materna en embarazos anteriores, y de estas, el 7,7% (2) tuvieron educación para la salud en lactancia materna previa y actual. Estos datos se reflejan en los Gráficos 2 y 3.

Resultados del cuestionario

Tras analizar los cuestionarios entregados a las madres, se observó que en la mayoría de las preguntas no había diferencia en las respuestas, de forma que el porcentaje de aciertos y errores era prácticamente similar, cercano al 50%. Se exceptúan las cuestiones número 2, 7, 8, 10 y 11, que se detallan en la Tabla 5.

Relacionando el grupo de las madres con experiencia previa en lactancia materna con el que no la tiene, se observan diferencias muy pequeñas en el porcentaje de aciertos de la mayoría de las preguntas del cuestionario. En las preguntas 2 y 7, se aprecia que en las madres que daban de lactar por primera vez, el porcentaje de aciertos fue mayor. Sin embargo, en las cuestiones 10 y 11 es mayor el número de respuestas correctas en las que sí tenían experiencia previa.

Las madres que recibieron EpS sobre lactancia durante el último embarazo o parto, acertaron en mayor porcentaje a las preguntas 2, 7 y 10. De la misma manera, las que no habían recibido educación previa, tuvieron más aciertos en las preguntas 7 y 10.

Resultados de la ficha de observación de la toma: signos de amamantamiento adecuado y signos de posible dificultad.

En al menos el 76,9% (10) de las parejas se observó una correcta postura de la madre y el hijo en los ítems correspondientes de la ficha de observación.

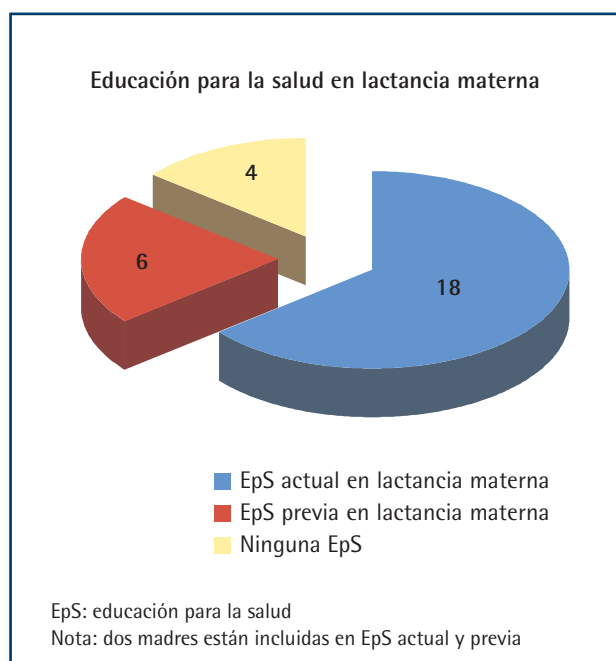


Gráfico 2. Distribución de las madres según la educación para la salud recibida

Tabla 5. Resumen del porcentaje de aciertos en las preguntas significativas

	GENERAL	EXP. PREVIA LM		EpS ACTUAL		EpS PREVIA	
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
2. ¿Durante cuánto tiempo tiene que darle el pecho a hijo?	73%	32%	68%	83%	57%	67%	79%
7. ¿Cómo sabe que su hijo toma suficiente leche?	35%	11%	47%	44%	12,5%	0%	45%
8. ¿Por qué pecho hay que empezar la toma siguiente?	81%	78%	82%	78%	87,5%	83%	80%
10. ¿Cuándo se recomienda el uso del chupete?	65%	78%	62,5%	76,5%	50%	50%	74%
11. ¿Qué puede hacer si no toma suficiente leche?	31%	57%	23,5%	33%	33%	25%	35%

EpS: educación para la salud; LM: lactancia materna



Gráfico 3. Distribución de las madres según la experiencia en lactancia materna

Respecto a los ítems que evalúan al lactante en los signos de amamantamiento adecuado o posible dificultad, en más del 69,2% (9) se cumplieron los criterios de amamantamiento adecuado.

También en al menos el 69,2% (9) de las parejas madre-lactante se confirmaron signos de transferencia eficaz de la leche.

Discusión

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. Como ya se ha comentado, la muestra tiene un tamaño inferior al que se planteaba a priori puesto que tuvo que ser interrumpida. Este hecho, sin embargo, no impidió que los resultados fueran muy llamativos, y que después en el contraste de hipótesis se demostrara una asociación significativa ($p < 0,001$). Así once (91,7%) de los niños que no fueron amamantados presentaron un dolor intenso al realizarles la prueba del talón, frente a un niño (7,7%) en el grupo que recibió lactancia. Queremos reflejar que la medición de la variable principal no se hizo utilizando técnicas de enmascaramiento, puesto que por falta de recursos humanos la enfermera que llevó a cabo la intervención y valoró la variable principal fue la misma. Por esta razón lo presentamos como un estudio piloto, que debido a la gran diferencia observada en los resultados de ambos grupos comparados, justificaría el desarrollo de un posible ensayo clínico en el que se ampliara el tamaño de la muestra, el equipo investigador y fuera valorado por un CEIC.

Hemos incluido para la valoración del dolor una escala española de reciente validación. En la literatura médica hay

estudios previos que confirman que el amamantamiento tiene un notable efecto analgésico en el recién nacido. En los ensayos controlados recopilados por Shah et al. (9) se demostró, mediante otras escalas validadas, que las puntuaciones del perfil de dolor en neonatos fueron significativamente diferentes entre el grupo de lactancia cuando se comparó con un grupo placebo y con el grupo donde se les colocó en los brazos de la madre. En otro estudio llevado a cabo en el Hospital de Basurto (Bilbao) (11) usaron la escala de malestar neonatal y el tiempo de llanto, observando que el uso de la lactancia reducía significativamente ambas variables en los bebés al realizarles la punción del talón.

La escala LLANTO (14) se emplea para la medición del dolor agudo en niños en edad preescolar. Es una escala española que fue validada en el año 2011 mediante un estudio realizado en 54 niños de un mes a seis años de edad comparando sus puntuaciones con las obtenidas con la escala CHEOPS. Los autores de este estudio destacaron varias ventajas, que nosotras corroboramos: es una escala sencilla de aplicar, permite valorar el dolor sin buscar traducciones de escalas anglosajonas, no precisa de ningún dispositivo electrónico para la recogida de datos, su medición no es molesta y su realización no requiere de mucho tiempo.

Sin embargo, queremos destacar que durante el entrenamiento que las enfermeras investigadoras tuvimos previo al inicio del estudio para valorar los parámetros de la escala LLANTO, nos encontramos con alguna dificultad. Hubo diferencias subjetivas en la interpretación de la observación facial porque está íntimamente ligada al llanto, que es otro parámetro de la escala. La cara de un neonato no refleja si está contento o serio. De esta manera tuvimos que acordar su interpretación (como se indica en el apartado de material y métodos) para evitar variabilidad en el registro de cada una. Tras este periodo de entrenamiento, las dos enfermeras investigadoras homogeneizaron sus valoraciones.

En relación al cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna (12), gran parte de las madres saben por qué pecho hay que empezar cada toma y la duración de la misma. Igualmente conocen el uso adecuado del chupete. Sin embargo, un porcentaje elevado desconoce si su bebé toma suficiente leche y qué pueden hacer para estimular la producción de la misma. El nivel de conocimientos no parece estar relacionado con la experiencia en lactancia. Se observó un porcentaje ligeramente mayor de respuestas correctas en el grupo de madres que recibieron educación en lactancia materna durante el último embarazo o parto, aunque, en general, tenemos que destacar que se detectó un déficit de conocimientos sobre lactancia. Al no encontrar ningún cuestionario validado, este cuestionario fue elaborado recopilando algunas de las preguntas más frecuentes sobre lactancia materna recogidas por el Comité de Lactancia Materna del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid),

formado por neonatólogos, pediatras, enfermeras y matronas con amplia experiencia.

Con la práctica vivida durante la realización del estudio, observamos que la aplicación de una sencilla práctica, como es la lactancia materna, demostró ser eficaz para reducir el dolor en los niños durante la técnica de extracción de la muestra para pruebas metabólicas. Esto ha hecho que nos planteemos el uso y la incorporación de la lactancia materna como analgésico durante su realización. El estudio nos ha servido para sensibilizarnos más con las repercusiones que nuestras intervenciones como enfermeras pueden tener sobre el dolor del niño. Está en nuestras manos el utilizar todas las medidas no farmacológicas que influyen en la respuesta ante el dolor: modificación del medio ambiente, medidas posturales y de distracción entre otras (16).

La lactancia o leche materna debe ser utilizada como analgésico natural, siempre que sea posible, para aliviar el dolor de los procedimientos invasivos en neonatos. En los niños donde no sea posible amamantar u ofrecer leche materna, el contacto con la madre, y la administración de glucosa/sacarosa son otra alternativa para minimizar el dolor en pruebas invasivas que también podemos abordar desde atención primaria. Estas medidas están consideradas dentro del primer escalón terapéutico junto con las medidas ambientales y de contención del dolor (16). El compromiso de todos los profesionales sanitarios con el abordaje del dolor ha de ser una prioridad.

Hemos comprobado también que debemos hacer un abordaje integral hablando con la madre en este primer contacto que tienen con la enfermera tras haber recibido el alta hospitalaria. La lactancia materna es un acto natural, los niños son amamantados por sus madres con una buena técnica en general. Al mismo tiempo, es un comportamiento aprendido y las madres agradecen la orientación sobre las dudas que les surgen al respecto. La observación de una toma nos da la oportunidad de reforzar a la madre, tanto conductual como psicológicamente, algunas tienen dudas de si están haciéndolo bien y de si el niño está bien alimentado. La enfermera comunitaria tiene una labor muy importante como referente para las madres a la hora de corregir errores en la técnica, responder a sus preguntas o solventar inseguridades acerca de la lactancia materna. Es fundamental ofrecer información que actualice los conocimientos no solo en la consulta, sino en grupos de educación para la salud dirigidos a las madres embarazadas, independientemente de que sean primerizas o no.

Sería recomendable ofertar formación específica por parte de las instituciones a los profesionales sanitarios implicados en la atención de la madre y el bebé, tanto en el abordaje del dolor en niños como en conocimientos en lactancia. De esta manera se conseguiría una motivación mayor y un cambio en las prácticas habituales.

Conclusiones

- El amamantamiento reduce la intensidad del dolor en los bebés al realizarles la punción del talón.
- El nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia no parece estar relacionado con la experiencia. Hay un porcentaje ligeramente mayor de respuestas correctas en el grupo de madres que recibieron educación en lactancia materna durante el último embarazo o parto, aunque en general se detectó un déficit de conocimientos en lactancia.
- En la mayoría de las madres se identificaron signos de amamantamiento adecuado al observar la toma.

Bibliografía

- [1] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 12 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- [2] Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* 2012; 83(2):161-169. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007
- [3] Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante. Ginebra: OMS; 2012. Temas de nutrición. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: http://www.who.int/topics/infant_nutrition/es/
- [4] Save the Children. Estado Mundial de las Madres 2012. Madrid: Save the Children; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: http://www.savethechildren.es/ver_doc.php?id=132
- [5] González MA. Situación de la lactancia materna en España. *Rev Paraninfo Digital* 2011; 11-12. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/075d.php>
- [6] Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. *ColombMed* 2005; 36(Supl 3):19-25. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05074>
- [7] Guijarro MG. La importancia de la lactancia materna en la prevalencia de síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. *Endocrinol Nutr* 2009; 56(8):400-403. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/.../12v56n08a13142966pdf001pdf>
- [8] Merino M, Bravo J. Tetanalgesia. *Act Pediatr Aten Prim*. 2009; 2(1):64.
- [9] Shah PS, Aliwalas LL, Shah V. Lactancia o leche materna para los procedimientos dolorosos en neonatos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software, Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- [10] Organización Mundial de la Salud-United Nations International

- Children's Emergency Fundation. Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN). Resolución WHA 45.34. Génova: OMS; 1991.
- [11] Saitua G, Aguirre A, Suárez K, Zabala I, Rodríguez A, Romera MM. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. *An Pediatr.* 2009; 71(4):310-313.
- [12] Comité de Lactancia Materna del Hospital Puerta de Hierro. I Curso de formación teórico-práctica en lactancia materna en Atención Primaria. Madrid; marzo de 2011.
- [13] IHAN (sede web). Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos de la Comisión Europea; 2006. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: normas recomendadas por la Unión Europea 2006. [En línea] [fecha de acceso: 20 de abril de 2013]. URL disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/Alimentaciónlactantes_Normas%20recomendadasUE.pdf
- [14] Reinoso-Barbero F, Lahoz AI, Durán MP, Campo G, Castro LE. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *An Pediatr.* 2011; 74:10-14.
- [15] Bulechek GM, Butcher K, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2009.
- [16] Villar G, Fernández C, Moro M. Efectividad de medicamentos en neonatología. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; 2007.

bibliotecadigital

Grupo Paradigma

Ya en tu Apple

Ahora, con la **nueva app** para iPad, Ipad Mini, iPhone y iPod Touch, podrás descargarte los libros que contiene tu biblioteca personalizada, adquirir más libros a través de la App Store y consultarlos desde tu dispositivo **cuando quieras y donde quieras**, sin necesidad de estar conectado a Internet.

Y por ser miembro de la Comunidad metas benefíciate de **grandes descuentos** EN NUEVOS LIBROS



Empieza a disfrutar ya de las ventajas de pertenecer a la

Comunidad **metas**



 Disponible en el **App Store**

Recursos y herramientas en la educación terapéutica para el abordaje de la obesidad

Antoni Pastor Monerris

Enfermero de Atención Primaria. Máster en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Alicante.
Profesor Asociado Asistencial de Prácticas. Universidad CEU Cardenal Herrera de Elche. Miembro de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Dirección de contacto: antonio.pastor1@uch.ceu.es

Nota: el presente artículo fue presentado en forma de comunicación en la Jornada de Nutrición en Atención Primaria, celebrada en Valencia el 10 de abril de 2013.

Resumen

En las últimas décadas se ha producido un acusado aumento del sobrepeso y la obesidad en el mundo. Las cifras que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejan ver la magnitud del problema. Esta situación delata el deterioro paulatino de la calidad de la alimentación y la escasa actividad física de la población en su conjunto, de los que cabe esperar un futuro aumento de enfermedades crónicas. A largo plazo, esta tendencia reducirá la esperanza y la calidad de vida.

El abordaje de la obesidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios que garanticen la continuidad de los cuidados. Atención Primaria es el nivel básico e inicial de la atención, los profesionales tienen un perfil definido que se extiende a la atención y cuidado del individuo, la familia y la comunidad.

En la educación para la salud la enfermería tiene un papel muy importante; son profesionales de referencia de las personas con problemas de salud crónicos y, por tanto, también en la obesidad, en el seguimiento de sus procesos y la activación de los recursos.

Son fundamentales en el apoyo a los autocuidados y en el acompañamiento en el proceso de autogestión de la enfermedad, y son profesionales adecuados, por su perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento de los pacientes y sus familiares.

Los profesionales sanitarios deben tener además, una importante implicación y acción en la comunidad, lo que incluye movilizar a la comunidad y trabajar con ella en todas las fases y aspectos de una previa planificación o programa, desde su comienzo hasta la evaluación. De esta manera es posible potenciar redes y grupos que sean influyentes sobre otras personas o colectivos, y con ello no solamente apoyamos el cambio sino que, además, se establecen las bases para el mantenimiento del mismo y para la sostenibilidad de la intervención.

Para ello se va a hablar de las diferencias existentes entre educación para la salud (EpS) y educación terapéutica (ET), nos introduciremos en los métodos educativos de la ET y haremos un barrido por los recursos y herramientas más frecuentes que podemos encontrar para la promover el autocuidado, la autogestión de las enfermedades y conseguir la mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: obesidad; educación para la salud; educación terapéutica; autocuidado.

Abstract

Resources and tools for therapeutic education to approach obesity

Worldwide, a substantial increase in overweight and obesity has occurred in recent decades. Data from World Health Organization (WHO) reveal this is a large-scale issue. Present situation is a reflection of a gradual impairment in food quality and a low physical activity in the population as a whole, and heralds an increase in chronic diseases prevalence in the near future. In the long term, such trends will result in a reduced life expectancy and a lower quality of life.

Approaching obesity requires promoting interdisciplinary team work in order to ensure a continued ongoing care. Primary Care is the basic and initial level for care, and primary care health professionals have a well-defined profile involving individual, family and community care.

Nurses play a very important role in health education; they are the reference health professionals for patients with chronic conditions, including obesity, and are involved in the follow-up and use of resources activation.

Nurses play a crucial role in supporting self-care and accompanying self-management process to deal with diseases. Their clinical and educational profile makes them suitable for health education and for developing instructional and training activities both for the patients and their families.

Moreover, health professionals should have a significant involvement and action in the community. They should promote community mobilization and they should collaborate with the community in all steps and aspects of a prior planning or schedule, from its inception to its final assessment. Thus, networking and groups that can have an impact on other people or groups can be promoted. This will support due changes and allow them to be maintained, so that intervention becomes sustainable.

Differences between health education (HE) and therapeutic education (TE) are highlighted; novel educational methods for TE are described; and common resources and tools to promote self-care and self-management to deal with diseases and achieve an improved quality of life are reviewed.

Key words: Obesity; health education; therapeutic education; self-care.

Introducción

En las últimas décadas se ha producido un acusado aumento del sobrepeso y la obesidad en el mundo. Las cifras que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dejan ver la magnitud del problema, mil millones de adultos tienen sobrepeso y más de 300 millones son obesos. Cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema limitado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos. En resumen, podemos afirmar que más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial es obesa (1).

En Europa se ha producido un acusado aumento del sobrepeso y la obesidad en la población, especialmente en los niños, cuya prevalencia estimada del sobrepeso alcanzó el 30% en 2006 (2,3). Esta situación delata el deterioro paulatino de la calidad de la alimentación y la escasa actividad física de la población en su conjunto, de los que cabe esperar un futuro aumento de enfermedades crónicas, tales como dolencias cardiovasculares, hipertensión, diabetes de tipo II, derrames cerebrales, determinados tipos de cáncer, trastornos músculo-esqueléticos e incluso una serie de enfermedades mentales. A largo plazo, esta tendencia reducirá la esperanza de vida y la calidad de vida (4).

El abordaje de la obesidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, implicados en la atención a estos pacientes y que garanticen la continuidad de los cuidados con la máxima participación del paciente y su entorno.

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de la atención, los profesionales tienen un perfil definido que se extiende a la atención y cuidado del individuo, la familia y la comunidad (5).

