

mae

Volumen 8 N° 2 julio-diciembre 2015

ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA



REALIDADES Y DESAFÍOS



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:



red iberoamericana
DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA
en enfermería

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://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/pagina/normas-de-publicacion/>
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Dr. José Ramón Martínez Riera

DIRECTOR

Dr. Raúl Juárez Vela

DIRECTOR ASOCIADO

Francisco Javier Pastor Gallardo

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
 Edurne Zabaleta del Olmo
 Luis Carlos Redondo Castán
 Maribel Mármol Lopez
 Dra. M^a José Cabañero Martínez
 Miguel Ángel Díaz Herrera
 Mirella Ladios Martín
 Begoña Pellicer García

CONSEJO ASESOR

- 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)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendonça (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 (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. M^a Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

Sumario • Summary

Vol. 8 - nº 2 julio-diciembre 2015

Editorial

Enfermería comunitaria. Tiempo de esperanza o esperanza en el tiempo.....	4
<i>José Ramón Martínez Riera</i>	

Originales

Caso clínico: cuando el cuidador se descuida. Abordaje familiar y comunitario <i>Clinical case: when the caregiver does not care. A family and community approach</i>	6
<i>Virginia García Moreno, Pedro Ruymán Brito-Brito, Eneida Palmero Tomé, Teodoro González Pérez, Gonzalo Duarte Clímets, Pablo Jerez Herrera</i>	
Evidencia científica del vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas <i>Scientific evidence on compression bandaging in the treatment of venous leg ulcers</i>	19
<i>Alba Simón Melchor, Rebeca Gil Salvador, Gema Naranjo Soriano, María Luisa Jiménez Sesma, Javier Solano Castán, Lucía Simón Melchor</i>	
Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre el documento de instrucciones previas (DIP) <i>Primary Care nurses knowledge and attitudes on living will forms (LW)</i>	35
<i>Jorge Rouco Velasco, Diego Tuñas Maceiras, María Iglesias Gutiérrez, Adrián López Pérez, David Carlos Lago Valverde, Nuria María Lago del Riego</i>	
Una propuesta de orientación para familiares de pacientes con la enfermedad de Huntington <i>Proposed guide for relatives of patients with Huntington's disease</i>	48
<i>Esther Sánchez Vila</i>	

Trabajo Fin de Grado

Reflexiones sobre la instauración de desfibriladores externos semiautomáticos en la Universidad de Alicante <i>Thoughts on semi-automated external defibrillator implementation at University of Alicante</i>	60
<i>Adrián Bazaga Ruiz</i>	

Entrevista

Entrevista a Andrés Climent Rubio.....	70
--	----

Relatos

Dos experiencias unidas por una especialidad común	73
<i>Noelia Barrado García, Nuria González Amador</i>	

Noticias RIdeC

1ª Reunión Nacional de Subcomisiones Docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria.....	75
---	----

Editorial

Enfermería comunitaria. Tiempo de esperanza o esperanza en el tiempo

En sus más de 20 años de vida, la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) se ha caracterizado por su empeño permanente en defensa de la Enfermería Comunitaria.

Al principio fue sentando las bases y generando el marco de nuestra actuación en la comunidad en el entonces denominado Nuevo Modelo de Atención Primaria. Posteriormente, trabajando intensamente para justificar y dotar de entidad científica la demanda de la Especialidad de Enfermería Comunitaria. No en vano, la AEC elaboró la primera propuesta seria, fundamentada y rigurosa de la especialidad, que fue modelo y referencia hasta que se logró finalmente la especialidad.

En ese itinerario se siguió trabajando intensamente en el desarrollo de la enfermería comunitaria a través de grupos de trabajo, comisiones, posicionamientos, documentos... que fueron definiendo nuestro perfil científico-profesional alejado de planteamientos populistas, oportunistas y demagógicos, perfil que nunca hemos intentado eliminar, ocultar o disimular en función de las circunstancias. La AEC siempre fue coherente con sus planteamientos, equivocados o no, y no cayó en la tentación de cambiar de rumbo para aprovechar las circunstancias. Esto nos generó ciertos problemas y dolorosas rupturas que el tiempo se ha encargado de clarificar a favor de la AEC. Siempre mantuvimos nuestra identidad y nuestra meta en defensa de una Enfermería Comunitaria que algunos quisieron aprovechar en beneficio propio.

Llegado el momento en el que finalmente se iba a aprobar la especialidad AEC volvió a posicionarse sin ambigüedades en contra de la propuesta de especialidades que se presentaba. Desde AEC se argumentó mediante la aportación de documentos su oposición a perder la denominación que siempre nos definió para adoptar la de otro colectivo profesional y a la forma de desarrollo que se determinaba en el entonces borrador. Las prisas, nunca esclarecidas aunque manifiestamente claras, por aprobar dicha regulación condujo a la publicación del Real Decreto de Especialidades de Enfermería en 2005.

En ese momento la AEC, a pesar de su disconformidad con el texto normativo, asumió su responsabilidad de trabajar en su desarrollo. De nuevo, volvieron a aparecer determinados sectores profesionales que, de manera interesada y con engaños, pretendieron dejar fuera de juego a la AEC. Fue entonces cuando se tuvo que realizar un importante esfuerzo para evitar quedar fuera de la Comisión Nacional de la Especialidad del Ministerio de Sanidad. Una vez más las evidencias nos dieron la razón y pudimos formar parte de dicha Comisión Nacional.

Se abría un nuevo tiempo de trabajo en el que la AEC, tanto dentro como fuera de la Comisión, mantuvo su posición de coherencia con relación a la especialidad y a su desarrollo, hasta que se hizo realidad con la publicación en el BOE nº 157 de 29 de junio de 2010. A partir de ese momento comenzaba un recorrido especialmente ilusionante, pero también terriblemente incierto.

La AEC tuvo que sufrir a partir de ese momento los ataques de quienes argumentaban de manera interesada un posicionamiento tan irreal como poco fundamentado para la especialidad en particular, como para la Enfermería Comunitaria en general. Siempre mantuvimos, y lo seguimos haciendo, nuestra defensa por un desarrollo, al menos inicialmente, en el que convivan las enfermeras comunitarias expertas con las enfermeras especialistas. Ambas figuras son tan necesarias como compatibles. Lo hacemos desde el convencimiento, la argumentación científica, no desde la demagogia y el populismo utilizado por otros.

Tras más de cinco años de desarrollo del Programa Formativo tan solo se han generado dos plazas específicas de Especialista de Enfermería Familiar y Comunitaria, ambas gracias al trabajo llevado a cabo por la AEC en colaboración con el CECOVA. Las reuniones, posicionamientos, documentos fundamentados, etc., de nuevo volvieron a ocupar y preocupar a la AEC para tratar de revertir una situación tan injusta como injustificable.

El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas se han dedicado a echarse la culpa mutuamente para dilatar en el tiempo la toma de decisiones. Por su parte, el Ministerio de Educación se mece plácida y lentamente en la indiferencia y el silencio ante la responsabilidad de dar salida a lo que la norma marca para realizar la prueba extraordinaria que dé la oportunidad de acceso a la especialidad de muchas enfermeras que lo desean y lo merecen.

Mientras tanto la AEC, como siempre, toma la iniciativa y hace lo que otros deberían, por responsabilidad política e institucional hacer. De ahí que el pasado mes de marzo convocase la 1ª Reunión de Directoras/es de Subcomisiones de Enfermería Familiar y Comunitaria de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de toda España. Una arriesgada, pero necesaria apuesta, que tuvo una respuesta magnífica y que permitió reunir por primera vez a los y las profesionales responsables de la formación de las y los EIR con el fin de analizar, reflexionar y debatir sobre la formación de los y las futuros especialistas.

Llegados a este punto nos encontramos ante diferentes comicios electorales en los que se va a decidir la composición de múltiples gobiernos autonómicos primero y del gobierno de la nación después, gobiernos que deberán clarificar si tienen la voluntad política de resolver una situación que tan solo está generando, hasta ahora, gasto, frustración y pérdida de confianza.

La AEC ha trasladado a todos los partidos políticos su posicionamiento en este y otros temas relacionados con la Salud Comunitaria y la Salud Pública. Ahora nos toca a las enfermeras ejercer nuestra capacidad de elección a través del voto responsable. Es la máxima expresión de la democracia. Pero no nos equivoquemos pensando que es la única manera de ejercerla. Debemos exigir una participación activa y real en los ámbitos de toma de decisiones y ahí de nuevo estará la AEC para demandarlo y asumirlo si llega el caso como queremos que suceda.

Por lo tanto es **tiempo de esperanza** en un cambio tan deseado como necesario para lograr nuestros objetivos o continuar con la **eterna esperanza de que el tiempo** logre arreglar las cosas.

Tú decides.

José Ramón Martínez Riera

Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)



**ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA**

Caso clínico: cuando el cuidador se descuida. Abordaje familiar y comunitario

¹Virginia García Moreno
²Pedro Ruymán Brito-Brito
³Eneida Palmero Tomé
⁴Teodoro González Pérez
⁵Gonzalo Duarte Climents
⁶Pablo Jerez Herrera

¹Enfermera residente de segundo año en Atención Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-I Sur. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

²Enfermero consultor. Programa de Formación Continuada en Metodología enfermera. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

³Enfermera comunitaria de enlace. Zona Básica de Salud Laguna Mercedes. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

⁴Enfermero de Equipo de la Zona Básica de Salud Laguna Mercedes. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

⁵Jefe de estudios Subunidad Sur. Unidad Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

⁶Trabajador Social de la Zona Básica de Salud Laguna Mercedes. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Dirección de contacto: ainigrivirginia1991@gmail.com

Resumen

El apoyo psicosocial es una intervención prioritaria que necesitan los cuidadores de personas con ciertas enfermedades crónicas. La enfermera comunitaria de enlace es una figura del ámbito de Atención Primaria que orienta sus actividades hacia las personas mayores dependientes y sus cuidadores, tanto en centros asistenciales como en el domicilio, coordinando todos los recursos sociosanitarios.