Enfermería y la educación para la salud (EpS)

La educación para la salud tiene diversas definiciones según los modelos educativos que las sustentan, pero la definición aportada por Green (1992) destaca por haber obtenido un gran consenso y por servir para programar actividades tanto a nivel individual como colectivo. Según esta definición, la EpS es "cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar la adopción voluntaria de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud" (6).

El objetivo de la EpS no es solo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino también un cambio cualita-

tivo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas. No se trata entonces de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente.

En la educación para la salud la enfermera/o tiene un papel muy importante; son profesionales de referencia de las personas con problemas de salud crónicos y por tanto también en la obesidad, en el seguimiento de sus procesos y la activación de los recursos. Son fundamentales en el apoyo a los autocuidados y en el acompañamiento en el proceso de autogestión de la enfermedad, y son profesionales adecuados, por su perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento de los pacientes y sus familiares.

La enfermería debe tener, además, una importante implicación y acción en la comunidad, ello implica movilizar a la comunidad y trabajar con ella en todas las fases y aspectos de una previa planificación o programa, desde su comienzo hasta la evaluación. De esta manera es posible potenciar redes y grupos que sean influyentes sobre otras personas o colectivos, y con ello no solamente apoyamos el cambio sino que, además, se establecen las bases para el mantenimiento del mismo y para la sostenibilidad de la intervención (7).

Educación para la salud (EpS) y educación terapéutica (ET)

Ya se ha definido anteriormente la educación para la salud (EpS) y se sabe que es cualquier combinación de actividades de información y educación que den lugar a una situación en donde las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.

La educación terapéutica (ET) es el conjunto de actividades educacionales esenciales para la gestión de las enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la salud, creadas para ayudar al paciente o grupos de pacientes y/o familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida.

El término de ET se reserva a la prevención secundaria y terciaria, es decir, a la evitación de sus manifestaciones clínicas, complicaciones y secuelas de la enfermedad. En el caso de la ET, se desea resaltar el hecho de que el proceso educativo no es un añadido al tratamiento, es parte del mismo y aporta valor a toda la terapia.

La ET es valorada y reconocida por la OMS desde 1998. La definición que propone esta institución es: "La ET tiene por

objetivo formar a los pacientes en la autogestión, en la adaptación del tratamiento a su propia enfermedad crónica, y a permitirle realizar su vida cotidiana. Asimismo, contribuye a reducir los costes de la atención sanitaria de larga duración para los pacientes y la sociedad. Ha de ser concisa para permitir a los pacientes (o a un grupo de pacientes y a las familias) administrar el tratamiento de su enfermedad y prevenir las posibles complicaciones, manteniendo o mejorando su calidad de vida”.

Los programas de ET se componen de un conjunto de actividades coordinadas orientadas a la construcción de saberes para tomar decisiones adecuadas y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos terapéuticos, minimizando la dependencia de la enfermedad y de los servicios de salud. Sin duda, una característica fundamental de la ET es que debe ser centrada en el paciente y no en el profesional (8).

Métodos educativos de educación terapéutica

Educación terapéutica individual

Es el método mayoritariamente utilizado en Atención Primaria. Consiste en la relación individual entre la persona y el profesional sanitario y se combinan elementos de una entrevista clínica o valoración y elementos educativos. Se basa en una comunicación persuasiva y motivadora, lo que significa que ha de ser:

- Individualiza, en función de las características de la persona.
- Adaptada a la capacidad de comprensión de la persona.
- Realista: adecuados a la realidad de la persona.
- Clara: utilizando un lenguaje comprensible, utilizando apoyos visuales.
- Gradual: la información debe ser escalonada y graduada según las necesidades, estableciendo un plan educativo.
- Usar habilidades de comunicación. El saludo y despedida, preguntas abiertas, *feedback*, paráfrasis, resúmenes.
- Explicar el contenido de la visita (lo que se va a hacer).
- Revisar la historia, preguntar y escuchar.
- Comprobar el estado de los aspectos educativos consensuados en las anteriores visitas: dieta, hábitos alimentarios, actividad física, etc.
- Realizar una valoración por patrones funcionales y emitir diagnósticos de enfermería.
- Valorar apoyo familiar o del entorno.
- Exploración física: constantes, medición de circunferencias, peso, talla, IMC, etc.
- Plantear nuevos objetivos educativos si procede. Entre-

gar información por escrito u otros materiales si procede.

- Comentar nuestras impresiones. Felicitar en los progresos y analizar a qué han sido debidos.
- Establecer nuevos acuerdos para la próxima visita. Concretar una fecha.
- Ofrecer nuestra ayuda durante el intervalo de visitas si fuera necesario.

Educación terapéutica grupal

Consiste en la educación ofrecida por uno o dos profesionales sanitarios (normalmente la enfermera cuando se trata de atención a la cronicidad) a un grupo de personas con el mismo problema de salud, con características o intereses comunes. Ayuda a la consecución de los objetivos educativos a partir del diálogo que se establece entre los componentes y su intercambio de conocimientos y experiencias. La educación grupal complementa a la educación individual.

Generalmente constituyen una excelente experiencia que refuerza la motivación de los participantes para adoptar hábitos de vida saludables y conseguir los objetivos principales: la autogestión de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de estas personas y sus familias, a las que se integra en el proceso educativo.

La educación terapéutica grupal facilita la aceptación de la propia enfermedad, mejora la conducta de las personas, proporciona un mayor autocontrol y la mejora del cumplimiento terapéutico, favorece la comunicación entre las personas porque ayuda a convivir saludablemente, promueve la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para desarrollar las capacidades en salud. El individuo consolida lo que ya sabe, pero necesita afianzar con el apoyo de otras personas.

Promueve la socialización de las personas dado que el individuo contrasta sus experiencias, temores y dudas (8):

- Características de una intervención grupal: es indispensable que previamente exista una planificación de las sesiones con una metodología educativa y unos objetivos bien definidos y con ello que posteriormente podamos realizar una evaluación de estructura, proceso y resultado.

Es recomendable que las sesiones tengan una duración de 1-2 horas, durante varias semanas y con una duración total entre 5 y 20 horas. El número de personas tendrá un máximo de 12-15 integrantes y un mínimo de cuatro personas. A aquellos profesionales que se inician en este tipo de experiencias se les recomienda que empiecen con pocos participantes, no superando las seis personas.

El entorno es importante: el lugar debe ser adecuado y amplio, con buena luz y aspecto agradable que favorezca el deseo de aprender. Una disposición de las sillas en forma de "U" o en mesa redonda son las más recomendables porque permite que las personas puedan verse entre sí.

- Normas del grupo: es necesario establecer el primer día unas normas básicas en el grupo que tengan que ver con el respeto, puntualidad, la tolerancia, los turnos de palabra y aquellos que el educador considere oportunos.
- Construir el grupo: es muy recomendable que el profesional conozca previamente a todos los participantes. Normalmente esto sucede porque se ha iniciado con anterioridad intervenciones de educación terapéutica individual. Se establecen criterios de inclusión y exclusión para que el grupo sea homogéneo y se puedan lograr los objetivos propuestos. Algunos de estos criterios pueden ser la edad, nivel educativo, tipo de tratamiento, discapacidades, etc.
- Tipologías fundamentales de los roles del grupo: los relacionados con la tarea (iniciador, informante, opinante, elaborador, animador...); los socioafectivos (estimulador, conciliador, seguidor, observador, etc.); y los individuales o negativos (agresor, dominador, confesor, el que busca ayuda, buscador de alabanzas, etc.).
- El papel de la enfermera: el profesional que dirige al grupo actúa como facilitador del aprendizaje, buscando la participación activa de todos los integrantes del grupo. Es el conductor del grupo que acompaña y dinamiza a sus componentes, actúa formulando preguntas para promover la discusión, aclara dudas si procede o vuelca nuevamente la pregunta al resto de los participantes. Es el encargado de dirigir a los participantes hacia la consecución de los objetivos (que previamente ha pactado con ellos), gestiona las emociones de los miembros del grupo, resuelve conflictos y se gana la confianza de los participantes. Es un rol difícil que debe aprenderse, al profesional le resulta muy complicado no ser el protagonista de la intervención educativa y no ser el que genera el conocimiento en el grupo, tal y como estamos acostumbrados al modelo tradicional.
- La dinámica del grupo: es importante disponer de la sala y del material necesario y tenerlo preparado con antelación. Al iniciar la sesión, el profesional se presenta y después hará una presentación de los miembros del grupo. Para ello puede utilizar dinámicas de presentación. A continuación hará ver al grupo cuáles son los objetivos de la sesión y las normas. Al finalizar se hará un resumen de los aspectos que se han trabajado y de las principales conclusiones a las que se ha llegado con las aportaciones del grupo.

Ha de ser conciso y pertinente, procurando que las personas terminen con una óptima sensación.

Recursos y herramientas para el abordaje de la obesidad

Dinámicas grupales

La dinámica de grupos es una metodología educativa basada en la experiencia, las vivencias y el saber de los miembros de un grupo. Es muy aplicable en temas que implican un alto nivel afectivo, o para recoger puntos de vista cognitivos, sean analíticos o sintéticos.

Existen un gran número de dinámicas de grupo y el educador escogerá aquella con la que se encuentre más cómodo, la que mejor se ajuste a las características de los participantes, al entorno, a los objetivos propuestos y pertinentes al momento en el que nos encontremos dentro de la programación de la intervención educativa.

Se encuentran agrupadas en diferentes tipologías: de presentación, fomenta el aprendizaje de sus nombres lo más rápido posible, así como gustos, experiencias y otros datos que pueden resultar interesantes para el grupo; de conocimiento, nos ayudan a afianzar la información recibida de los miembros del grupo; de distensión, aumentan la participación y la comunicación de cada uno de los miembros del grupo y crear un mayor grado de confianza con uno mismo y con el resto de compañeros; de cooperación, ayuda a los componentes del grupo a trabajar en equipo, favoreciendo la colaboración de todos sus miembros y enseñándoles a colaborar entre ellos.

Muchas dinámicas de grupo pueden ayudar en la obesidad, por ejemplo, en el fomento de la autoestima y la autoimagen, aprender a encajar críticas, potenciación de la imagen personal, etc. (9).

Demostraciones y talleres

Es uno de los métodos educativos que más se utilizan en los centros de Atención Primaria. Consiste en la realización de una actividad o un procedimiento frente a un individuo o más comúnmente, frente a un grupo de personas. Las demostraciones y talleres se emplean cuando la realización de una actividad es difícil de comprender si solamente se escucha una descripción oral de la misma, por ello son consideradas el mejor método para enseñar procedimientos manipulativos o motores.

Puede darse el caso de que el educador ejecute la actividad entre los asistentes, a los que solamente se les posibilita mirar (demostraciones) o de forma mucho más eficaz, si los participantes tienen la oportunidad de practicar lo que el educador les ha demostrado (taller). En EpS los talleres deberían ser métodos de elección prioritaria, los más comunes son

los que persiguen el dominio de un procedimiento sanitario (autocontrol o autoinyección en una persona con diabetes); no obstante hay una amplia variedad de talleres que el educador puede organizar. Algunos ejemplos pueden ser: manejo de los alimentos y sus valores nutricionales, la pirámide de los alimentos, preparación de dietas bajas en calorías, técnicas de relajación para el control de la ansiedad, ejercicio físico, etc.

También pueden ser considerados talleres las visitas a instalaciones (el educador y un grupo de personas hacen la compra en un supermercado en pacientes con obesidad), y exhibiciones hechas por otros expertos (taller de cocina dirigida por un cocinero, o formas sanas de comer fácil y rápido con cierta técnica culinaria, etc.).

Juegos o concursos educativos

Son un buen recurso para estimular y reforzar cambios de actitudes, además facilita el intercambio de conocimiento y técnicas y fomenta la valoración de las propias posibilidades y la utilización de los propios recursos. Pueden involucrarse familiares y amigos.

Algunos ejemplos podrían ser: concurso de recetas bajas en calorías, confección y edición de un recetario con dietas bajas en calorías, plantear un concurso similar a algún programa de televisión para valorar conocimientos o bien plantear juegos o actividades que fomenten la actividad física como bailar.

Mapas de conversación

Los mapas de conversación proponen una innovadora forma de educar a las personas e involucrarlas en el manejo y cuidado de su enfermedad.

Constituyen una herramienta interactiva para la educación del paciente, ya que está creada para permitir el aprendizaje basado en la participación activa. Se trabaja en grupos de 3 y 10 personas, que participan de una experiencia educativa dinámica al utilizar unas láminas (mapas) de 1 m x 1,5 m con imágenes de colores en las que el grupo centra sus discusiones incorporando conceptos claves en el transcurso de la actividad.

El trabajo en grupo es guiado por un profesional de la salud capacitado en el uso de esta herramienta, que introduce preguntas y temas de discusión para asegurar que todos los contenidos clave para el manejo de la enfermedad estén cubiertos.

En cada sesión con los mapas, el educador utiliza los materiales de los que se acompaña esta metodología educativa. Incluyen preguntas y tarjetas sobre mitos y realidades sobre la enfermedad para orientar la conversación del grupo y generar un proceso de exploración. Esto posibilita asimilar la información relacionada con la enfermedad de un modo más efectivo, en el que se promueve el intercambio a través de una discusión activa sobre cada uno de los temas. En definitiva, sigue los principios de la educación terapéutica grupal pero de una forma esquematizada guiada con los mapas y con ilustraciones y preguntas que hacen más sencillo el desempeño de la actividad para los profesionales, es entonces, una herramienta ideal para los que se inician en este tipo de intervenciones educativas grupales.

La idea original de esta herramienta es de una compañía farmacéutica y hoy en día únicamente existe enfocada a la diabetes, está exportado a más de 40 países y traducido a 25 idiomas. Quizá ahora despierte su interés en trasladar esta idea a otras áreas temáticas como la obesidad (10).

Los mapas de conversación son una herramienta extraordinaria para realizar intervenciones grupales pero tienen difícil acceso, bien porque tiene un elevado coste o bien porque procede de una casa comercial concreta. Por ello es importante añadir que hay muchos otros recursos educativos igual de efectivos y cabe señalar que lo más importante no está en el material del que disponemos, sino de la originalidad, pericia y experiencia del educador/facilitador que puede conseguir los mismos objetivos que con los mapas de conversación, pero además, en este caso, es el grupo el que se guía a sí mismo en el aprendizaje de su enfermedad.

Medios audiovisuales

Suelen ser considerados como buenos motivadores del proceso de aprendizaje y parece que tienen un componente facilitador del cambio de actitudes y cambio de conductas. Otra buena utilidad de los medios audiovisuales es la del apoyo a los contenidos transmitidos oralmente. Sin embargo, uno de los principales inconvenientes del empleo de los recursos audiovisuales es que ocasionan pasividad en los sujetos y no incitan a la acción. El hecho de que favorezcan la atención puede dar una impresión falsa de haber comprendido y retenido, precisa que se complemente con otro método que asegure el aprendizaje, como bien podría ser, un taller.

Dramatización o sociodrama

Se centran en una representación llevada a cabo por algunos miembros del grupo. El resto de las personas observa la

situación para poder realizar después una discusión de lo que se ha visualizado, escuchado y sentido. En estas actividades se debe simular una situación que se presenta en la vida real, adoptar el papel de una persona concreta y crear una situación como si se tratara de un hecho verídico. Su objetivo es imaginar la forma de actuar de ese personaje y ver qué decisiones tomaría en cada una de las situaciones que se le presentan.

Esta actividad ayuda a ponerse en el lugar del otro en casos muy concretos y la persona puede pensar, practicar y saber cómo se sentiría, qué diría y cuáles serían sus reacciones y respuestas. Los ejemplos más habituales son el *role-playing* y la simulación teatral.

El paciente experto

Este término se comenzó a usar en los años 90 en un programa de la Universidad de Stanford de Estados Unidos para promover los autocuidados de la salud en las enfermedades crónicas. Hoy en día se ha extendido a países de todo el mundo. Su objetivo es hacer al paciente el protagonista principal de su enfermedad y que participe de manera responsable y activa en su tratamiento.

Actualmente los pacientes tienen más acceso a la información y más decisión, por lo que existe un cambio de paciente pasivo a paciente activo.

El paciente experto tiene el rol de intercambiar conocimientos y experiencias a otras personas que padecen la misma enfermedad crónica, para comprometerlos en los autocuidados. Son seleccionados habitualmente por el equipo de salud, participan de manera voluntaria, tienen ganas de colaborar, son comunicativos y les resulta fácil contar su experiencia. Este programa busca ampliar las fuentes de información de los pacientes y no limitarlos a los conocimientos impartidos directamente por el equipo sanitario. Favorece el diálogo entre ellos (más cercano y sencillo que el de los profesionales sanitarios), la consulta de dudas, compartir experiencias y puntos de vista de su enfermedad (11).

El paciente experto es el protagonista y realiza la conducción activa de las sesiones y el profesional sanitario es el observador, que interviene en casos muy puntuales o bien a petición del paciente experto. Ya se sabe que el intercambio de experiencias entre iguales promueven el cambio de hábitos y mejoran la calidad de vida y la convivencia con la enfermedad, así como el grado de conocimiento de la misma, con este modelo educativo los participantes adquieren un rol más activo y un alto grado de satisfacción.

Participación comunitaria

Es un elemento estratégico fundamental para el desarrollo de la promoción de la salud y de la educación para la salud, y en la práctica se puede entender como un proceso en el que intervienen los servicios públicos, las instituciones y la comunidad y, en un sentido más operativo, como una modalidad de actuación y un instrumento para abordar problemáticas relacionadas con la salud dentro de un contexto comunitario.

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo. La aplicación de este concepto, ampliamente reconocido en el ámbito internacional, supone dotar a la sociedad de los elementos necesarios para ejercer su poder de decisión y capacidad de control.

En definitiva, se trata de favorecer la coordinación estrecha entre la comunidad (pacientes, familiares, voluntarios...), instituciones locales (centros sociales, ayuntamientos, etc.), organizaciones (asociaciones) y el sector salud (centros de salud) y conseguir con ello una red de servicios para los ciudadanos impulsados por los mismos ciudadanos y en colaboración con los profesionales con dos objetivos principales: el fomento de estilos de vida saludable y la socialización de sus integrantes.

El ejemplo más cercano se podría encontrar en el Proyecto Fresneda, en Asturias. Más de 70 personas han trabajado de forma voluntaria para coordinar múltiples talleres y actividades grupales; utilizan para ello la figura del paciente experto y cuando lo requieren acuden al asesoramiento del profesional sanitario. También cuentan con actividades al aire libre, como la creación de huertos saludables, rutas de senderismo o bicicleta. Toda esta red de servicios es promocionada desde el centro de salud y sin incremento alguno de los costes.