El Sr. AG es un cuidador, de 80 años, con descuido personal, pluripatológico y polimedicado, que convive con su esposa, con una patología mental, y para cuyo cuidado ha claudicado. La innovación en el uso de herramientas de valoración enfermera permitió elaborar un plan de cuidados utilizando un lenguaje estandarizado con la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, con intervenciones basadas en la evidencia científica. La mejora en el estado de salud del Sr. AG fue alcanzada gracias al plan de seguimiento, realizado en el ámbito interdisciplinar sobre el binomio cuidador-receptor del cuidado.

Palabras clave: cuidadores; anciano frágil; manejo de caso; procesos de enfermería; enfermería en salud comunitaria.

Abstract

Clinical case: when the caregiver does not care. A family and community approach

Psychosocial support is a priority intervention needed by caregivers of people suffering certain chronic diseases. Community liaison nurse is a healthcare worker in Primary Care who is focused on dependent elderly people and their caregivers, both at institutions and at home, and coordinates all social and healthcare resources available.

Mr. AG is a 80-years-old caregiver who shows personal carelessness, suffers multiple disorders, and receives polypharmacy. He lives with his wife. She has a mental illness and Mr. AG has given up as her caregiver. Innovation in nursing assessment tools use allowed a care plan to be developed, based on a standardized language using NANDA-I, NOC, and NIC taxonomy, with evidence-based interventions. Mr. AG health status improved thanks to a multidisciplinary follow-up plan based on the caregiver-recipient binomial.

Key words: caregivers; fragile elderly; case management; nursing processes; community health nursing.

Introducción

La patología mental es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en nuestro entorno y requiere tomar en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad más allá de los puramente biológicos (1). El cuidado de una persona con trastorno mental resulta complejo y puede repercutir de forma negativa en la salud de su cuidador. Se sabe que en la decisión de cuidar intervienen diversos factores y que estos pueden ir cambiando a medida que progresa el tiempo del cuidado. El género y la posición familiar son determinantes en la configuración de decisiones sobre aceptar o no el rol de cuidador (2). Tradicionalmente este papel ha sido asumido de forma mayoritaria por el género femenino, esposas e hijas. La asunción de dicha labor por el género masculino refleja significados, estrategias de afrontamiento y efectos diferentes, entre ellos: ausencia del sentimiento del deber moral de cuidar, asumido como una actividad que rompe con la dinámica de vida anterior, el sufrimiento emocional en la esfera afectiva y la consideración del tiempo de ocio como un bien preciado y necesario para poder seguir en la tarea de cuidar (3). Además de los factores mencionados, el aspecto económico, como ahorros y pensiones, juega un papel importante en la decisión de cuidar o delegar el cuidado. Cuidar de un familiar a tiempo completo es un evento vital que puede provocar resultados negativos, si existiera desbordamiento, como depresión y pérdida del estado de bienestar (4). Es frecuente la afectación del área psicosocial en los cuidadores quienes suelen experimentar estrés, frustración, ira, enfado, pérdida del rol social y de tiempo para el ocio. Aún así, se dan importantes repercusiones también en la salud física, sobre todo cuando se trata de cuidadores de edad avanzada. El descuido personal, por falta de tiempo e interés hacia uno mismo, y la sobrecarga pueden generar incumplimiento farmacológico, dieta inadecuada, mala higiene, o deterioro del aspecto físico, entre otros.

Una figura importante en Atención Primaria en los últimos años es la enfermera comunitaria de enlace (ECE), encargada de gestionar casos clínicos de personas mayores dependientes y sus cuidadores, tanto en los centros asistenciales como en el domicilio, y en coordinación con otros niveles de atención y recursos de la zona, sanitarios o sociales (5). La valoración integral que la ECE realiza del paciente lleva implícita la valoración de la persona cuidadora, destacando su labor tanto en la prevención del cansancio como en la atención cuando existe sobrecarga del cuidado. El apoyo psicológico es una de las intervenciones prioritarias que necesitan los cuidadores de otras personas con enfermedades crónicas (6). Por ello, el abordaje enfermero en este ámbito está muy orientado al área psicosocial, debiendo contar con competencias suficientes para obtener resultados favorables.

Los cuidadores mayores de personas dependientes precisan distintos recursos tanto del centro de salud como del hospital o de los ayuntamientos, incluso de carácter privado. Estos recursos, por ejemplo asociaciones de familiares, facilitan apoyo y descanso en la actividad de cuidar y deben ser conocidos por las enfermeras de Atención Primaria para su prescripción y beneficio terapéutico (7). La gestión de un caso clínico implica coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, facilitando el cauce de acciones comunes hacia el paciente y su familia, y asegurando además la continuidad asistencial en cualquier punto de un esquema complejo de funcionamiento sociosanitario (8). Los objetivos del estudio son: 1. Analizar la gestión del caso clínico mediante la recogida de información empleando distintas herramientas enfermeras de valoración. 2. Desarrollar un plan de cuidados empleando las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, con intervenciones basadas en la evidencia científica.

Descripción del caso

El Sr. AG es un paciente varón de 80 años que acude a consulta de ECE para solicitar ayuda por problemas de convivencia con su mujer, la Sra. GA, quien presenta una patología mental, depresión endógena con brotes psicóticos.

No padece de alergias conocidas y entre sus problemas de salud fundamentales destacan: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca con antecedentes de infarto agudo de miocardio, hiperuricemia y leucemia linfática crónica. El tratamiento farmacológico habitual es: bromuro de tiotropio, sitagliptina, bisoprolol, ramipril, digoxina, acenocumarol y alopurinol. Tiene prescrito, además, oxígeno domiciliario. Acude a citas con especialistas hospitalarios: hematólogo, neumólogo y cardiólogo. Valores de la última analítica: hematíes $5,06 \times 10^6/\text{mm}^3$; hemoglobina 15,4 g/dl; hematocrito 47,5%; plaquetas $129 \times 10^3/\text{mm}^3$; creatinina 1,4 mg/dl; glucosa basal 97 mg/dl; colesterol total 145 mg/dl; ácido úrico 12,1 mg/dl; GOT/GPT/GGT 25/14/76 U/L. Signos vitales: tensión arterial 140/90 mm de Hg; frecuencia cardiaca 62 por minuto; glucemia aleatoria 131 mg/dl y saturación de O_2 del 88%.

Se identifica como cuidador principal de su esposa. No recibe ninguna prestación y la casa es de su mujer, quien sí cobra una pensión de la cual dependen ambos económicamente. Acude semanalmente a una organización no gubernamental don-

de le dan alimentos a los cuales debe ajustar su dieta semanal. Es hiperfrecuentador en el centro de salud visitando semanalmente a profesionales de medicina, enfermería y trabajador social, y precisando además de otros servicios como la policía local cuando su mujer presenta alteraciones conductuales importantes. Hace un año se realizó una intervención familiar multiprofesional con la única hija del paciente logrando mayor implicación en los cuidados de su madre y el alivio en la carga del Sr. AG. En los últimos cuatro meses la situación ha empeorado ante el incumplimiento de la Sra. GA con su tratamiento antipsicótico. Esto ha generado mayor demanda de cuidados a nuestro paciente suscitando su propio cuidado personal: pérdida de peso, incumplimiento terapéutico, falta de aseo, descuido de la imagen, problemas de sueño, abandono de sus actividades de ocio, ansiedad y frustración.

Valoración general

Para proceder a una mejor comprensión de la situación del paciente, sus vivencias, expectativas y necesidades empleamos la valoración por patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon. Fue considerada como una herramienta útil para el abordaje de este caso, pues permite detectar la dinámica del cambio en el estado de salud del Sr. AG y sus necesidades de cuidado a lo largo del tiempo (9). La valoración y revaloración de cada PFS durante las sucesivas visitas permitió determinar la funcionalidad o disfuncionalidad de los mismos enunciando las necesidades del paciente mediante diagnósticos enfermeros (10).

Se procede al análisis de las valoraciones previas recogidas en la historia de salud electrónica por los distintos profesionales desde 2007, fecha desde la que consta el primer registro, hasta la actualidad, para así mejorar la comprensión de la evolución del caso. En la historia clínica informatizada del Servicio Canario de la Salud, Drago AP, las enfermeras identifican cada patrón de salud como funcional, en riesgo de alteración o disfuncional. A lo largo del tiempo la información correspondiente a los patrones de eliminación, cognitivo-perceptivo y sexualidad-reproducción, se ha evaluado como funcional o no relevante para la situación clínica de Sr. AG.

En la Tabla 1 se muestran los resultados alterados o en riesgo de alteración para el resto de patrones valorados a lo largo del periodo descrito, así como los factores que determinan su resultado. De forma gráfica, se puede establecer una relación temporal entre el comienzo de la disfuncionalidad de los patrones y los primeros indicios de sobrecarga en el cuidado hasta su claudicación completa (descuido personal, no adherencia al tratamiento terapéutico, alteración del sueño, ansiedad, etc.).

Tabla 1. Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
1. Manejo - percepción del estado de salud	≥ 4 fármacos EPOC Persona mayor de riesgo (PMR)	≥ 4 fármacos EPOC PMR	≥ 4 fármacos EPOC PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR No adherencia terapéutica al O ₂ pautado. PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR No adherencia terapéutica al O ₂ pautado. PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: MALA No adherencia terapéutica al O ₂ pautado. PMR
Resultado	RA	RA	RA	RA	D	D	D	D

Tabla 1. Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción (continuación)