Redes sociales

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han aparecido en nuestras vidas y ya no podemos obviar su existencia; estas pueden facilitar el desarrollo profesional mediante el buen uso de ellas. Es conveniente que se sepan aprovechar todos y cada uno de los recursos existentes y que aprovechemos las TIC como una gran oportunidad de desarrollo profesional.

La revolución que se ha provocado, así como las expectativas de crecimiento de futuro, ponen de manifiesto la nece-

sidad de que los profesionales sanitarios estén formados en el uso y conocimiento de las redes sociales para poder responder a las demandas que la sociedad reclama de ellos. Las TIC en general y las redes sociales especialmente pueden favorecer que la enfermería sea mucho más visible en la sociedad y ofrece múltiples ventajas que la profesión de enfermería puede y debería saber aprovechar. Entre ellas, podemos destacar que las redes sociales son un medio que favorece la difusión de la información y comunicación entre los diferentes miembros del equipo de salud, entre profesional y paciente y entre pacientes; y es un recurso que proporciona al profesional de enfermería capacidades y los instrumentos que permiten compartir información y hacer uso de ella para favorecer estilos de vida saludables, la auto-gestión de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de todos los integrantes (12).

Para poner un ejemplo, un profesional de enfermería puede hacer un grupo con 10 participantes menores de 60 años, que tienen la característica común de que sus horarios laborales son incompatibles con el de la consulta de su enfermera. Se escoge entonces una determinada red social y se puede trabajar a través de ella de forma muy activa aspectos sobre la obesidad, facilitar vídeos de interés, páginas web, recetas, guías, planes de actividad física, apps, poner en contacto con personas de similares características, y un sinfín de posibilidades.

Conclusiones

La educación de pacientes forma parte del tratamiento de la enfermedad y es imprescindible para obtener resultados satisfactorios. Transferir competencias al paciente es una tarea compleja para la cual los profesionales de salud deben formarse. Su buena voluntad y actitud generosa son condiciones imprescindibles, pero no son suficientes. Se precisa de una metodología específica, respetando el protagonismo del otro, no siendo el protagonista el que educa.

La educación terapéutica es más eficiente desde el trabajo en equipo de los distintos profesionales sanitarios y es preciso un cambio en la orientación del trabajo de los centros de salud, para dejar de tratar únicamente la enfermedad y trabajar para fomentar la educación y promoción para la salud. Esta es seguramente una tarea difícil, pero no espere que otros generen el cambio, sea usted agente de cambio y quizá después de haber leído este artículo le resulte un poco menos complicado.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva núm. 311. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- [2] Unión Europea. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión Europea para la prevención del sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/consultation_en.htm
- [3] Unión Europea. Plataforma de Acción Europea sobre Alimentación, actividad física y salud. Mayo de 2009. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm
- [4] Libro Blanco de la Obesidad. Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:ES:PDF>
- [5] Ferrer Arnedo C, Orozco Beltrán D, Román Sánchez P. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. NIPO: 680-12-062-1. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- [6] Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2006.
- [7] Arribas Cacha A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Papel de la Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Salud Madrid; 2009. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142528629804&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documento-Webeditpro
- [8] Figuerola D. Manual de educación terapéutica en diabetes. Madrid: Díaz de Santos; 2011.
- [9] Serrano González MI. La Educación para la Salud en el Siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
- [10] Lilly Diabetes. Mapas de Conversación. Tomando el control. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://www.tomandoelcontrol.com.gt/cmscentral/tomandoelcontrol/mapas-de-conversacion/inicio/default.aspx>
- [11] El paciente experto. Paciente con insuficiencia renal. Hospital General Universitario de Valencia. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/Paginas/PacienteExperto.aspx>
- [12] Serrano Molina L, Álvarez Prieto JL, Espejo Matorrales F, Ferrer Arnedo C, Lifante Pedrola Z, Martínez Carpio A et al. Grupo de crónicos FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos, la dependencia y la fragilidad. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. [En línea] [fecha de acceso: 10 de mayo de 2013]. URL disponible en: www.faecap.com/documents/download/127

José Antonio Hurtado
Sánchez

Dieta en diabetes e hipertensión arterial

Vicedecano de Coordinación Académica de Nutrición Humana y
Dietética, Movilidad y Relaciones Institucionales Sociosanitarias.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

Dirección de contacto: ja.hurtado@ua.es

Nota: el presente artículo fue presentado en forma de comunicación en la Jornada de Nutrición en Atención Primaria, celebrada en Valencia el 10 de abril de 2013.

Resumen

La diabetes y la hipertensión conforman, junto a la obesidad y dislipemia, los principales de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Todas estas patologías tienen en común la importancia del tratamiento dietético nutricional tanto en la prevención como en la terapéutica de las mismas.

En el presente artículo se trata de analizar los puntos clave de la dieta en las personas que sufren alguna de las dos patologías señaladas, la diabetes y la hipertensión.

Palabras clave: diabetes; hipertensión arterial; enfermedades cardiovasculares; tratamiento dietético.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año fallecen más personas por ECV que por cualquier otro motivo (1).

Las ECV en Europa son la causa más destacada de fallecimiento; en España suponen alrededor del 30% de los fallecimientos (2).

En el desarrollo de las ECV se encuentran determinados factores de riesgo, unos no modificables (como la edad y el sexo) y otros modificables relacionados con los estilos de vida (estrés, sedentarismo) y diversas patologías como la diabetes, la hipertensión arterial, dislipemias y obesidad (3).

Lo ideal es utilizar estrategias en la prevención primaria para evitar su aparición. Una vez instauradas, y actuando en el marco de la prevención secundaria, la dieta es un pilar fundamental en el tratamiento de estas patologías de riesgo cardiovascular.

Abstract

Diet in patients with diabetes or high blood pressure

Diabetes and high blood pressure, along with obesity and dyslipidemia, are the main risk factors for cardiovascular disease.

Diet is a major component of the therapy for such conditions, both for preventive and therapeutic purposes.

The present paper aims at discussing diet key issues in individuals with either diabetes or high blood pressure.

Key words: Diabetes; high blood pressure; cardiovascular disease; diet therapy.

En este artículo se va a abordar el tratamiento dietético de la diabetes y la hipertensión.

Dieta y diabetes

En términos globales, podemos decir que la alimentación recomendada en los pacientes con diabetes mellitus es la misma que la dieta equilibrada y saludable apropiada para la población en general (4).

Incluso siguiendo la premisa anterior, para establecer el tratamiento dietético de la diabetes hay que tener en consideración un punto clave que no debemos generalizar nunca y es el tipo de diabetes, ya que el tratamiento farmacológico es distinto en los dos casos. En la diabetes tipo 1 el tratamiento farmacológico se basa en la insulina, en la diabetes tipo 2 el tratamiento farmacológico se basa en los antidiabéticos orales, cuya forma de acción no tiene nada que ver con la insulina, por lo tanto las pautas dietéticas pueden cambiar de un tipo a otro.

Asimismo, la mejor forma de describir la dieta en cualquier patología es hacerlo de forma ordenada, es decir, podemos seguir los pasos que se dan al hacer una dieta y completarla sin dejar ningún fleco.

Siguiendo la pauta anterior comenzaremos a realizar la dieta calculando las necesidades energéticas del paciente. Es necesario plantearse si los requerimientos energéticos de una persona con diabetes son distintos de una que no sea diabética. Obviamente, la respuesta es negativa, por lo que la dieta será normoenergética, estará condicionada a las características individuales de la persona a la que va dirigida la dieta. Si el paciente es obeso se administrará una dieta hipocalórica en relación a sus necesidades, por la obesidad, no por la diabetes; si por el contrario, la persona está delgada, la dieta será hipercalórica porque dentro de los objetivos dietéticos figurará la recuperación del peso, no por la diabetes.

En segundo lugar nos planteamos la distribución de la energía en los nutrientes energéticos, es decir, en hidratos de carbono, proteínas y grasas. En este caso se tiene que ver si hay cambios con respecto a la dieta equilibrada. Como no hay motivos para ello, la distribución se hará de la misma forma: entre el 50-60% de la energía total en forma de hidratos de carbono, entre el 12 y el 15% en forma de proteínas y del 25 al 30% en forma de grasa.

No cabe duda que el punto clave de esta distribución radica en los hidratos de carbono, en dieta saludable se recomienda que la proporción de hidratos de carbono simples frente a los complejos sea de 1 a 3, es decir del 10 al 20% de la energía total sea en forma de hidratos de carbono simples y del 40 al 50% de la energía total sea en forma de hidratos de carbono complejos (5). En el caso de la diabetes se pueden seguir manteniendo estos porcentajes, solamente habría que remarcar que los alimentos que proporcionan los hidratos de carbono simples sean exclusivamente frutas y verduras, excluyendo los dulces de repostería, bebidas azucaradas, etc.

A continuación debemos seguir con el resto de nutrientes: sales minerales y vitaminas. Son exactamente los recomendados en la dieta equilibrada y saludable, si bien hay que hacer hincapié en la fibra, sobre todo en la diabetes mellitus tipo 2, por los hábitos alimentarios más frecuentes en este grupo de población, referido a la cantidad de comida. En estos casos la ingesta de fibra ayuda a que la glucosa se absorba de forma más gradual y, por tanto, los picos postprandiales no serán tan elevados.

Hasta aquí, el tratamiento dietético no cambia entre la diabetes tipo 1 y 2, aunque queda un punto en el que sí puede haber diferencias significativas: el número de ingestas o frecuencia de las comidas. Nuestra recomendación general será tender al fraccionamiento de la dieta, de manera que el número de ingestas estará entre seis o siete, contemplan-

do desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena, recena o resopón.

El fraccionamiento es beneficioso porque ayuda a confeccionar una dieta completa desde el punto de vista energético y un reparto de los hidratos de carbono, de forma que no se produzcan elevaciones postprandiales exageradas. Ahora bien, el ritmo o la forma de vida puede condicionar el número de ingestas por lo que, si es posible, adaptaremos la dieta a la vida de los pacientes. Es en este punto donde cobra importancia el tipo de diabetes o el tratamiento farmacológico, porque en los efectos máximos de las insulinas ha de acompañarse siempre de una ingesta que tiene que contemplar hidratos de carbono.

Es necesario diferenciar entre ingestas recomendadas e ingestas obligadas. Por ejemplo, tomando como base la pauta inicial de seis ingestas como recomendadas, el tratamiento con insulina rápida en la primera parte del día convierte esas ingestas recomendadas en obligadas. Una dosis de insulina rápida en el desayuno convierte el almuerzo en ingesta obligada, porque entre la primera o segunda hora de la administración de insulina se produce el efecto máximo de la misma y es necesario una ingesta (almuerzo) para evitar la hipoglucemia, una dosis de insulina rápida en la comida convierte la merienda en ingesta obligada y así sucesivamente. En el caso de antidiabéticos orales, el efecto que producen no es igual que la insulina por lo que, incluso manteniendo la tendencia al fraccionamiento de la dieta, el número de ingestas no es obligado.

Dieta e hipertensión arterial

Sería conveniente antes de iniciar el tratamiento dietético de la hipertensión repasar los distintos factores alimentarios relacionados con esta patología de forma tradicional, como es la relación del sodio con el potasio, con el calcio, con el magnesio y con los lípidos (6).

También es conveniente ver la relación en la aparición de la hipertensión con la obesidad y ejercicio físico, una como favorecedora de la patología y la otra situación como factor protector, nos servirá para establecer estrategias de prevención primaria de la hipertensión arterial.

Con respecto a los factores alimentarios relacionados cabe señalar:

Potasio

Existe una relación inversa entre el sodio y potasio (7,8): la ingesta de potasio ayuda a la excreción renal de sodio, por lo que el consumo es beneficioso.

Calcio

Se han hecho estudios sobre la influencia del calcio en fun-

ción de la fuente alimentaria sobre enfermedad cardiovascular (8), así como otros nutrientes procedentes de los lácteos, concretamente los lácteos fermentados, y su relación sobre la regulación de la tensión arterial (9); esto último se aconseja con más rotundidad que el suplemento de calcio.

Magnesio

Partiendo de la base del efecto vasodilatador del magnesio, se han realizado distintos estudios (8,10), sin resultados claros a la hora de utilizar de forma efectiva suplementos de magnesio.

Lípidos

Por su efecto sobre la síntesis de las prostaglandinas y la participación de las mismas en la regulación de la tensión arterial, se ha estudiado el efecto de los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) sobre la hipertensión (11). Las dosis de AGPI deben ser tan altas que no parece recomendable su consumo en esa cantidad (12).

Para repasar el tratamiento dietético de la hipertensión podemos seguir la misma pauta de la diabetes, es decir los pasos de realización de una dieta:


- Energía: estaría en función de las características individuales del paciente. Atención a la relación entre obesidad e hipertensión arterial.
- Distribución en nutrientes: no hay motivo para desequilibrar la dieta, por lo que la distribución obedece a la misma que en dieta equilibrada y saludable, es decir, 50-60% de hidratos de carbono, 12-15% de proteínas y 25-30% de grasas.
- Vitaminas y fibra: igual recomendación que en dieta equilibrada.
- Sales minerales: restricción del sodio dietético, para ello es recomendable establecer el listado de alimentos aconsejados y desaconsejados, con el fin de enseñar a los pacientes los alimentos que más sodio contienen. A la hora de establecer este tipo de estrategia hay que considerar la valoración de la prescripción positiva frente a la negativa, es decir, siempre basarse primero en los alimentos que puede tomar sin dificultad.
- Fraccionamiento de la dieta: siempre será recomendable seguir las mismas pautas que en dieta saludable y equilibrada.

Como medidas suplementarias también podemos orientar la alimentación a dietas específicas para el control de la hipertensión arterial, como por ejemplo la dieta DASH (13) (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), medidas dietéticas para disminuir la hipertensión. Otra dieta aconsejable sería la dieta mediterránea.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Enfermedades cardiovasculares. 2013. [En línea] [fecha de acceso: 7 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- [2] Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Enfermedades cardiovasculares: una pandemia a nivel mundial. 2013. [En línea] [fecha de acceso: 7 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publico/enfermedades_cardiovasculares.htm
- [3] Baena Díez JM, Del Val García JL, Tomás Pelegrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58(4):1-7. [En línea] [fecha de acceso: 7 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://ftp.usalca.cl/profesores/gicaza/Respaldo%20FONIS%20RCV/Marrugat/Baena%20JM%20Epi%20FRCV%20REC%202005.pdf>
- [4] Figuerola D. Diabetes. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- [5] Martín Salinas C, Díaz Gómez J. Nutrición y Dietética. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
- [6] Mahan LK, Scott-Stump S. Krause Dietoterapia. 12ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
- [7] Whelton PK, He J, Cutler JA, Brancati FL, Appel LJ, Follmann D, Klag MJ. Effects of oral potassium on blood pressure. Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *JAMA* 1997; 277(20):1624-32.
- [8] Ascherio A, Rimm EB, Hernán MA, Giovannucci EL, Kawachi I, Stampfer MJ, et al. Intake of potassium, magnesium, calcium, and fiber and risk of stroke among US men. *Circulation* 1998; 98(12):1198-204.
- [9] Seppo L, Jauhiainen T, Poussa T, Korpela R. A fermented milk high in bioactive peptides has a blood pressure-lowering effect in hypertensive subjects. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(2):326-330.
- [10] Dickinson HO, Nicolson DJ, Campbell F, Cook JV, Beyer FR, Ford GA, et al. Magnesium supplementation for the management of essential hypertension in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (3):CD004640.
- [11] Geleijnse JM, Giltay EJ, Grobbee DE, Donders AR, Kok FJ. Blood pressure response to fish oil supplementation: meta-regression analysis of randomized trials. *J Hypertens*. 2002; 20(8):1493-499.
- [12] Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension* 2006; 47:296-308.
- [13] Obarzanek E, Proschan MA, Vollmer WM, Moore TJ, Sacks FM, Appel LJ, et al. Individual blood pressure responses to changes in salt intake: results from the DASH-Sodium trial. *Hypertension* 2003; 42(4):459-467.

Las mejores colecciones de libros y documentación digital pensadas y desarrolladas para satisfacer las necesidades de consulta de los profesionales y de los estudiantes de Enfermería



Todo el conocimiento
enfermero
donde y cuando lo
necesites

www.biblioteca.enfermeria21.com

¹ Francisco Javier Pastor Gallardo
² Macarena Muñoz Sanz
¹ Purificación Calero Esquivel
³ Antonia Escobar Escobar
⁴ Rosa María Hormeño Bermejo

Traumatismo craneoencefálico. Análisis de la asistencia por una Unidad Medicalizada de Emergencias

¹ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Badajoz. Área de Salud Badajoz/Llerena-Zafra.

² Médico residente de tercer año. Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Badajoz. Área de Salud Badajoz/Llerena-Zafra.

³ Enfermera de Emergencias Unidad Medicalizada de Emergencias 112 de Badajoz. Área de Salud Badajoz/Llerena-Zafra.

⁴ Médico de Familia. Unidad Medicalizada de Emergencias 112 de Badajoz. Área de Salud Badajoz/Llerena-Zafra.

Dirección de contacto: fjgallardo@hotmail.com

Resumen

Objetivo: describir el perfil epidemiológico de la asistencia al traumatismo craneoencefálico (TCE) por una Unidad Medicalizada de Emergencias.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de la asistencia a los pacientes que sufrieron un TCE en el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2011, ambos incluidos.

Emplazamiento: ciudad de Badajoz y población atendida por una Unidad Medicalizada de Emergencias del Sistema Público de Salud de dicha ciudad.

Resultados: de los 694 TCE analizados, el 67% eran varones, el 33,9% con una edad comprendida 21 y 40 años, el 75,2% ocurrieron en la vía pública y, de estos, el 54% originados por un accidente de tráfico. El 87,9% de los TCE fue de carácter leve (GCS 15-13), en el 66,4% existían otras lesiones traumáticas asociadas al TCE, el 87,2% se trasladaron al hospital y se produjo el exitus en el 4%.

Conclusiones: los TCE son más frecuentes en varones jóvenes, son originados principalmente por accidentes de tráfico, de pronóstico leve, y el exitus se produjo en los de mayor gravedad.

Palabras clave: traumatismo craneoencefálico; trauma craneal; lesiones traumáticas; emergencias.

Abstract

Head trauma. An analysis of management in a medicalized emergency unit

Purpose: To describe the epidemiological profile of head trauma care in a medicalized emergency unit.

Design: A retrospective descriptive study to report the care that was provided to patients having experienced a head injury from January 2007 to December 2011.

Location: Badajoz town and population being served by a Public Health System medicalized emergency unit.

Results: A majority of the 694 patients with a head trauma were men (67%); age range was 21-40 years in 33.9%, and 75.2% of injuries took place in public roadways; and 54% were due to a motor vehicle accident. Head injuries were mild (GCS 15-13) in 87.9% of patients, associated injuries were present in 66.4%. Patients were transferred to a hospital in 87.2%; and injuries resulted in death in 4% of cases.

Conclusions: Head injuries are more common in young men, and are mainly due to motor vehicle accidents and mild. Most severe ones resulted in death.

Key words: Head injury; head trauma; traumatic injuries; emergencies.

Introducción

La patología de origen traumático, considerada globalmente, representa un grave problema de salud en el mundo desarrollado y en concreto el traumatismo craneoencefálico (TCE) es la primera causa de muerte e incapacidad en la población menor de 45 años, afectando principalmente a la población activa y originando terribles secuelas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el TCE como aquella lesión en la cabeza (por contusión, lesión penetrante o fuerzas de aceleración-deceleración) que presenta una de las siguientes condiciones: alteración de conciencia o amnesia por trauma cerebral, cambios neurológicos o neuropsicológicos, diagnóstico de fractura craneal o lesiones intracraneales que pueden atribuirse al trauma craneal. Clasifica los TCE según la puntuación de la escala de Glasgow para el coma (GCS) en graves (GCS \leq 8 puntos), moderados (GCS 9-12 puntos) y leves (GCS 13-15 puntos). Los graves representan el 10% de los TCE, aproximándose la mortalidad en ellos al 50% de los casos; un 10% son moderados y el 80% son leves (2,3).

La incidencia del TCE en España se estima en unos 150-250 casos por 100.000 habitantes, de los que un 90% recibe atención médica hospitalaria. La incidencia es mayor entre los hombres con una relación hombre/mujer de 3 a 1, sobre todo a la población comprendida entre 15 y 25 años, pero hay otros dos picos de incidencia en la infancia y en los mayores de 65 años (1,2). Las causas más frecuentes son los accidentes de tráfico seguidos de las caídas (4).

Se consideran factores pronósticos en caso de TCE la edad, imágenes de la tomografía computerizada, y desde el punto de vista clínico la puntuación en la GCS, reactividad pupilar y la presencia o ausencia de hipotensión (5).

Se describe en el presente estudio el perfil epidemiológico de los TCE asistidos por la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) de Badajoz, y analizamos algunos factores que pueden influir en la gravedad de los mismos.

Método

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de la asistencia a los pacientes que sufrieron un TCE en el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2011, ambos incluidos.

Emplazamiento

La UME de Badajoz es una Unidad Medicalizada de Emer-

gencias con base en la ciudad de Badajoz; asiste a la población de Badajoz y una corona de unos 30 minutos, lo que supone un total aproximado de 225.000 habitantes. Es movilizadora por el Centro Coordinador de Urgencias y de Emergencias de Extremadura 112, que gestiona los recursos sanitarios urgentes de la Comunidad Extremeña. El personal de la UME lo compone un médico, un enfermero y dos técnicos sanitarios de emergencias.

Muestra

Para la recogida de datos se revisaron todas las historias asistenciales correspondientes a dicho periodo, seleccionando los datos de aquellas cuyo juicio diagnóstico final fue TCE (Códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9MC (800.0-801.9, 803.0-804.9, 850.0-854.1).

Variables registradas

Se incluyeron como variables independientes: año y mes, sexo, edad agrupada en grupos de edad, lugar donde ocurrió el TCE, causa que lo originó, si existían otras lesiones traumáticas asociadas, si se realizó traslado al hospital y si el paciente falleció (exitus en el lugar del traumatismo o durante el traslado al hospital), y como variable dependiente la gravedad del TCE según la escala de valoración de Glasgow, considerando TCE leve si la puntuación es 13-15, TCE moderado 9-12 y TCE grave \leq 8.

Análisis estadístico

El análisis de las variables cuantitativas expresadas como media con su desviación estándar se comparó con la t de Student. Para determinar la asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de Chi-cuadrado. La magnitud de la asociación se determinó mediante el cálculo de la razón de *odds ratio* (OR); todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales, considerando como nivel de confianza de las mismas el 95. Se estableció como estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

El programa que se utilizó para el estudio estadístico es el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) en la versión 17.0 para Windows®.

Resultados

La UME de Badajoz asistió en el periodo estudiado a un total de 8.937 pacientes, de los cuales 694 (7,76%) lo fueron por TCE (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de TCE asistidos

Variable	n	%
Años		
2007	157	22,6
2008	183	26,4
2009	130	18,7
2010	115	16,6
2011	109	15,7
Sexo/edad		
Varones (edad media: 45,29 años)	465	67
Mujeres (edad media: 43,83 años)	229	33
Grupos edad (años)		
< 20	126	18,2
20-40	235	33,9
41-60	203	29,3
61-80	100	14,4
> 80	30	4,3
Lugar		
Vía pública	552	75,2
Domicilio	95	13,7
Otros	77	11,1
Causa		
Accidental	601	86,6
No accidental	93	13,4
Grado		
TCE leve	610	87,9
TCE moderado	32	4,6
TCE grave	52	7,5
Lesiones asociadas		
Sí	461	66,4
No	233	33,6
Traslado al hospital		
Sí	605	87,2
No	89	12,8
Exitus		
Sí	28	4
No	666	96

El mayor porcentaje (26,04%) de los TCE ocurrieron durante el año 2008; de forma global, es el segundo semestre del periodo estudiado donde se registró un mayor número de asistencias: 348 casos (50,10%).

La media de edad fue de 44,88 años; el 67 % (465 casos) eran varones, con una edad media de 45,29 años (desviación típica 23,22) y el 33% (229 casos) eran mujeres, siendo en

estas la media de edad de 43,84 años (desviación típica 24,51), con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (IC 95%).

Por grupos de edad el mayor porcentaje 33,9% (235 casos) se produjeron entre los 21 y 40 años, seguido del grupo entre los 40 y 60 años, 29,3% (203 casos).

El 75,2% (522 casos) de los TCE ocurrieron en la vía pública, el 13,7% (95 casos) en el domicilio del paciente y en el 11,1% (77 casos) en otros lugares (centros sanitarios, comerciales...).

La causa fue accidental en el 86,6% (601 casos) y de ellos el 54% (375 casos) fue por un accidente de tráfico, el 26,2% (182 casos) accidentes casuales, el 3,3% (23 casos) agresiones y el 3% (21 casos) accidente laboral. En el 13,4% (93 casos) el TCE se produjo como consecuencia de causas no accidentales (patologías de causa no traumática, como síncopes de origen cardiovascular, neurológico o metabólico).

Según la escala de valoración de Glasgow fueron TCE leve (GCS 15-13) el 87,9% (610 casos), TCE moderado (GCS 12-9) el 4,6% (32 casos) y TCE grave (GCS \leq 8) el 7,5% (52 casos).

En el 66,4% (461 casos) existían otras lesiones traumáticas asociadas; se trasladaron al hospital el 87,2% (605 casos) de los pacientes y se produjo el exitus (en el lugar del accidente o durante el traslado al hospital), en el 4% (28 casos).

Para realizar un análisis univariado se dicotomizan las variables independientes edad (\leq 60- > 60 años) y etiología (causa accidente de tráfico-otras causas) que se relacionan junto el sexo, la existencia o no de lesiones asociadas y exitus, con la variable dependiente grado del TCE que igualmente dicotomizamos en leve-moderado y grave.

El análisis univariado muestra una asociación significativa ($p < 0,001$) de los TCE graves, con el sexo varón y el resultado de exitus.

Los resultados se exponen en la Tabla 2.

Discusión

La incidencia anual de TCE en España es de 150 a 250 casos/100.000 habitantes/año, siendo la causa principal de los mismos los accidentes de tráfico (6). En nuestro estudio, y coincidiendo con otros publicados (7), observamos una tendencia a la reducción en la incidencia global de TCE desde el año 2008, siendo estas diferencias especialmente destacables en los producidos por accidentes de tráfico (Ver Figura 1). Según datos de la Dirección General de Tráfico (8),

Tabla 2. Análisis univariado

Análisis de datos relacionados con la gravedad del TCE					
Variables	TCE (n = 694)	TCE leve (n = 605)	TCE moderado-grave (n = 89)	OR IC 95%	p
Sexo					
Varón	465 (67%)	394 (84,73%)	71 (15,26%)	0,33 (0,18-0,61)	< 0,001
Mujer	229 (33%)	216 (94,32%)	13 (5,67%)		
EDAD					
≤ 60 años	558 (80,40%)	489 (87,63%)	69 (12,36%)	1,22 (0,71-2,09)	0,47
> 60 años	136 (19,60%)	116 (85,29%)	20 (14,70%)		
LESIONES ASOCIADAS					
Sí	461 (66,4%)	404 (83,63%)	57 (12,36%)	1,12 (0,70-1,79)	0,63
No	233 (33,6%)	201 (86,29%)	32 (13,73%)		
EXITUS					
Sí	28 (4,0%)	0	28 (100%)	10,91 (8,59-13,86)	< 0,001
No	666 (96,0%)	605 (90,84%)	61 (9,15%)		

desde el año 2008 se ha producido una reducción en un 11% en la cifras totales de los accidentes de tráfico y en un 20% en el número de víctimas mortales. Las medidas de seguridad vial implementadas durante los últimos años, y que han mostrado su efectividad en la reducción del número de lesiones por accidente de tráfico (9-11), pueden explicar esta disminución en la incidencia del TCE.

En el presente estudio la incidencia del TCE es mayor en hombres, siendo la razón hombre/mujer aproximadamente 3:1 para los accidentes de tráfico y 2:1 para el resto de las etiologías. Estos resultados coinciden con otros estudios, ya que los traumatismos por caídas son más habituales en los grupos de mayor edad y, dada la mayor frecuencia de población femenina, permite observar una menor razón hombre/mujer en el caso de los TCE producidos por otros mecanismos (12) (Ver Figura 2).

El grupo de edad más frecuentemente afectado en nuestro caso es el comprendido entre los 20 y 40 años, seguido de entre los 40 y 60 años, de forma que el 80% de los TCE se producen en menores de 60 años, dato que se ajusta a la bibliografía consultada (7,8,11).

Observamos un mayor porcentaje de gravedad en el grupo de edad menor de 60 años, si bien hay que destacar un pico de mayor gravedad en los pacientes con más de 60 años, grupo en el que los TCE se producen fundamentalmente por caídas. Sin embargo, en nuestro caso la relación entre la edad y la gravedad del TCE no son significativamente estadísticos. Globalmente podemos reseñar que la gravedad del

TCE y la mortalidad en las personas mayores tienden a aumentar (7). Estos datos sugieren que las políticas de prevención para reducir las lesiones por TCE no han sido efectivas. Dada la magnitud de carga de enfermedad que suponen estas lesiones, así como la tendencia creciente en la población mayor, cabe plantearse la necesidad urgente de desarrollar intervenciones de reconocida efectividad para prevenir las lesiones por TCE especialmente en población mayor de 60 años (7,13).

Cuando se produce un TCE suelen asociarse otras lesiones traumáticas, principalmente traumatismos raquímedulares pero también fracturas de huesos largos o traumatismos torácicos, o abdominales que originan un aumento de la morbilidad (14). En nuestro estudio, en dos de cada tres TCE se produjeron otras lesiones traumáticas pero no hemos observado que este hecho fuera asociado a mayor mortalidad.

Cada año alrededor de 20.000 personas sufre un traumatismo craneoencefálico que requiere hospitalización, sin embargo la mayoría corresponden a TCE leves, dato también constatado por nosotros, ya que de cada diez TCE casi nueve corresponden a un traumatismo leve. No obstante, el manejo de los TCE leves debe fundamentarse en el seguimiento de guías prácticas (15,16) que garanticen el tratamiento precoz de las posibles complicaciones intracraneales que se puedan originar, sin generar un coste excesivo en hospitalización y pruebas complementarias al resto de los pacientes que no presentan complicaciones. En nuestro caso la mayoría de pacientes fueron derivados al hospital para poder completar el estudio mediante pruebas de imagen, sien-

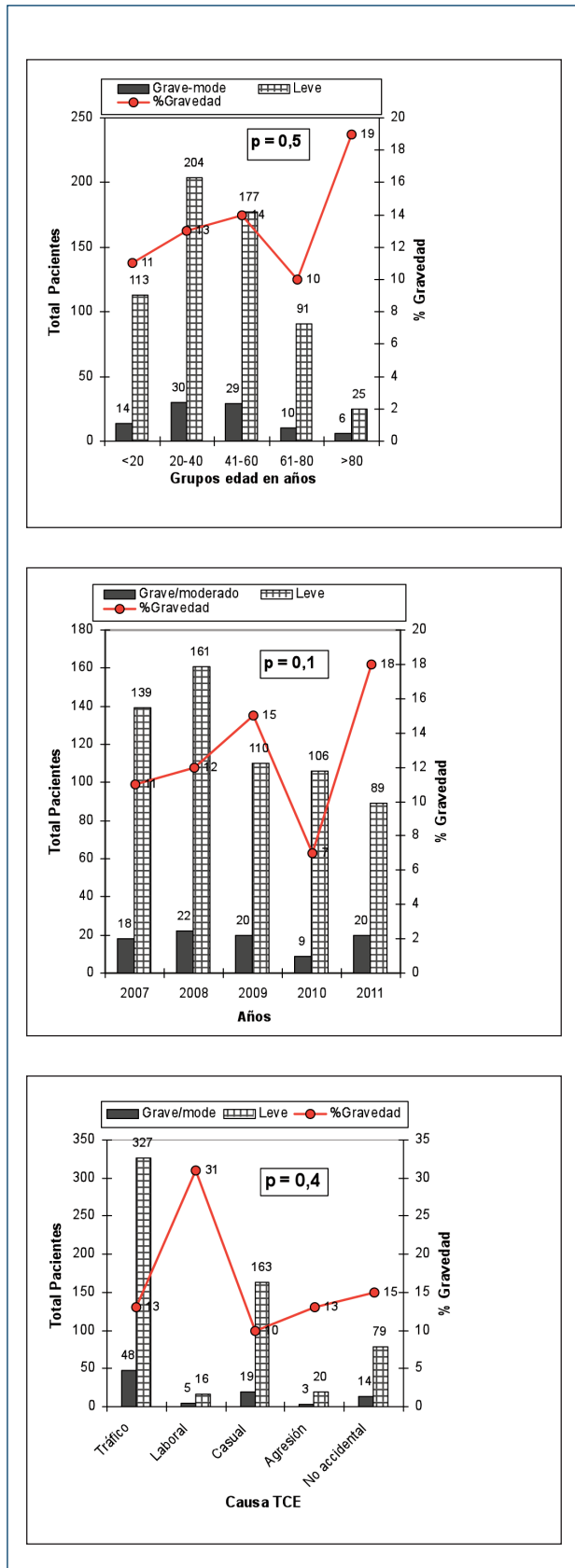


Figura 1. Distribución del total de pacientes con TCE y la gravedad por grupos de edad, años estudiados y etiología

do la tomografía computarizada (TC) la prueba diagnóstica de elección y la indicación dependerá del riesgo de complicaciones que presente el paciente (17).

Los TCE graves o severos suponen aproximadamente un 10% del global (18); en nuestro caso, el total de TCE moderados/severos fue de un 12%.

La evaluación y la atención inicial de los traumatismos graves deben iniciarse mediante una reanimación adecuada del paciente, según el protocolo del soporte vital avanzado al trauma, preferentemente en el lugar del accidente, y ha de ir seguido de la aplicación de las medidas necesarias para evitar las lesiones cerebrales secundarias y de la realización de un diagnóstico anatómico preciso. Debemos identificar a los pacientes que presentan hipertensión endocraneal o que puedan precisar un tratamiento neuroquirúrgico inmediato (18,19) y que son el origen de la muerte y posibles secuelas. Sin embargo, según las series revisadas, solamente el 0,2% de los pacientes que sufren un TCE morirá como consecuencia directa del traumatismo. En nuestro trabajo, el 4% de los pacientes falleció en el lugar donde se produjo el TCE o bien durante el traslado al hospital, todos ellos fueron pacientes que habían sufrido un TCE grave, destacando que la mortalidad en este grupo fue de un 53%, dato que coincide con las series revisadas (18,20).

Este hecho refleja el éxito de la atención sanitaria inmediata por los sistemas de emergencias prehospitalarios, pero en cierto modo genera un aumento en la gravedad de las secuelas, lo que plantea un auténtico reto para la sociedad (21,22) por el coste humano y económico que conllevan.

Hay que destacar que no ha sido objeto de nuestro estudio analizar la calidad de la asistencia prestada, ni tampoco la

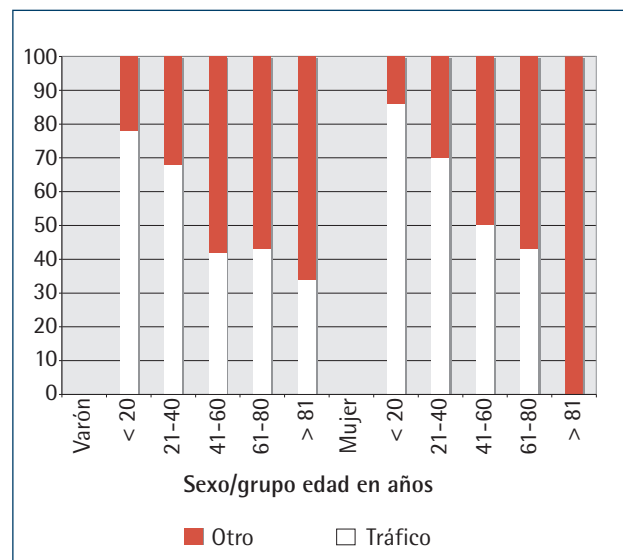


Figura 2. Grupos de edad de los TCE según sexo y etiología

supervivencia al alta a corto, medio o largo plazo de estos pacientes al no disponer de los estos datos hospitalarios.

Conclusiones

Los TCE constituyen una patología frecuente en la atención prehospitalaria. Son más habituales en varones entre los 21 y 40 años, la causa principal que los originan son los accidentes de tráfico y, aunque la mayoría son leves es necesaria una atención pormenorizada y ajustada a protocolos de actuación para determinar de forma precoz lesiones potencialmente graves que pueden llevar al pacientes a la muerte o generar secuelas graves. En dos de cada tres TCE existen otros traumatismos asociados, sin que esto suponga, en nuestro caso un aumento del número de muertes.