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
2. Nutricional-metabólico	Estado regular de la dentición Piel seca Grietas cutáneas en manos No conoce dieta para diabetes	Se salta alguna comida Piel seca No conoce dieta para diabetes	No consume leche todos los días Apetito disminuido No conoce dieta para diabetes	Consumo de leche, frutas y verduras inadecuado No conoce dieta para diabetes Se salta alguna comida Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca	Apetito disminuido IMC 27,1 kg/m ² No conoce dieta para diabetes Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca	Apetito disminuido Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca No cumple dieta diabética Se salta algunas comidas Pérdida de > 5 kg en el último mes Recibe ayuda económica para la comida	Apetito disminuido Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca No cumple dieta diabética Se salta algunas comidas Pérdida de > 5 kg en el último mes Recibe ayuda económica para la comida	Apetito disminuido Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca No cumple dieta diabética Se salta algunas comidas Pérdida de > 5 kg en el último mes Recibe ayuda económica para la comida
Resultado	D	D	D	D	D	D	D	D
4. Actividad - ejercicio	Disnea, oxígeno domiciliario	Disnea, oxígeno domiciliario	Disnea, oxígeno domiciliario	Disnea, oxígeno domiciliario Dificultad para caminar Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario No hace actividad física Aspecto desaliñado Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario No hace actividad física Aspecto desaliñado Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario No hace actividad física Aspecto desaliñado Limpieza deficiente del hogar
Resultado	RA	RA	RA	RA	D	D	D	D
5. Sueño - descanso	F	F	F	F	Sueño intermitente	Sueño intermitente Dificultad para conciliar el sueño	Sueño intermitente Dificultad para conciliar el sueño	Sueño intermitente Dificultad para conciliar el sueño Ayudas farmacológicas para dormir Bajo nivel de energía durante el día
Resultado					RA	RA	RA	D

Tabla 1. Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción (continuación)

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
7. Autocontrol - autoconcepto	F	F	F	Ansiedad Preocupación por el empeoramiento del estado de salud de su mujer y por la situación económica Se encuentra desganado	Ansiedad Sobrecarga del cuidado de su mujer Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado Referencias continuas al tema de la muerte	Ansiedad Relación de convivencia y cuidado de su esposa cada vez más difíciles por el empeoramiento del estado de salud de ella Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado No está satisfecho consigo mismo Sobrecarga en el cuidado	Ansiedad Relación de convivencia y cuidado de su esposa cada vez más difíciles Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado No está satisfecho consigo mismo Sobrecarga	Ansiedad Relación de convivencia y cuidado de su esposa cada vez más difíciles Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado No está satisfecho consigo mismo Necesita tiempo para él mismo Frustración Sobrecarga física y emocional
Resultado				D	D	D	D	D
8. Rol - relaciones	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Duelo, pérdida de dos hijos hace 51 y 49 años	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Duelo, pérdida de dos hijos hace 51 y 49 años	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Duelo, pérdida de dos hijos hace 51 y 49 años	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Problemas de convivencia Relaciones familiares alteradas Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga leve	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Problemas de convivencia Relaciones familiares alteradas Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Problemas de convivencia Relaciones familiares alteradas Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Sobrecarga en el cuidado Problemas de convivencia Relación familiar: mala Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Sobrecarga en el cuidado Problemas de convivencia Relación familiar: mala Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa
Resultado	RA	RA	RA	D	D	D	D	D

Tabla 1. Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción (continuación)

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
10. Adaptación - tolerancia al estrés	F	F	F	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo regular de las situaciones difíciles Ayuda farmacológica para la relajación Ideas recurrentes de suicidio compartidas con su mujer	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo regular de las situaciones difíciles	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo regular de las situaciones difíciles Se encuentra más animado desde que su mujer está más colaboradora	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo de las situaciones difíciles: MALO Crisis conyugal, se encuentra desbordado, solicita ayuda urgente	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo de las situaciones difíciles: MALO No quiere continuar con el cuidado Rabia y frustración
Resultado				D	D	D	D	D
11. Valores - creencias	F	F	F	F	F	Preocupación por su futuro y situación económica Conflicto de decisiones por necesitar alejarse de su esposa y necesitar estar con ella al mismo tiempo	Preocupación por su futuro y situación económica Conflicto de decisiones	Preocupación por su futuro y situación económica Conflicto de decisiones
Resultado						D	D	D

Funcional: F; riesgo de alteración: RA; disfuncional: D; PMR: persona mayor de riesgo.

Para completar la valoración del paciente y orientar hacia las hipótesis diagnósticas, se empleó un instrumento válido y fiable a tal efecto, el "Cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial", CdePS. Se trata de una herramienta de ayuda al diagnóstico que ofrece como resultado etiquetas psicosociales no definitivas que deben ser corroboradas por el profesional de enfermería, quien conoce la historia completa del paciente y puede aportar una visión integral de sus problemas. El CdePS está formado por 61 ítems con respuesta tipo escalas de Likert con cuatro opciones (siempre/muchas veces o mucho/pocas veces o poco/nunca o nada) y del tipo dicotómicas (sí/no); por ejemplo: Ítem 18. En el último año, ¿ha perdido a algún ser querido? Esta herramienta ofrece el enunciado de hasta 28 etiquetas diagnósticas psicosociales agrupadas en seis dimensiones (percepción-manejo de la salud, conducta-interacción social, emocional-autopercepción, cuidador-sobrecarga, pérdida-duelo, trastorno de imagen) (11). El CdePS se aplicó en dos ocasiones diferentes, con un margen