Desde el año 2008 asistimos a un descenso global en la incidencia del TCE (sobre todo por la reducción de los accidentes de tráfico), debido a las medidas de seguridad vial adoptadas; sin embargo se hace necesario adoptar medidas de prevención eficaces para disminuir el número de TCE en la población mayor de 60 años.

Bibliografía

- [1] Mar J, Arrospide A, Begiristain JM, Larrañaga I, Elosegui E, Oliva-Moreno J. The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. *BMC Neurol* 2011; 11:46.
- [2] Menon DK, Schwab K. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010; 91(11):1637-40.
- [3] Rehman T, Ali R, Tawil I, Yonas H. Rapid progression of traumatic bifrontal contusions to transtentorial herniation: A case report. *Cases Journal* 2008; 1:203.
- [4] Peden M. World Report on road traffic injury prevention: summary. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 1-53.
- [5] Heegaard W, Biros M. Traumatic brain injury emerg. *Med Clin N Am* 2007; 25:655-678.
- [6] Gómez PA, Lobato RD, Lagares A, Alén JF. Trauma craneal leve en adultos. Revisión de la literatura. *Neurocirugía* 2000; 11:351-363.
- [7] Grupo de Trabajo sobre la Medida del Impacto en Salud de las Lesiones por Traumatismos. Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social. Lesiones medulares traumáticas y traumatismos craneoencefálicos en España, 2000-2008. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2010.
- [8] Dirección General de Tráfico. [En línea] [fecha de acceso: 12 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.dgt.es/portal/es/seguridad_vial/estadistica/
- [9] Novoa AM, Pérez K, Santamariña-Rubio E, Mari-Dell'Olmo M, Ferrando J, Peiró R, et al. Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: a time-series study. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(11):2220-27.
- [10] Adekoya N, Thurman DJ, White DD, Webb KW. Surveillance for traumatic brain injury deaths: United States, 1989-1998. *MMWR Surveill Summ* 2002; 51(SS10):1-14.
- [11] Pulido J, Lardelli P, De la Fuente L, Flores VM, Vallejo F, Regidor E. Impact of the demerit point system on road traffic accident mortality in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(3):274-276.
- [12] The injury chart book. A graphical overview of the global burden of injuries. Department of Injuries and Violence Prevention Non-communicable Diseases and Mental Health Cluster. Geneva: World Health Organization; 2002. [En línea] [fecha de acceso: 12 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924156220X.pdf>
- [13] Kim J, Shin SD, Im TH, Kug JL, Ko SB, Park JO, et al. Development and validation of the excess mortality ratio-adjusted injury severity score using the International Classification of Diseases 10th edition. *Acad Emerg Med* 2009; 16(5):454-464.
- [14] Lagares Gómez-Abascal A. Atención inicial a los traumatismos neurológicos. *FMC* 2004;11(8):443-453.
- [15] Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, López AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(3):171-177.
- [16] Bullock R, Chesnut RM, Clifton G et al. Guidelines for the management of severe head injury: revision. *J Neurotrauma* 2000; 17:451-553.
- [17] Hofman PA, Nelemans P, Kemerink GJ, Wilmsink JT. Value of radiological diagnosis of skull fracture in the management of mild head injury: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68:416-422.
- [18] Cabrera Rayo A, Martínez Olazo O, Ibarra Guillén A, Morales Salas R, Laguna Hernández G, Sánchez Pompa MI. Traumatismo craneoencefálico severo. *Medicina crítica y terapia intensiva* 2009; 2:94-101.
- [19] Ruiz Bailén M, Fierro Rosón LJ, Ramos Cuadra JA, Serrano Córcoles MC, Hurtado Ruiz B, Díaz Castellanos MA, et al. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital comarcal. *Emergencias* 2000; 12:106-115.
- [20] Miguel García F, Fernández Quintana AI, Díaz Prats A. La atención en urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. *Informa SESPAS* 2012. *Gac Sanit* 2012; 26(1):134-141.
- [21] Muñoz-Céspedes JM, Paúl-Lapedriza N, Pelegrín-Valero C, Tirapu-Ustarroz J. Factores pronósticos en los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Neurol* 2001; 32:355-364.
- [22] Guía de manejo cognitivo y conductual en personas con daño cerebral. Elaboradas por el centro de Referencia estatal de Atención al daño cerebral. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; 2008. [En línea] [fecha de acceso: 12 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/433/Gui%CC%81a%20de%20Manejo%20Cognitivo%20y%20Conductual%20de%20Personas%20con%20Dan%CC%83o%20Cerebral.pdf>

¹ Begoña Pellicer García
² Raúl Juárez Vela
¹ David Delgado Sevilla
³ Luis Carlos Redondo Castán
⁴ José Ramón Martínez Riera
³ Emmanuel Echaniz Serrano

Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana

¹ Graduado/a en Enfermería por la Universidad San Jorge (Zaragoza).

² Profesor. Universidad de San Jorge (Zaragoza). Asociación de Enfermería Comunitaria. Vocal Aragón.

³ Vicedecano Grado en Enfermería. Universidad San Jorge (Zaragoza).

⁴ Profesor Titular. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

Dirección de contacto: rjuarez@usj.es

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato como "un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza". Para la sociedad es difícil comprender que este hecho pueda ocurrir, y en la población anciana no suscita la misma atención social como cuando se perpetra en la población infantil, sin embargo, su prevalencia es similar.

Los cambios sociales y económicos han contribuido a debilitar las redes familiares y comunitarias. Los equipos multidisciplinares que atienden a la población anciana están obligados a notificar e intervenir con las autoridades correspondientes, velando por los derechos humanos y fundamentales de los ancianos y proveer sus cuidados.

La prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos ronda en torno al 11,9%. Los presuntos perpetradores de estos malos tratos suele ser la propia familia de la víctima, ocurriendo en el domicilio familiar. Es un problema de gran magnitud, el cual no se puede ni se debe ignorar. Una gran limitación que se nos presenta es la inexistencia de escalas validadas, directas para diagnosticar un maltrato en los ancianos. La profesión enfermera tiene un papel importante en la detección del abuso, no solamente mediante la observación y valoración, sino además de reconocimiento por medio de entrevista tanto al paciente, cuidador como al entorno para determinar factores que puedan constituir un riesgo. La prevención tiene que orientarse hacia la familia, comunidad y entorno. La población ha de conocer los recursos disponibles y existentes.

Creemos que, con la posesión de la escala y junto con nuestros conocimientos y actitudes como profesionales de enfermería, nuestras actuaciones serán mucho más efectivas que en la actualidad.

Palabras clave: maltrato; anciano; abusos; prevalencia.

Abstract

Nursing action in the face of elder abuse

World Health Organization (WHO) has define abuse as "a single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person". Occurrence of such events is hard to understand by the community and, in elder population it does not result in the same social concern as in child abuse. Its prevalence is, however, similar.

Social and economical changes have contributed to current weakness of family and community supporting nets. Multidisciplinary care teams for elderly people must report abuse to authorities and intervene to preserve elderly fundamental rights and human rights and to provide appropriate care.

Prevalence estimation of suspected abuse in elderly people is about 11.9%. Most common suspected abuse perpetrators are victim's family members themselves, at home. This is an issue of great magnitude not to be neglected. Lack of validated direct scales allowing to diagnose elder abuse is a significant limitation. Nurses play a significant role in abuse detection, not only by means of observation and assessment, but also through interviews with patients, caregivers and other related individuals to recognize and assess potential risk factors. Prevention should be focused on family, local community and immediate surroundings. Lay people should be aware of available and existing resources.

We feel that availability of an appropriate scale added to our understanding and attitudes as nurses would make our current actions much more effective.

Key words: Abuse; elder; prevalence.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato como "un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza" (SEIT et al., 2011).

Para la sociedad es difícil comprender que este hecho pueda ocurrir, y en la población anciana no suscita la misma atención social como cuando se perpetra en la población infantil, sin embargo, su prevalencia es similar. Los cambios sociales y económicos han contribuido a debilitar las redes familiares y comunitarias que en otros tiempos habían servido de apoyo a la generación mayor.

Los equipos multidisciplinares que atienden a la población anciana están obligados a notificar e intervenir con las autoridades correspondientes ante los casos de sospecha, velando por los derechos humanos y fundamentales de los ancianos y proveer sus cuidados, eliminando los abusos tanto en el ámbito familiar como institucional.

Diversos autores publican en sus estudios que el maltrato en el anciano se relaciona con un aumento en la morbimortalidad, una disminución de su calidad de vida y con un elevado consumo de los recursos personales, sanitarios y sociales (Coma et al., 2007).

El autor Ruiz Sanmartín (Ruiz et al., 2001) estima que la prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos ronda en torno al 11,9% incluyéndose el maltrato físico, sexual, económico y psicológico, siendo los dos últimos los de mayor prevalencia.

Los presuntos perpetradores de estos malos tratos suele ser la propia familia de la víctima, ocurriendo en el domicilio familiar, aunque también pueden producirse en instituciones geriátricas tanto en ámbito público como privado. Sin embargo, la magnitud real del problema se desconoce, ya que es un tema tabú en la sociedad.

El maltrato puede ser intencionado o no, es decir, por ignorancia del perpetrador o sin plena conciencia de su acción y consecuencias. Genera un grave problema de salud pública y social. En la persona víctima de malos tratos se puede observar la presencia de alteraciones de las esferas física, psíquica y social.

Es un problema de gran magnitud, el cual no podemos ni debemos ignorar. Una gran limitación que se nos presenta es la inexistencia de escalas validadas, directas para diagnosticar un maltrato en los ancianos. Es competencia del personal sanitario conocer los indicadores de maltrato para notificarlos. La *American Medical Association* (Aravanis et al., 1993) recomienda que sea necesario introducir un cuestionario estandarizado para la detección de este problema en la práctica clínica diaria y evitar su paso inadvertido. Hay escalas que valoran el riesgo de

violencia, pero no una escala aplicada directamente a los ancianos donde pueda diagnosticarse la existencia de malos tratos.

Con la existencia de una escala validada se podrá precisar con mayor exactitud su prevalencia realizando estudios de investigación cuantitativos y cualitativos, que nos permitirá a los profesionales sanitarios conocer la epidemiología real del tema.

Los ancianos con mayor susceptibilidad son los que presentan patología mental, puesto que resulta muy complicado hacer un cuestionario mediante entrevista.

La profesión enfermera tienen un papel importante en la detección del abuso, no únicamente mediante la observación y valoración, sino además de reconocimiento por medio de entrevista tanto al paciente, cuidador como al entorno para determinar factores que puedan constituir un riesgo.

Valoración de enfermería ante la sospecha de maltrato en el anciano

En el maltrato a los ancianos, la enfermera/o deberá realizar una evaluación diferenciando seis áreas: historia y entrevista, valoración física, psicológica, de abuso sexual, de cuidados inadecuados y del abuso económico (Fernández et al., 2003).

Valoración inicial

El inicio de la valoración comenzará con:

- Una entrevista al anciano y al cuidador principal.
- La entrevista tiene que hacerse de forma individualizada, ya que en la realización de forma conjunta el anciano puede sentir miedo y temor a comentar el abuso que sufre por parte de su cuidador.
- Los profesionales debemos atender a las necesidades del paciente.
- La actitud del equipo multidisciplinar sobre la víctima marcará el grado de confianza, por ello es importante transmitir al anciano empatía, apoyo y confianza, respetando su intimidad y confidencialidad al máximo.
- Los profesionales sanitarios deben ser oyentes activos, reconocer los sentimientos de las personas y fomentar en los pacientes su libre expresión.
- Observar la relación afectiva entre anciano y cuidador.

Exploración física

La exploración física se realizará de forma sistemática. Se observará el aspecto y la apariencia general: la higiene del pa-

ciente, la ropa según la estación, la deshidratación y malnutrición.

- Cabeza y cuello: observar el estado bucal, la higiene, la existencia de lesiones, roturas de piezas dentales, etc.
- La piel: se evaluará de forma general y se prestará especial atención en zonas poco visibles como son las axilas, pies y abdomen. Se observará si existen lesiones, cortes, contusiones, úlceras por presión, deshidratación, etc. Hay que analizar la presencia de signos de negligencia como son úlceras por presión mal curadas, lesiones en la piel por incontinencia, etc.
- Tórax y abdomen: las fracturas en los ancianos son frecuentes debido a la osteoporosis, pero debemos descartar que no sean resultantes de contenciones mecánicas.
- Extremidades: diferenciar las lesiones y erosiones de lesiones venosas o isquemias arteriales. Valorar la movilidad de las extremidades.
- Exploración neurológica: analizar la posición que adopta el anciano. Vigilar la sedación, el habla incomprensible y los movimientos, ya que una sobremedicación pueden ser causa de ello.
- Durante la visita observaremos la existencia de una historia clínica extraña, conflictos relacionales entre anciano y cuidador, aumento del número de ingresos hospitalarios, cambios de médico frecuentes, miedo o temor del anciano al cuidador, disminución de la autoestima, estrés, ansiedad, depresión, aislamiento social, sentimientos de culpabilidad, incontinencias urinarias y fecales, trastorno del sueño, pérdida de peso y actitudes auto-destructivas.

Exploración psicológica y cognitiva

La evaluación psicológica se podrá realizar mediante escalas para diagnosticar síntomas como miedo, ansiedad, depresión mediante la escala de Yesavage, valoración del grado de dependencia del anciano mediante el cuestionario de Katz, el estado cognitivo mediante el mini examen cognoscitivo de Lobo (1979) o a través de la escala de Pfeiffer.

Valoración al cuidador principal

Es recomendable realizar una valoración de sobrecarga al cuidador principal mediante la escala de Zarit.

Ante la sospecha de abuso sexual, el anciano puede presentar enrojecimiento genital, dolor, prurito, lesiones en genitales, abdomen y muslos. Ante estas sospechas el equipo multidisciplinar deberá realizar pruebas de laboratorio y una valoración física exhaustiva para determinar la transmisión de enfermedades sexuales.

La enfermera puede sospechar de negligencias hacia el anciano cuando observe que este no recibe los cuidados deseados.

Una mala administración o gestión de los ingresos económicos y bienes del anciano pueden hacer sospechar y detectar posteriormente una situación de abuso hacia la persona mayor.

Una vez realizada la valoración se deberá registrar en la historia clínica todos los datos subjetivos, objetivos, localización de las lesiones incluyendo las explicaciones del paciente y cuidador ante una lesión.

Con frecuencia no se notifican los abusos, por lo que el papel de la enfermería ante una sospecha de maltrato consistirá en preguntar de forma directa al afectado y asesorarle sobre los recursos disponibles en su comunidad, y colaborar en la realización de partes médicos si fuese necesario, solicitando colaboración con el trabajador social.

Diagnósticos enfermeros relacionados con el maltrato en el anciano

Se plantean las siguientes etiquetas diagnósticas referidas a la taxonomía NANDA. Hay que recordar que la prevención del maltrato en la población anciana es multidisciplinar.

Deterioro de la interacción social (00052)

R/C ausencia de personas significativas, alteración de los procesos del pensamiento,

M/P interacción disfuncional con los demás, malestar en las situaciones sociales, incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social.

Disfunción sexual (00059)

R/C abuso psicosocial, abuso físico, vulnerabilidad, modelos del rol no eficaces,

M/P verbalización del problema.

Ansiedad (00146)

R/C cambios en la función del rol, asociación familiar y cambios en el entorno,

M/P expresión de preocupaciones debidas en acontecimientos vitales, angustia, temor, insomnio, agitación, preocupación, disminución de la habilidad para solucionar problemas, bloqueo del pensamiento, temor a consecuencias inespecíficas.

Desempeño ineficaz del rol (00055)

R/C modelo de rol inadecuado, baja autoestima, expectativas del rol poco realistas, violencia doméstica, conflicto, falta de recursos, estrés,

M/P alteración en las percepciones del rol, ansiedad, cambio de la autopercepción del rol, conocimientos deficientes, depresión, discriminación, violencia doméstica, falta de confianza, conflicto del rol, sobrecarga en el desempeño del rol.

Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)

R/C historia de violencia indirecta, historia de amenazas de violencia, historia de violencia contra otros, historia de conducta antisocial violenta, impulsividad y conducta suicida.

Prevención enfermera del maltrato en el anciano

La prevención debe orientarse hacia la familia, comunidad y entorno. La población tiene que conocer los recursos disponibles y existentes. Como profesionales, es necesario conocer e investigar el alcance real para combatirlo con efectividad.

La prevención enfermera irá orientada a:

- Detectar los casos de maltrato.
- Entrevistar y empatizar con los ancianos para que expresen sus sentimientos.
- Realizar programas de ayuda emocional hacia el anciano maltratado.
- Realizar charlas informativas y educativas a la población mayor.
- Coordinación multidisciplinar entre diferentes profesionales.
- Informar a la población de las instituciones tutelares y recursos sanitarios de la comunidad en la que residen y cómo acceder a ellos.
- Potenciar las relaciones intergeneracionales, para favorecer la solidaridad y rechazo hacia el maltrato.
- Ofertar recursos de apoyo disponibles en la comunidad.

Debemos preservar los derechos reflejados en la Constitución española (1978) como son: el derecho a ser informado, el derecho a tener cubiertas las necesidades básicas, el derecho a la confidencialidad y preservar las relaciones per-

sonales y los propios deseos. Además de estos, preservar los derechos fundamentales de todo ser humano, como son: el derecho a la dignidad, participación, autonomía y autodeterminación.

En España, en la I Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado, celebrado en Almería en 1995, se llega a la conclusión de que, el desconocimiento y la negación del problema dificultan la prevención y la intervención (Fernández et al., 2003).

Conclusiones

El papel de la enfermería es fundamental y necesario para identificar y tratar las situaciones de maltrato en el anciano, uno de los puntos más ocultos e infravalorados de estos pacientes.

Aparte de promover una formación específica a los profesionales sanitarios, en lo que respecta a los abusos en pacientes geriátricos, se hace patente la incorporación de al menos una escala validada a nivel nacional e internacional, para abordar este tipo de situaciones difíciles.

Creemos que con la posesión de la escala, junto con nuestros conocimientos y actitudes como profesionales de enfermería, nuestras actuaciones serán mucho más efectivas que en la actualidad.

Bibliografía

- Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, Fulmer TT, Holder E, Lachs M, et al. Diagnosis and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med*. 1993; 2(4):371-388.
- Biedma F, Izaguirre A. Enfermería ante la violencia de género. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria* 2005; 3(1):1-16. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_enfermeria/boletines/boletin_enfermeria1-2005.pdf
- Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde Atención Primaria. *Gac Sanit* 2007; 21(3). [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112007000300010&script=sci_arttext&tlng=en
- Coma M, Muñoz J, Orfila F, Tabueña M. Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores. Barcelona: Fundació Viure y Conviure; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.inforesidencias.com/docs/guia_malos_tratos_viure_conviure.pdf
- Fernández M, Bas P, Díaz M. Maltrato en situaciones de dependencia. En: Mayán Santos JM. *Enfermería en cuidados sociosanitarios. Serie Cuidados Avanzados*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. p. 101-151.
- González AA, Macías J. Maltrato doméstico: plan de cuidados de enfermería. *Nure Investigación* 2006; 23. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/Protocolo_23.pdf

- Kessel H, Marín N, Maturana N. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31:367-372. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://www.insp.mx/geriatria/acervo/pdf/almeria-declaracion-01.pdf>
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Rodríguez E, Olivera A, Garrido RJ, García R. Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, La Habana vieja. Rev Cubana Enfermer 2002; 18(3):144-153. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf03302.htm
- Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Aten Primaria 2001; 27(5):331-334. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v28n05a11000071pdf001.pdf>
- Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Iborra I, et al. European report on preventing elder maltreatment [monografía en Internet]. Copenhague: World Health Organization; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 14 de mayo de 2013]. URL disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Portal líder en información para estudiantes y profesionales de Enfermería



Test de enfermería Pack de revistas aulaeir
Apuntes **Comunidad Metas** Tienda on line
auladae Información de estudiantes aulaope
Diario Dicen Ofertas de empleo Congresos

www.enfermeria21.com

¹ Marta Fernando Martínez

² Alfredo González Polo

³ Raúl Juárez Vela

Prevalencia y factores de riesgo asociados a las UPP en pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica

¹ Graduada en Enfermería por la Universidad San Jorge (Zaragoza).

Dirección de contacto: alu.05344@usj.es

² Graduado en Enfermería por la Universidad San Jorge (Zaragoza).

³ Tutor académico. Universidad San Jorge (Zaragoza).

Resumen

Introducción: la investigación de las úlceras por presión (UPP) en los ancianos es un tema relevante en el mundo sanitario, ya que conllevan un gasto sociosanitario y un empeoramiento en su calidad de vida.

Objetivos: determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a las UPP en pacientes institucionalizados en una residencia geriátrica.

Material y métodos: la muestra la constituyen pacientes con un nivel de asistencia elevado e ingresados en una residencia geriátrica. Se realiza un estudio descriptivo trasversal para conocer la prevalencia de UPP y las características de la muestra. Se estudian como variables los factores que pueden influir en la aparición de UPP.

Resultados: se obtiene una prevalencia del 19,5%. Los factores de riesgo esperados son la edad, inmovilidad, incontinencia, entre otros.

Conclusión: es importante conocer los factores de riesgo para poner en práctica correctas medidas de prevención.

Palabras clave: úlceras por presión (UPP); ancianos; factor de riesgo; residencias de ancianos; prevención.

Abstract

Prevalence and risk factors associated to PU in patients institutionalized in a geriatric residence

Introduction: Scientific research about pressure ulcers (PU) in the geriatric population is a relevant issue in the sanitary world because they involve increased social-sanitary costs and a worsening in the quality of life.

Objectives: To determine the prevalence and risk factors associated with PU in institutionalized patients in a geriatric institution.

Material and methods: The sample consists of patients with high level of assistance that are admitted to a geriatric institution. We performed a descriptive study to determine the prevalence of PU and the characteristics of the sample. Variables are the main factors related with PU.

Results: The prevalence of PU in our study is 19.5%. Risk factors of PU expected, after the bibliographic review are age, immobility, incontinence, for example.

Conclusion: It is important to know the risk factors in order to implement a correct prevention.

Key words: Pressure ulcers; elderly; risk factors; geriatric institution; prevention.

Introducción

Actualmente, la investigación científica en lo relativo a las úlceras por presión (UPP) en población geriátrica es un tema muy relevante en el mundo sanitario. En concreto, el análisis y la búsqueda de los factores de riesgo de aparición y de las medidas preventivas y de tratamiento son los puntos más discutidos.

Las UPP constituyen, por tanto, un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados (1). La prevalencia reportada a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2002, estaba entre el 5 y 12% (2), mientras que la incidencia sigue siendo alta, situándose en torno a un 55% en 2004 (3).

En 2005 se llevó a cabo el Segundo Estudio Nacional sobre Prevalencia de UPP en España (4), con una estimación de prevalencia media del 9,11% en centros de atención primaria, un 8,91% en hospitales y un 13% en residencias geriátricas. Ambos estudios concluyen destacando que las UPP siguen siendo, todavía, un importante problema de salud pública que afecta de manera primordial a las personas mayores.

En cuanto a su repercusión sobre la mortalidad, se ha reportado que la presencia de UPP en el anciano supone entre cuatro y seis veces más riesgo de muerte (5). En España, el estudio de Anaya et al. (6), del año 2000, señala una mortalidad de un 41,9% en el periodo de un año, entre pacientes geriátricos con UPP ingresados en un hospital público andaluz.

Por otra parte, cabe destacar que la presencia de UPP tiene importantes repercusiones personales, éticas, legales y socioeconómicas para el sistema de salud y para el país, convirtiéndose así en un problema de salud pública. A nivel personal, empeora la calidad de vida del individuo y de la familia, con repercusiones negativas sobre la salud y a nivel psicológico. Además, suponen una fuente importante de gasto económico, a nivel individual y para el sistema sanitario, con una prolongación de la estancia hospitalaria, un incremento en los costes del tratamiento, etc. (7).

En contraste con las consecuencias anteriormente expuestas que las UPP traen consigo, numerosos estudios a nivel internacional han demostrado que la mayoría de las UPP que presentan los pacientes son evitables, como un estudio realizado en el Hospital de Navarra en el año 2000 (8) que sostiene que el 95% de las UPP son prevenibles con medidas como la aplicación de escalas de valoración temprana del riesgo de desarrollo de UPP. Por tanto, según numerosos estudios (9,10), la presencia de UPP supone un fracaso para el sistema de salud, ya que la denominada "epidemia bajo las sábanas" es prevenible en casi la totalidad de los casos.

Por todo ello, la prevención de las UPP se convierte en un tema de interés para los profesionales y se ha definido como uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfer-

mería, puesto que determina la efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud.

La importancia del papel de enfermería en el desarrollo y evolución de la UPP es un hecho. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en el estudio publicado en 2010 en el *Journal of Gerontological Nursing* (11), en el que se destaca la mayor prevalencia en la población geriátrica de UPP y la importancia de la enfermería en el reconocimiento de los pacientes de riesgo, así como la puesta en marcha de medidas preventivas y de tratamiento. Concluye que es imprescindible la adecuada formación de los profesionales enfermeros sobre UPP.

Por otra parte, en este contexto, en las últimas décadas, surgen numerosos estudios (12,13) con la finalidad de identificar los factores que están implicados y son determinantes en el desarrollo de las UPP. En la vejez, como se ha mencionado, la incidencia de UPP aumenta, debido al aumento considerable del número de factores de riesgo. Su aparición depende de una compleja interacción entre un conjunto de factores relacionados con el paciente así como factores extrínsecos al paciente. Por ejemplo, en el artículo de 2005 de Domini et al. (14,15), se defiende que, el desarrollo de las UPP es multifactorial pero, en ancianos previamente identificados como vulnerables, la intervención nutricional juega un papel fundamental. Concretamente, la dieta baja en contenido proteico es un factor predictor independiente del desarrollo de UPP.

En la misma línea, el estudio llevado a cabo por Martínez et al. (16), publicado en 2008, defiende que el deterioro del estado nutricional influye en la aparición de úlceras por presión. Además, como otros factores de riesgo la edad superior a 65 años y la estancia mayor de 20 días.

Por otra parte, otros estudios plantean otros factores de riesgo asociados a las UPP. Allman et al. (17) mencionan como factores principales la actividad y movilidad reducidas, incontinencia, estado nutricional deficiente y alteración del estado de conciencia. Concluye mencionando que hay una importante variabilidad en la incidencia y prevalencia de las UPP entre las distintas instituciones.

Por último, en el estudio de Lobo (18) se plantean factores de riesgo asociados al desarrollo de UPP novedosos y basados en determinaciones analíticas, como la existencia de linfopenia, niveles bajos de albúmina sérica y hemoglobina. También defiende la influencia de otros factores más clásicos, como la inmovilidad o la humedad.

En este contexto de publicaciones científicas, se hace evidente que, tal y como se afirma en un artículo de la revista *American Journal of Critical Care* de 2011 (19), que el primer paso hacia la prevención de las UPP es la determinación de los factores que constituyen un riesgo. Aunque muchos factores de riesgo han sido identificados de forma empírica, to-

davía no existe un consenso en los factores de riesgo más determinantes a tener en cuenta. Para ello son esenciales los estudios epidemiológicos sobre las UPP, ya que el conocimiento y posterior difusión de los datos es una herramienta básica, además de para la adecuación de su impacto, como piedra angular para el diseño de políticas sanitarias orientadas a su prevención y adecuada atención.

Por todo lo anteriormente descrito, un estudio como los citados podría proporcionar mayor protagonismo al tema de las UPP, y gracias a él se podría crear un impacto en la población sanitaria, para tomar conciencia de la realidad de la situación y poder enfocar mejor los planes de cuidados y aplicar actividades de mejora.

Objetivos

El objetivo principal fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la aparición de UPP en pacientes institucionalizados en la Residencia geriátrica IASS Movera de Zaragoza en noviembre de 2012.

Objetivos secundarios:

- Realizar un estudio descriptivo sobre las características de la muestra a estudio: edad, sexo, peso, comorbilidad, otros tratamientos, estado de autonomía, movilidad, tiempo de internado, antecedentes previos de úlceras, estado nutricional, etc.
- Realizar un estudio descriptivo sobre las características de las UPP: localización, grado, superficie tipo de tejido, presencia de infección y tratamiento llevado a cabo (apósito, frecuencia de las curas).

Material y método

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a la normativa ética internacional para investigaciones médicas de la Declaración de Helsinki (20) y, en el ámbito estatal sanitario, respetando lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos. Se pidió el consentimiento a la institución geriátrica y posterior aprobación del Comité Ético de investigación (CEICA).

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal, ya que se recogen los datos en cuanto a frecuencia y distribución de una serie de variables en un momento puntual (diciembre 2012-febrero 2013). La finalidad es conocer la prevalencia de las UPP, las características de la muestra y la formulación de hipótesis etiológicas.

Para la realización del estudio se decidió analizar por una parte una serie de variables generales de la muestra total y por otra parte unas variables específicas en aquella parte de la muestra que presentó UPP:

- Variables generales: edad, sexo, tiempo de estancia en la residencia, IMC, patología de base y tratamiento base, riesgo de formación de UPP según la escala de Norton, grado de movilidad, grado de actividad, grado de dependencia de las ABVD evaluado con la escala de Barthel, grado de deterioro cognitivo, estado nutricional, presencia de incontinencia urinaria o fecal, uso de pañal, diabetes, utilización de medidas preventivas y presencia de UPP en el momento del estudio.
- Variables específicas en pacientes con UPP: antecedentes de úlcera previa, grado de UPP, localización de UPP, tiempo de evolución de UPP, complicaciones de UPP y presencia de infección.

Población y muestra

La población a estudio fueron los pacientes institucionalizados en residencias geriátricas de larga estancia en Zaragoza en los meses de diciembre de 2012, enero y febrero de 2013. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión: pacientes internados en la Residencia geriátrica Movera en diciembre de 2012, enero y febrero de 2013.

Criterios de exclusión:

- Pacientes independientes, autónomos, que requieren una mínima asistencia sanitaria.
- Pacientes con historia clínica no accesible.

Análisis estadístico

Para la realización de la base de datos, los gráficos y el estudio descriptivo y analítico se utilizaron el programa Microsoft Excel 2003 y SPSS 18.0 para Windows.

Los resultados descriptivos se expresaron en forma de media aritmética y mediana, con desviaciones estándar y rangos.

Resultados

Tras la aplicación de los criterios establecidos se consiguieron recoger datos de 41 pacientes. Los resultados que se exponen son los pertenecientes a este tamaño muestral.

La prevalencia de pacientes de la muestra que padecían UPP en el momento del estudio fue del 19,5%, lo cual quiere decir que ocho de los pacientes tenían al menos una UPP (Ver Gráfico 1).

Se valoró también la prevalencia de UPP en la residencia al completo, siendo esta del 6,20%.

Tal y como se muestra en el Gráfico 2, el porcentaje de mujeres (66%) es superior al de hombres (34%).

La edad media de los pacientes institucionalizados es de 85,98 años, siendo la edad más frecuente 81 años. El rango de edad oscila entre los 59 y los 99 años, existiendo únicamente un paciente menor a 65 años, por lo que se trata de pacientes geriátricos de edades avanzadas (Ver Gráfico 3).

Por otra parte, se calculó un tiempo medio de estancia de 6,33 años (mínimo ingreso de dos meses y máximo ingreso de 24 años).

En el Gráfico 4 se puede apreciar la patología de base que presenta la muestra, siendo la más habitual los trastornos psiquiátricos (17%), entre ellos el deterioro cognitivo y demencia. También son frecuentes la hipertensión arterial (12%), los problemas osteomusculares (10%) y los problemas digestivos (9%). Prestando especial atención a la diabetes como posible factor de riesgo, se encontró que un 36,6% de la muestra la constituyen pacientes diabéticos.

En cuanto al tratamiento de base de la muestra es interesante destacar que el 88% de los pacientes toman fármacos psiquiátricos (sedantes entre los más frecuentes), el 44% toman laxantes y el 29% diuréticos. Solamente un 5% recibe tratamiento con corticoides en el momento del estudio. Se han analizado estos fármacos en concreto por su posible asociación con una mayor prevalencia de UPP.

Por otra parte, el Gráfico 5 muestra el índice de riesgo de Norton de formación de UPP. Esta variable se ha podido extraer de 29 historias, siendo lo más frecuente el alto riesgo (43,9%), con respecto al moderado riesgo (14,6%) y al bajo riesgo (12,2%).

En las Tablas 1 y 2 y sus correspondientes gráficos (Gráficos 5 y 6) se hace referencia al estado de movilidad y actividad de los pacientes. La mayoría de los ancianos posee una movilidad muy limitada (46,3%) y precisa silla de ruedas para desplazarse (51,2%).

La mayoría de la muestra posee una dependencia total para la realización de las actividades de la vida diaria (ABVD) (61%) y solo un 12% de los pacientes son totalmente independientes para realizar por sí mismos estas actividades. Se debe recordar que se trata de pacientes asistidos (Ver Gráfico 8).

Con respecto al deterioro cognitivo, hubo un claro predominio de pacientes desorientados, apáticos o pasivos (65,9%).

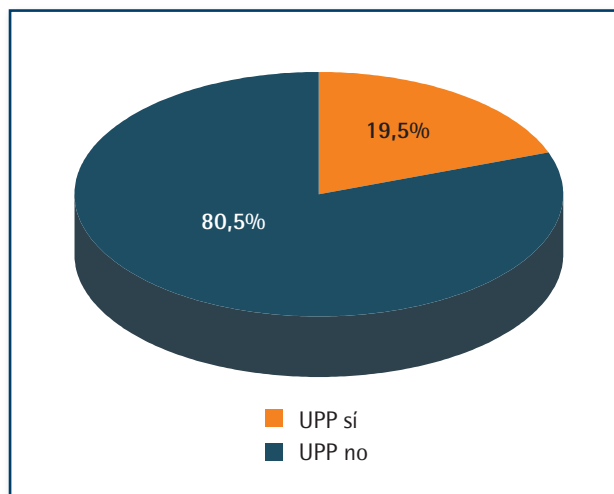


Gráfico 1. Prevalencia de UPP en la muestra

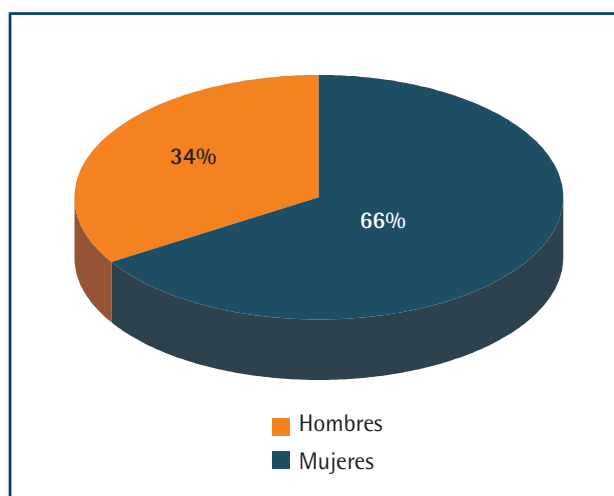


Gráfico 2. Distribución porcentual de sexo en la muestra

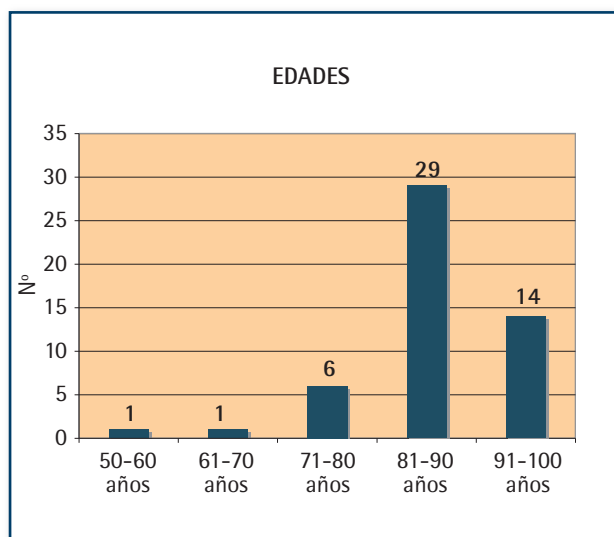


Gráfico 3. Clasificación por grupos de edad

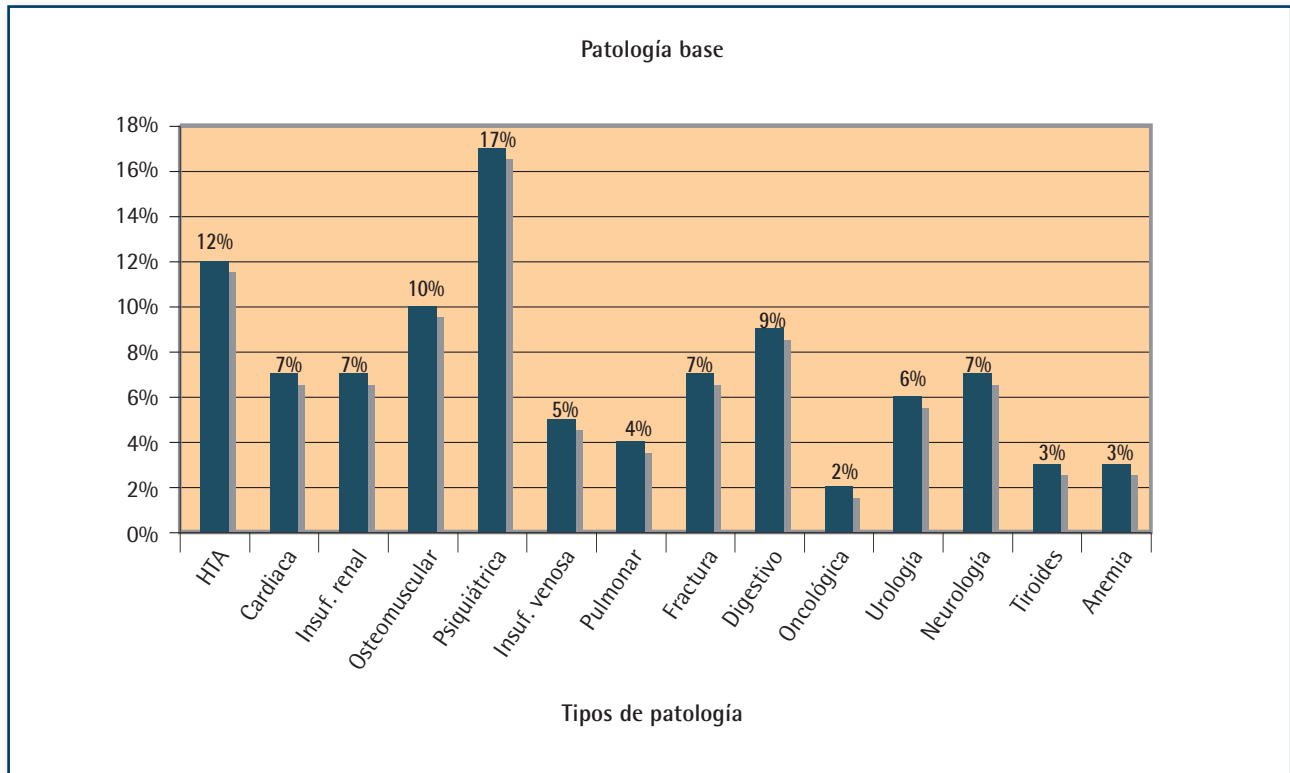


Gráfico 4. Distribución porcentual de patologías en la muestra

Movilidad	Frecuencia	%
Sin limitación	7	17,1%
Ligeramente limitado	12	29,3%
Muy limitado	19	46,3%
Completamente limitado	3	7,3%
Total	41	100%