de tiempo de un año, lo que ha permitido analizar la evolución de la situación hacia un empeoramiento de la misma. Finalmente, se realizó el genograma del paciente y un ecomapa (12) para valorar el contexto sociofamiliar en el que se encontraba realizando la actividad del cuidado. Se trata de dos herramientas de valoración de la estructura familiar que reflejan la complejidad de las relaciones interpersonales entre los distintos miembros y de estos con la comunidad. El genograma ofrece una representación gráfica de la estructura familiar a través de símbolos estandarizados así como el tipo de relación entre cada uno de los miembros. El ecomapa representa gráficamente la relación entre la familia y la comunidad y ayuda a evaluar las redes y el apoyo social disponible así como el uso de los recursos por parte de la familia.

El Sr. AG convive con su mujer con quien mantiene una relación "cercana-hostil". Perdieron a dos de sus hijos con edades muy tempranas, y mantiene una relación "de armonía" con su hija de 50 años, y "de normalidad" con sus dos nietos. En relación al uso de recursos comunitarios del Sr. AG se establece una relación "fuerte", el paciente usa con frecuencia los recursos sanitarios, culturales, actividades de ocio, servicios municipales etc. La Sra. GA mantiene una relación de "indiferencia, apatía" hacia sus nietos, y "cercana, hostil" "concentrada en" el Sr. AG; con respecto a los recursos comunitarios, destaca la relación "estresante o conflictiva" hacia los servicios sociosanitarios y municipales y una relación "tenue" hacia los recursos de ocio y cultura (Figura 1).

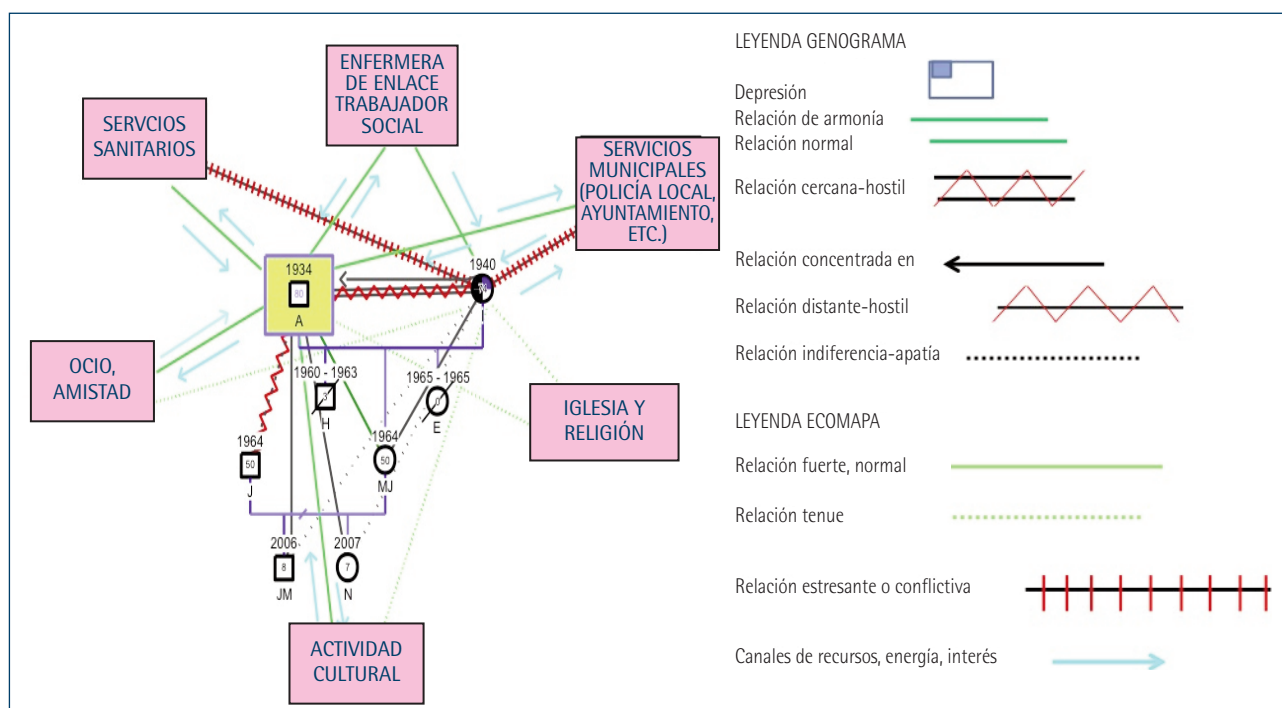


Figura 1. Relaciones

Diagnóstico

Con base en los resultados de disfuncionalidad en la valoración por patrones y a los datos arrojados por el CdePS se plantearon una serie de hipótesis diagnósticas que se relacionaron con el método AREA (13) para su priorización y puesta a prueba. Estas fueron: desesperanza, impotencia, cansancio del rol del cuidador, aflicción crónica, afrontamiento familiar incapacitante, ansiedad, conflicto de decisiones, sufrimiento espiritual, trastorno del patrón del sueño, deterioro del mantenimiento del hogar, patrón respiratorio ineficaz, incumplimiento terapéutico, descuido personal y desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