Actividad	Frecuencia	%
Camina	4	9,8%
Camina con ayuda	9	22%
Silla de ruedas	21	51,2%
Encamado	7	17,1%
Total	41	100%

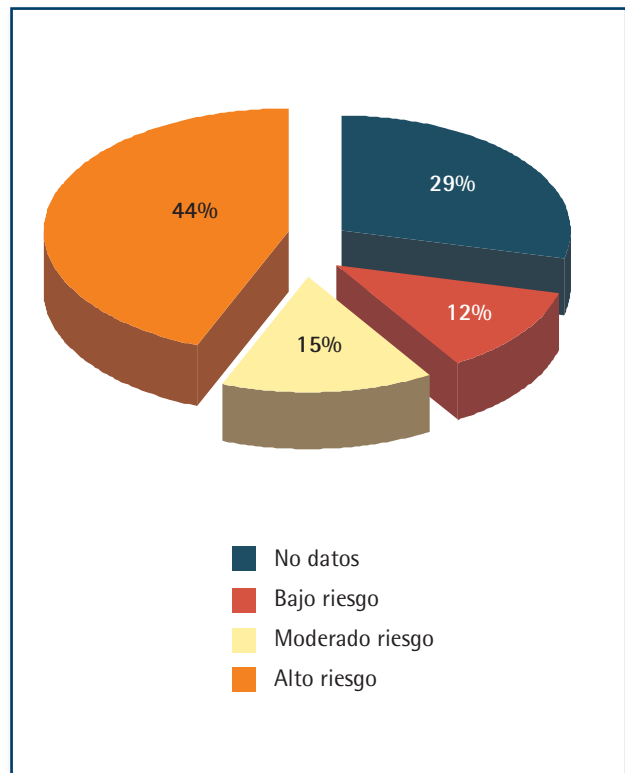


Gráfico 5. Índice de Norton de riesgo de formación de UPP en la muestra

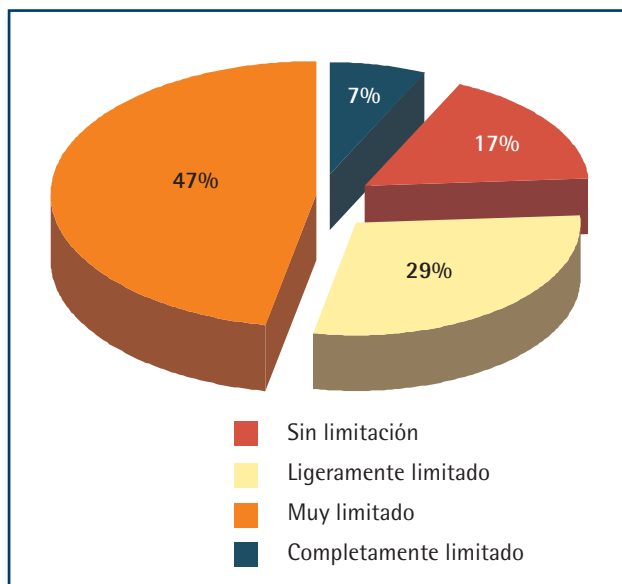


Gráfico 6. Distribución de la muestra según su movilidad

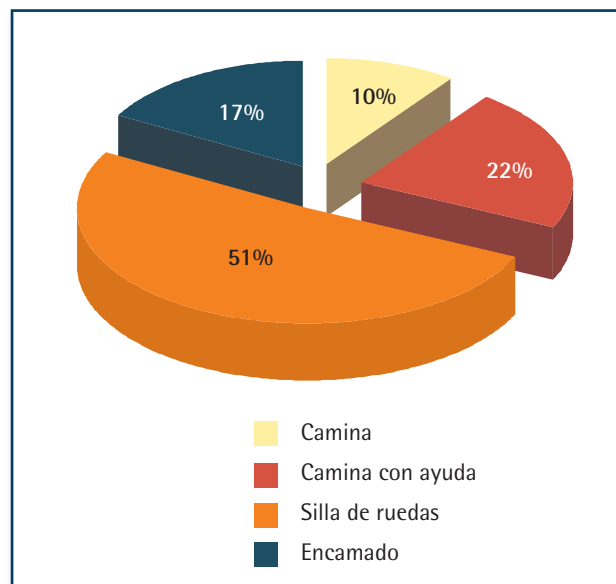


Gráfico 7. Distribución de la muestra según su actividad

La muestra la constituyen en gran medida pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo, tal y como se muestra en la siguiente tabla de frecuencias (Ver Tabla 3).

Se observó que la mayoría de la muestra presenta alguna incontinencia, ya sea urinaria o fecal, o doble (65,9%) (Ver Gráfico 9). Llama la atención que el 92% de la muestra usa pañal, lo cual puede ser explicado por su empleo de manera preventiva.

En cuanto al aspecto nutricional, cabe destacar que el 19,5% de la muestra recibe suplementos nutricionales proteicos.

En lo referente al uso de medidas preventivas frente a la formación de UPP, se halló que en la gran mayoría de los pacientes (80,5%) se instauraban de manera rutinaria.

En cuanto al análisis descriptivo de las UPP encontradas en la muestra destaca que:

- Se ha mencionado que un 19,5% de los pacientes (8/41) presenta UPP en el momento del estudio. El número total de UPP es once, debido a que un paciente tiene tres, y otro dos.
- De los ocho pacientes, en el 87,5% de los casos consta como antecedente médico la presencia de UPP previas. La mayoría de UPP, tal y como se muestra en los Gráficos 10 y 11, se localizan en el sacro (45,45%) y son de grado 2 (63,6%). El tiempo medio de evolución es de 8,7 meses (rango 2-21 meses). La mayoría del tejido era epitelial (41,66%), seguido de piel íntegra (25%), tejido de granulación (16,66%) y de esfacelos y tejido necrótico (ambos 8,33%). Solamente un 9% de las UPP tenían secreción en el momento del estudio.

No se constata presencia de dolor en ningún caso y solo un 18% de las UPP presentaban infección.

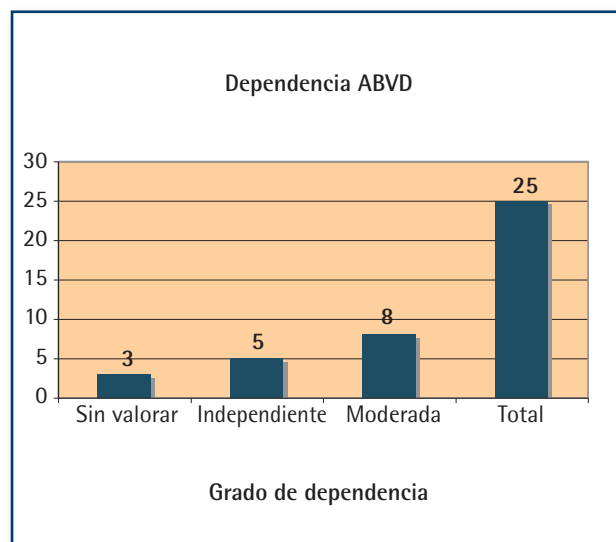


Gráfico 8. Distribución de la muestra en función del grado de dependencia ABVD

Tabla 3. Deterioro cognitivo en la muestra

Deterioro cognitivo	Frecuencia	%
Coma, estuporoso	0	0%
Letárgico, confuso	6	14,6%
Desorientado, apático, pasivo	27	65,9%
Consciente, alerta, orientado	8	19,5%
Total	41	100%

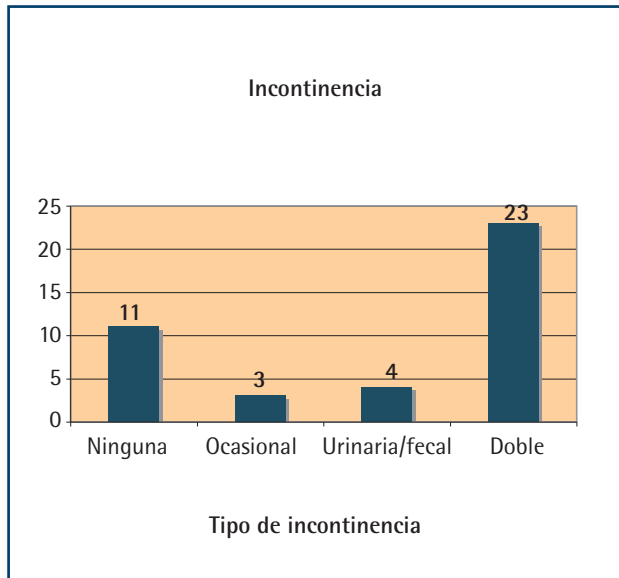


Gráfico 9. Distribución de tipos de incontinencia

Discusión

En el presente estudio se observa una prevalencia de UPP en la muestra del 19,5% y en la residencia en general del 6,20%. Estos datos se asemejan a los revisados en la literatura, con porcentajes entre el 5 y el 20%.

En cuanto a la muestra del estudio es importante destacar que se trata de ancianos con una elevada edad media, pluripatológicos y con múltiples tratamientos y altos niveles de dependencia e inmovilidad, todo ellos factores que condicionan la presencia de las UPP.

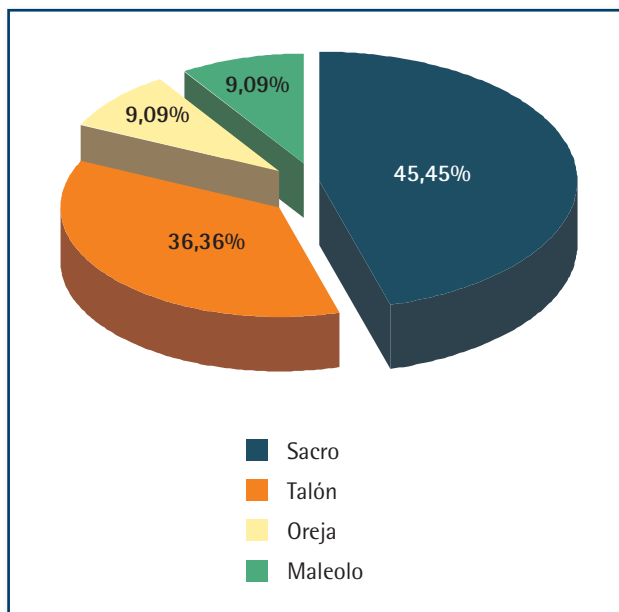


Gráfico 10. Localización de las UPP presentes

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, surgieron dificultades a la hora de elegir el centro en el que recoger los datos. Por consideraciones éticas y legales, parecía más factible recoger los datos en un centro en el que el personal fuera conocido y donde una de las autoras hubiera estado involucrada en la atención sanitaria: el Centro Residencia de Movera cumplía estas características. Quizá en un ambiente de Unidad de Cuidados Intensivos hospitalaria o en servicios de Medicina Interna hubiera encontrado mayor prevalencia de úlceras y factores de riesgo asociados, pero por contra en Movera hubo mayor facilidad de acceso a las historias y al personal sanitario.

Por otra parte, debido a las limitaciones de tiempo de la realización del proyecto, no se pudo valorar la totalidad de los pacientes institucionalizados en la residencia. Sin embargo, pareció lógico considerar como muestra las dos plantas de pacientes asistidos, que constituyen un cuarto de la población de la residencia. Los pacientes excluidos de la muestra no necesitaban ningún tipo de asistencia, por lo tanto se dedujo que la prevalencia de UPP sería mínima y tendría menor interés para el estudio.

En cuanto a la recogida de datos, ha habido dificultades debido a que no todos los datos de las historias se encuentran informatizados, ya que el programa informático es de reciente implantación. Además hay algunos datos como la talla que no se encuentran disponibles en muchos pacientes, impidiéndome la valoración del IMC de los pacientes. Así mismo, la intención de los autores era utilizar escalas internacionalmente reconocidas como la escala de valoración de la dependencia de Barthel, pero en la residencia usaban una escala de dependencia propia a la que se han ajustado.

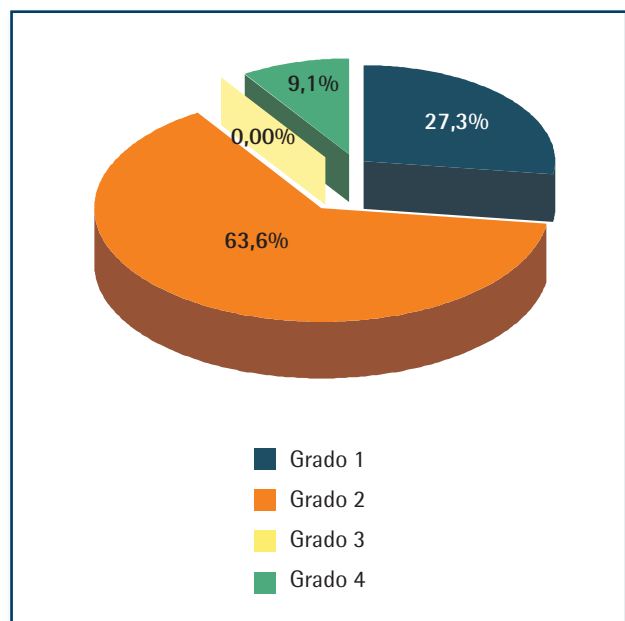


Gráfico 11. Grado de las UPP presentes

Futuras líneas de investigación

Parece lógico pensar que es importante seguir investigando acerca de este tema porque se ha demostrado que las UPP tienen importantes repercusiones en diferentes ámbitos: en la salud y en la calidad de vida de quienes la padecen, en sus cuidadores, en el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidad legal al ser considerado en muchas situaciones como un problema evitable.

Los estudios epidemiológicos sobre las UPP deberían llevarse a cabo periódicamente en las instituciones sanitarias porque el conocimiento y posterior difusión de los datos es una herramienta básica como piedra angular para el diseño de políticas sanitarias orientadas a su prevención y adecuada atención. Además debe ser entendida como una medida básica de calidad de la asistencia sanitaria en cada institución, como la propia OMS reconoce (21).

Conclusiones

Las UPP en el paciente anciano son un importante problema sociosanitario, económico y de calidad de vida, además de un indicador de la calidad de la labor asistencial.

La valoración de los resultados obtenidos en este estudio supone una herramienta para conocer la situación actual y en nuestro medio de un problema de salud tan importante como son las UPP.

La prevalencia de las UPP en este estudio es del 19,5% en los pacientes asistidos y de un 6,20% en la totalidad de la residencia geriátrica. Estas cifras son similares a las de la literatura revisada.

La muestra analizada se caracteriza por presentar una edad avanzada (con los consiguientes cambios fisiológicos que implica), pluripatología (con predominio de la psiquiátrica), polimedicación y un alto nivel de dependencia, inmovilidad, deterioro cognitivo e incontinencia. Todas estas condiciones se plantean como posibles factores de riesgo de aparición de UPP.

La valoración de los factores de riesgo es imprescindible para orientar las acciones preventivas frente a las UPP, acordes a las características del paciente y explotando al máximo los recursos materiales y humanos disponibles.

Es necesario establecer protocolos de prevención y detección precoz de las UPP en población anciana, basados en la evidencia, y con el fin de mejorar la calidad de la asistencia sociosanitaria.

Bibliografía

- [1] Panagiotopoulou K, Kerr SM. Pressure area care: an exploration of gred nurses' knowledge and practice. *J. Adv. Nurs.* 2002; 40(3):285-296.
- [2] Cantún UF. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. *Rev Enferm IMSS* 2005; 3(3):147-152.
- [3] Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico* 2004; 42(2):73-80.
- [4] Soldevilla JJ, Torra J, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos* 2006; 17(3):154-172.
- [5] Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. *Gerokomos* 2003; 14(4): 212-226.
- [6] Anaya J, Cañas M, Domínguez A, Sepúlveda A, López MP, Moreno S, Bujalance J, Alcaide A, Rodríguez A, Reyes AM, Vallejo J. Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. *Gerokomos* 2002; 11(2):102-110.
- [7] Lago ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de geriatría. *Gerokomos* 2007; 18(3):135-139.
- [8] Silvestre C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el Hospital de Navarra. *An Sist San Navarra* 2000; 22(3):401-406.
- [9] Verdú J, López P, Fuentes G, Torra i Bou JE. Evaluación sobre el impacto clínico y económico de un protocolo de prevención de UPP en los talones en una unidad de medicina interna. *Rev ROL Enferm* 2004; 27(9):60-64.
- [10] Papanikolaou P, Clark M, Lyne PA. Improving the accuracy of pressure ulcer risk calculators: some preliminary evidence. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39(2):187-194.
- [11] Plawewski LH, Amrhein DW, Zortman T. Under pressure: nursing liability and skin breakdown in older patients. *J Gerontol Nurs.* 2010; 36(2): 23-25.
- [12] Lobo A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2008; 11(3):405-418.
- [13] Reddy M, Gill SS, Rochon P. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 2006; 296(8):974-984.
- [14] Donini LM, De Felice MR, Tagliaccica A, De Bernardini L, Cannella C. Nutritional status and evolution of pressure sores in geriatric patients. *J Nutr Health Aging* 2005; 9(6):446-454.
- [15] Donini LM, De Felice MR, Tagliaccica A, De Bernardini L, Cannella C. Comorbidity, frailty, and evolution of pressure ulcers in geriatrics. *Med Sci Monit.* 2005; 11(7):CR326-336.
- [16] Martínez N, Llerena M, Reyes SM, Vignier D, Fernández M. Úlcera por presión y estado nutricional en el paciente grave en el hospital naval. *Rev Cub Med Int Emerg* 2008; 7(1):1009-19.
- [17] Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. *Clin Geriatr Med.* 1997; 13(3):421-436.
- [18] Lobo A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. *Opus Cit.* p. 21.
- [19] Cox J. Predictors of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. *Am J Crit Care* 2011; 20(5):364-375.
- [20] Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 2008.
- [21] WHO. The role of PA in healthy aging gene. Geneve: WHO; 1998.

Nutrición y Dietética
108,67 €
Añadir al carrito

Pulsómetro Prestige Medical 450
69,87 €
Añadir al carrito

Monitor inteligente para bebés
121,21 €
Añadir al carrito

Módulo de Enfermería Comunitaria CALL'S
125,45 €
Añadir al carrito

Fonendo Littmann Select
39,72 €
Añadir al carrito

Osciloscopio Mini Oscilo
15,28 €
Añadir al carrito

Todo lo que el profesional de enfermería
necesita al alcance de un clik

<http://tienda.enfermeria21.com>

II JORNADA AEC-EVES

DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN TIEMPOS DE CRISIS: RETOS, FORTALEZAS Y RIESGOS

Valencia, 24 de mayo de 2013

Con el objetivo de ofrecer a las enfermeras comunitarias interesadas, y muy en particular a los/as socios/as, una jornada con contenidos científicos actuales sin coste económico para las personas inscritas, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) ha organizado y celebrado en Valencia, de forma gratuita, la II Jornada AEC-EVES: "Desafíos de la enfermería comunitaria en tiempos de crisis: retos, fortalezas y riesgos".

La sede ha sido la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), en la Sala de Conferencias, y retransmitiéndose la misma por videoconferencia a dos aulas más (aulas 1.1 y 1.2), para alrededor de 150 asistentes.

La EVES facilitó el material técnico y audiovisual necesario para el desarrollo del evento. Se dispuso de cuantos medios fueron precisos, desde ordenadores, cañones proyectores, equipos de sonido, recursos humanos técnicos, micrófonos inalámbricos, etc., contando igualmente con la disponibilidad de personal de la Secretaría del Plan de Formación de la EVES que colaboró tanto en la preparación de los materiales de entrega como en labores de inscripción junto con socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria.

La Jornada fue grabada íntegramente por la EVES para su publicación en la web. Se habilitará, igualmente, un enlace a la página de la AEC para acceder a dicha grabación y a los contenidos desarrollados en la Jornada. Esta jornada se solicitará de nuevo para el próximo año 2014 (III Jornada AEC-EVES de Enfermería Comunitaria).

Entidades organizadoras

Las entidades organizadoras han sido:

- Vocalía de la Asociación de Enfermería Comunitaria en la Comunitat Valenciana, sociedad científica decana de la Enfermería Comunitaria en España, impulsora, dinamizadora y protagonista de la actual Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), como organismo que ordena, planifica y desarrolla la formación de los/as nuevos/as especialistas en la Co-

munidad Valenciana.

Las entidades colaboradoras principales han sido:

- Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA).
- Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.
- Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante, Castellón y Valencia.
- Universitat de València. ADEIT.

Composición de las mesas y conclusiones

Mesa inaugural

- D. Guillermo Ferrán Martínez. Director General de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.
- Dña. Pilar Viedma Gil de Vergara. Directora de la EVES.
- D. José Ramón Martínez Riera. Presidente Nacional de la AEC.

Ponencia inaugural: Práctica avanzada en EFyC, ¿mito o posibilidad?

Modera: Dña. Maribel Mármol López. Enfermera comunitaria. Departamento Valencia La Fe. Vocal de la AEC Comunitat Valenciana. Profesora de Salud Pública y Enfermería Comunitaria de la Universidad CEU-UCH.



Ponente: D. Enrique Castro Sánchez. Enfermero de Práctica Avanzada VIH/SIDA e ITS, Imperial College Healthcare NHS Trust. Enfermero investigador, Departamento de enfermedades infecciosas y comportamiento, Centro Nacional de Prevención y Manejo de Infecciones, Imperial College. Profesor de Salud Pública y Promoción de la Salud, The Open University, Londres (Reino Unido).

Conclusiones

- En la situación actual han surgido, añadidas a las necesidades asistenciales, nuevas necesidades sociosanitarias derivadas de la cronicidad, la complejidad y la comorbilidad, a las que el sistema sanitario debe dar respuesta.
- En este escenario es importante la definición de las competencias de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España a la vez que, evaluar, la necesidad de un nuevo modelo de cuidados y el rol de cuidados enfermeros en Práctica Avanzada.
- A través de la experiencia en Reino Unido, se evidencia cómo las competencias necesarias y las características específicas vienen dadas por el contexto o país en el que la enfermera esté acreditada para trabajar.

Mesa redonda: Unidades multiprofesionales de AFyC

Modera: Dr. D. Antonio Ruiz Hontangas. Jefe de Área. Secretaría Autonómica del AVS. Conselleria de Sanitat.

Participan:

- Dña. Clara Pérez Ortiz. Jefa de Estudios de la UMAFyC de Alicante. COHESIÓN E INTEGRACIÓN COMO EQUIPO.
- Dña. Araceli Martín Mateo. UMAFyC de Castellón. TUTORIZACIÓN EIR: LA CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS TUTORES EN ÁMBITOS ESPECIALES.
- Dña. Esmeralda Ferrándiz de Córdoba. EIR 2º año. Centro de Salud Paterna. Valencia. OPORTUNIDADES QUE SUPONE LA NUEVA ENFERMERA ESPECIALISTA EN LA ESTRUCTURA SANITARIA.

Conclusiones

- Es necesario seguir trabajando y progresando incansablemente, apoyando siempre la multidisciplinariedad de la unidad docente pero en equilibrio con to-

das las profesiones que la integran de forma continua, integrada y longitudinal.

- La formación del especialista en EFyC propicia un perfil profesional de reconocimiento de habilidades intelectuales, desarrollo de actitudes y valores considerados valiosos, capaces de, en un ambiente colaborativo, desempeñar actuaciones autónomas en diversidad de ámbitos propiciando cambios en las estructuras conceptuales tradicionales.
- Estamos en un momento crucial para la Enfermería y hemos de aprovechar la oportunidad que nos brinda la especialidad para establecer el mayor nivel competencial y de calidad en nuestro trabajo. Los residentes ejercen un papel dinámico y proactivo, en este proceso. Son el motor del cambio y gracias al compromiso de los tutores este cambio está siendo posible.
- La formación avanzada de los/as especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria capacitan para el ejercicio autónomo de las competencias. Aún son muchos los desafíos que tenemos pendientes, pero también son muchas nuestras fortalezas.

Mesa redonda: Nuevas competencias en el ámbito comunitario

Modera: Dña. Isabel Miguel Montoya. Enfermera. Responsable de Asuntos de Enfermería del Gabinete del Conseller. Conselleria de Sanitat.

Participan:

- Dña. Pepa Soler Leyva. Enfermera Comunitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Protocolización e Integración Asistencial. Desarrollo y Formación de la Enfermeras Gestoras de Casos de la Comunitat Valenciana. RESPONSABILIDADES DE LA ENFERMERA COMUNITARIA.



- D. José David Zafrilla Martínez. Director de Enfermería Grupo Ribera Salud. EL PROTAGONISMO DE LA ENFERMERA EN LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y DE LA SALUD PÚBLICA.
- D. Enrique Castro Sánchez. Enfermero de Práctica Avanzada VIH/SIDA e ITS. LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA ENFERMERA COMO HERRAMIENTA DE EFICIENCIA.

Conclusiones

- Se muestra la trayectoria y el importante papel que las enfermeras comunitarias han realizado a través de diferentes intervenciones en la población, ofreciéndose una visión de la estratificación de la población en función de las necesidades.
- Se ha hablado del importante papel de la enfermera comunitaria en la sostenibilidad de la atención sanitaria, donde la atención al paciente crónico y la prescripción enfermera constituyen en sí mismas una oportunidad.

Mesa redonda: Experiencias de intervención comunitaria

Modera: D. Vicente Gea Caballero. Enfermero Comunitario. Centro de Salud Quatretonda. Profesor de Enfermería de la Universidad de Valencia. Profesor de Enfermería de la Universidad Europea de Valencia.

Participan:

- Dña. Francisca Soler Alberich. Enfermera Comunitaria. Centro de Salud San Marcelino. Valencia. MUJERES EN LA MADUREZ. TALLERES DE EDUCACIÓN GRUPAL.
- Dña. Julia Segura Martínez. EIR 2º año. Centro de Salud Florida. Alicante. UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA: RESIDENTES, TUTORAS Y COMUNIDAD.
- Dña. Mª Dolores Saavedra Llobregat. Enfermera Gestora de Casos Comunitaria. Centro de Salud Florida. Alicante. INTERVENCIÓN CON CUIDADORAS.

Conclusiones

- Aunque la demanda asistencial es alta, las oportunidades de participar e intervenir con la comunidad están ahí, siendo actividades muy gratificantes a nivel personal y profesional.

- Los participantes mejoran la calidad de vida favoreciendo las relaciones sociales y la autoestima cuando se practica en grupo.
- Es destacable el alto nivel de satisfacción de las enfermeras que participan en los programas, así como el de la población.
- Intervenir en y con la comunidad, ayuda a participar más activa y eficazmente en la mejora de los hábitos de vida, siendo fundamental continuar avanzando en la promoción de la salud e intervención comunitaria.
- A través de las experiencias llevadas a cabo en la comunidad por enfermeras de una larga trayectoria profesional queda patente que "si se quiere, se puede".

Ponencia: La unificación de las unidades profesionales de enfermería familiar y comunitaria ¿existe?

Modera: Dr. D. José Ramón Martínez Riera. Presidente Asociación Enfermería Comunitaria (AEC). Director Secretariado Sostenibilidad y Salud Laboral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

Ponente: Dña. Loreto Cruz Bonmatí y Dña. Araceli Martín Mateo. Enfermeras UMAFyC de Alicante y de Castellón.

Conclusiones

- Las unidades docentes multidisciplinares en AFyC están en pleno desarrollo y es necesario un debate profundo para encontrar la unidad de criterio.
- Las unidades docentes de EFyC deben garantizar un periodo formativo equiparable independientemente de dónde se forme cada uno/a de los/las residentes.
- Es necesario unificar los programas formativos teniendo siempre en cuenta los recursos de cada una de las unidades docentes.

Mesa de clausura

- Dña. Rosa Marin Torrens. Jefa de Programas y Responsable de Formación Continua de la EVES.
- D. Juan José Tirado Darder. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.
- Dña. Maribel Mármol López. Enfermera Comunitaria. Departamento Valencia La Fe. Vocal de la AEC Comunitat Valenciana.

VII REUNIÓN DE INVIERNO DE LA AEC. GRUPOS DE TRABAJO. TRABAJO EN GRUPOS

Alicante, 10 y 11 de octubre de 2013



El próximo mes de octubre, los días 10 y 11, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) celebrará la 7ª Reunión de Invierno con el lema "Grupos de Trabajo. Trabajo en Grupos".

En dicha reunión se analizará a través de distintas sesiones de trabajo cómo mejorar el abordaje profesional clínico y comunitario en diversos entornos y ámbitos específicos como pueden ser el medio penitenciario, la atención a la cronicidad, la deshabituación tabáquica, los cuidados al anciano, los cuidados transculturales, los casos complejos, la comunicación en salud, la tutorización de estudiantes en formación práctica y la enfermería comunitaria 2.0.

La sede será la Universidad de Alicante, ¡os esperamos!

SANIDAD GASTA MÁS DE 22 MILLONES DE € EN FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y NO PLANIFICA SU INCORPORACIÓN AL SNS

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), encabezada por su presidente, José Ramón Martínez Riera, ha manifestado en un comunicado su incredulidad tras cumplirse el pasado 13 de mayo el periodo de formación de los primeros 132 especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y que ninguna administración sanitaria se haya pronunciado ni agilizado los procesos para permitir incorporar a estos profesionales al Sistema Nacional de Salud (SNS), provocando un derroche de recursos públicos innecesarios.

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), a través de su presidente, el Dr. José Ramón Martínez Riera, ha denunciado hoy la situación de "incredulidad e incertidumbre" que viven a día de hoy los nuevos especialistas en Enfermería Familiar Comunitaria así como los residentes que se están formando en esta especialidad de enfermería. Según el presidente de la AEC, "en el año 2010 se convocaron las primeras 132 plazas de residentes en esta especialidad y han pasado tres años en el transcurso de los cuales ya se han convocado 433 plazas. Desde el pasado 13 de mayo tenemos a más de un centenar de profesionales que han terminado su formación y están esperando a que las administraciones sanitarias tomen alguna decisión que les permita incorporarse como especialistas al Sistema Nacional de Salud".

El presidente de la AEC confirma que "solamente en los primeros 132 especialistas que en mayo de este año han concluido su formación se han invertido más 5 millones de € a los que hay que añadir los más de 4 millones € que ya se han invertido en el primer año de las 219 especialistas en formación, así como los casi 13 millones € que se invertirán en su segundo año y en los dos años de las nuevas 214 residentes recién incorporadas. Es decir más de 22 millones de euros sin que se haya previsto cómo revertir tan importantísima inversión".

Desde la AEC se ha confirmado que se han manteniendo contactos permanentes con las diferentes administraciones nacionales y autonómicas durante los últimos meses para trasladarles a sus responsables la importancia y necesidad de adoptar medidas tendentes a dar respuesta a las nuevas especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria.

"La AEC ha remitido escritos a todas las consejerías autonómicas de Sanidad de las catorce Comunidades Autónomas en las que ya hay Unidades Docentes que forman Especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria, en los que no tan solo se trasladaba la petición de que se creasen plazas específicas de especialistas sino que se aportaban propuestas concretas para su creación", confirma el Dr. Martínez, quien a su vez señala que "únicamente el Conseller de Sanidad de Catalunya, el Sr. Boi Ruiz, respondió trasladando que están estudiando vías de desarrollo en este sentido. El resto de consejerías han optado por el silencio."

Desde la AEC apuntan así mismo que, tras varias reuniones con los máximos responsables del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en las que la administración aseguró a la sociedad científica que se trasladaría una propuesta o se trabajaría conjuntamente un planteamiento sobre este tema, tampoco se ha respondido a ninguna de las peticiones a pesar de las reiteradas peticiones para obtener alguna respuesta al respecto.

Éxodo, derroche y ética

Ante esta situación la AEC ha emitido un comunicado en el que se expresa un profundo malestar por la indefinición, silencio y desprecio a las peticiones y propuestas planteadas por parte de la asociación. El profesor Martínez explica que la AEC "quiere trasladar a la opinión pública la gravedad de esta situación por lo que de merma de la calidad de atención puede suponer y la irresponsable, por ineficaz e ineficiente, gestión que del tema se está haciendo por parte de

todos los responsables políticos". Para Martínez, "los profesionales que se forman como especialistas han tenido que pasar un durísimo examen para acceder a alguna de las plazas convocadas. Con posterioridad tienen que formarse durante dos años siguiendo un programa muy exigente dedicando muchas horas de su tiempo y aportando un gran esfuerzo personal, en muchos casos lejos de sus lugares de origen. Tras todo esto, en mayo de este mismo año, los 132 primeros especialistas se encuentran con que no pueden acceder a ningún puesto específico de su especialidad. Y a continuación se irán sumando los 433 nuevos especialistas que actualmente están formándose".

La sociedad científica avisa en este comunicado que este problema, además de generar una gran frustración en quienes han dedicado tanto esfuerzo, supone que la comunidad a la que deberían prestar sus competencias como especialistas, y para las que las administraciones públicas han invertido dinero de todas/los las ciudadanas/os, se quede sin tales prestaciones. "En una situación social, demográfica y económica tan grave como la que estamos atravesando, en la que la racionalización de los recursos resulta tan importante como necesaria, parece cuanto menos éticamente reprochable el que los responsables de la sanidad espa-

ñola, tanto nacional como autonómica, se dediquen a malgastar el dinero de todos con políticas irresponsables, exentas de planificación y con miras tan solo a la rentabilidad política. Si a todo esto añadimos que somos el país de la Comunidad Europea con un menor número de enfermeras por habitante, el problema es aún más grave", confirma el presidente de la AEC.

Según los órganos de dirección de la AEC, la población española debe contar con enfermeras especialistas que aumenten la eficacia y eficiencia de los cuidados que actualmente requiere y demanda la población. "Los especialistas ya existen, tan solo falta que quienes tienen la capacidad de que se incorporen como tales tomen la decisión racional, justa y necesaria para que lo hagan, evitando que estos especialistas acaben prestando sus cuidados fuera de nuestras fronteras", expresa José Ramón Martínez, quien tiende la mano a las administraciones competentes en la materia, ya que "tal situación debe ser reflexionada, analizada y abordada de manera clara, decidida e inmediata, para no continuar privando a la comunidad de profesionales especializados. Se trata de dar respuesta eficiente a la situación planteada para evitar la frustración de los especialistas y el despilfarro de dinero, conocimiento y competencias especializadas".