Los diagnósticos enfermeros seleccionados desde un enfoque bio-psico-social fueron finalmente:

00193 Descuido personal R/C agente estresantes vitales M/P higiene personal inadecuada, higiene del entorno inadecuada.

00061 Cansancio del rol de cuidador R/C brindar los cuidados durante años, incapacidad para satisfacer las expectativas

propias, salud inestable del receptor de los cuidados M/P estrés, falta de tiempo para las necesidades personales, frustración, trastornos del sueño, cambios ponderales, fatiga, no participación en la vida social.

Planificación y ejecución de los cuidados

Los objetivos del plan de cuidados para el Sr. AG se seleccionaron empleando la clasificación estandarizada de la NOC (14). Para las actividades a poner en marcha, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed y se seleccionaron aquellas intervenciones de enfermería de la clasificación NIC (15) que contaban con evidencia científica en su aplicación y fuesen adecuadas al caso clínico que presentamos.

En las Tablas 2 y 3 se muestra de forma pormenorizada cada diagnóstico enfermero junto a los resultados esperados, con sus indicadores de medida, estado actual y deseado, y las intervenciones apoyadas por la evidencia disponible.

Tabla 2. Plan de cuidados para descuido personal				
NANDA 00193 Descuido personal	Factores relacionados Agentes estresantes vitales		Características definitorias Higiene personal inadecuada Higiene del entorno inadecuada	
	NOC 2006 Estado de salud personal	Estado actual	Estado deseado	Tiempo estimado alcance de objetivo
	Puntuación general del objetivo	2- sustancialmente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
	Indicador 1: pauta de sueño descanso	3- moderadamente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
	Indicador 2: nivel de confort	2- sustancialmente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
	Indicador 3: peso	3- moderadamente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
NIC 5606 Enseñanza: individual	Actividades Determinar las necesidades de enseñanza del paciente Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad) Reforzar la conducta, si se considera oportuno	Evidencia disponible Ozkan B, Erdem E, Demirel Osoy S, Zararsiz G. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. Pak J Med Sci 2013 Sep; 29(5):1122-7 McWilliams S, Hill S, Mannion N, Fetherston A, Kinsella A, O'Callaghan E. Schizophrenia: A five- year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. Eur Psychiatry 2012; 27(1):56-61		

Tabla 3. Plan de cuidados para Cansancio del rol de cuidador

NANDA 00061 Cansancio del rol de cuidador	Factores relacionados Brindar los cuidados durante años Salud inestable del receptor de los cuidados Incapacidad para satisfacer las necesidades propias		Características definitorias Estrés Falta de tiempo para las necesidades personales Frustración Trastornos del sueño Cambios ponderales Fatiga No participación en la vida social	
	NOC 2508 Bienestar del cuidador principal	Estado actual	Estado deseado	Tiempo estimado alcance de objetivo
	Puntuación general del objetivo	1- no del todo satisfecho	3- moderadamente satisfecho	3 meses
	Indicador 1: satisfacción con la salud física	1- no del todo satisfecho	2- algo satisfecho	2 meses
	Indicador 2: satisfacción con la salud emocional	1- no del todo satisfecho	3- moderadamente satisfecho	2 meses
	Indicador 3: capacidad para el afrontamiento	1- no del todo satisfecho	3- moderadamente satisfecho	2 meses
NIC 7040 Apoyo al cuidador principal	Actividades Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/ o cuidados de enfermería comunitarios Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo		Evidencia disponible Mentis M et al. Efficacy of a support group intervention on psychopathological characteristics among caregivers of psychotic patients. <i>Int J Soc Psychiatry</i> ; 2014 Zeng L. Responsibility and burden from the perspective of seniors' s familiy caregivers: a quialitative study in Shanghai, China. <i>Int J Clinic Exp Med</i> 2014 Jul 15; 7(7):1818-28	
NIC 5270 Apoyo emocional	Actividades Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, la ira o tristeza Escuchar la expresión de sentimientos y creencias Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional		Evidencia disponible Steiner et al. Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. <i>J Neurosci Nurs</i> 2008 Feb; 40 (1):48-54 Loureiro Lde S, Fernandes Md, Marques S, Nóbrega MM, Rodrigues RA. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. <i>Rev Esc Enferm USP</i> . 2013 Oct;47 (5):1133-40	

Evolución y seguimiento

Para la ejecución de las intervenciones enfermeras seleccionadas se programó una visita domiciliaria semanal acordando con el paciente la hora de mayor conveniencia según el estado de su esposa y seguimiento telefónico semanal.

Primera visita domiciliaria: se realiza una valoración del estado del domicilio, que se encuentra deteriorado y con pocas condiciones de higiene, se toma las constantes al paciente y su esposa y se revisa del tratamiento farmacológico de ambos. El paciente presenta aspecto desaliñado. Tras constatar que su esposa no cumple con el tratamiento antipsicótico (medicación mensual de administración intramuscular) desde hace cuatro meses, se gestiona cita de la paciente con la unidad de salud mental para una valoración e instaurar de nuevo el tratamiento. Se insiste en mantener el oxígeno domiciliario del paciente durante toda la visita y asesoramiento en la importancia de cumplir con el número de horas pautadas del mismo en relación a su patología. Se comenta la posibilidad de adquirir una bolsa de transporte para el equipo de oxígeno.

Seguimiento telefónico: se realiza una llamada telefónica a final de la semana para acordar la continuación del tratamiento de la esposa del paciente con la medicación antipsicótica tras consulta con la unidad de salud mental. Se programa una visita domiciliaria para la próxima semana administrar el mismo. El paciente refiere que se siente aliviado al percibir la ayuda de los profesionales del centro de salud tanto en su domicilio como por teléfono. Solicita tramitar el informe para el servicio de ayuda a domicilio (SAD) para el mantenimiento del hogar (previa información aportada).

Segunda visita domiciliaria: se toman las constantes vitales del paciente y su esposa, y se administra a esta la medicación antipsicótica de mantenimiento. El paciente se encuentra con mejor estado de ánimo y mejor aspecto físico. Nos recibe con el oxígeno domiciliario puesto. Se le ofrece la alternativa de que su esposa acuda a un centro de día que cumpla con el perfil del tipo de enfermedad que padece y él pueda descansar ese periodo de tiempo. Se comenta con la esposa, quien parece mostrarse reacia a la opción en un principio.

Seguimiento telefónico: se realiza una llamada telefónica a final de la segunda semana para concretar próxima visita domiciliaria en presencia de su hija. Se comenta la progresión de la semana favoreciendo el desahogo y la escucha activa con el paciente.

Tercera visita domiciliaria: el paciente refiere que su esposa se encuentra más calmada por las noches y él ha podido descansar los últimos días. Se expone la situación de falta de adherencia terapéutica a su hija quien no estaba al tanto. Se solicita de nuevo mayor colaboración de esta en los cuidados de su madre, ya que había dejado de participar tras los dos meses de la entrevista familiar realizada hace un año en el centro de salud. Se propone de nuevo a la señora la opción de acudir a un centro de día y en esta ocasión se muestra más convincente.

Cuarta visita: el paciente acude al centro de salud con gran estado de ansiedad ante la alteración de comportamiento de su esposa. Refiere que no ha dormido nada y presenta dificultad respiratoria: TA 145/85; FC: 75 lpm; SatO₂: 89%. No transporta el oxígeno y se le administra en el centro. Se le tranquiliza enseñándole la técnica de respiración profunda en la consulta. Tras una entrevista guiada con preguntas abiertas se favorece el desahogo y la expresión de emociones, en la que el paciente cuenta que considera necesario la institucionalización de su esposa, aunque eso le genera un gran sentimiento de tristeza y ansiedad. Se concierta cita con el trabajador social y se programa próxima visita en el domicilio

Los cuidados prescritos para los problemas Descuido personal y Cansancio del rol de cuidador se planificaron para un tiempo mínimo de dos meses. No obstante hemos comprobado que las intervenciones realizadas hasta el momento han permitido alcanzar una mejora parcial en los resultados NOC Estado de salud personal y Bienestar del cuidador principal, pasando en sus puntuaciones generales de 2 (sustancialmente comprometido) a 3 (moderadamente comprometido) y de 1 (no del todo satisfecho) a 3 (moderadamente satisfecho), respectivamente.

Discusión e implicación para la práctica clínica

En el caso presentado se constató que la mejora en el estado de salud del Sr. AG fue alcanzada como consecuencia del plan de seguimiento descrito, realizado a nivel interdisciplinar sobre el binomio cuidador-receptor del cuidado. Fue prioritario incrementar la adherencia farmacológica de la Sra. GA lo cual permitió la consecución de resultados favorables en su esposo quien mostraba mejor aspecto físico e higiene personal y refería mayor descanso nocturno y percepción de apoyo profesional gracias al incremento en el seguimiento, tanto en domicilio como telefónico.

Identificar y aplicar intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica permite ofrecer una respuesta individualizada a los pacientes al atender a las preferencias, necesidades y valores de estos, incrementando los beneficios para ellos y aumentando la eficacia de nuestra práctica.

Emitir juicios diagnósticos enfermeros precisa de una valoración completa y suficiente del paciente y su familia que posibilite un adecuado proceso de razonamiento clínico enfocado a la identificación de problemas, sobre todo en el área psi-

cosocial. Los patrones funcionales de salud de M. Gordon son útiles para evaluar la dinámica de cambio en el proceso de salud-enfermedad, a lo largo del tiempo. Para un correcto análisis de los datos recogidos en la valoración es fundamental que las enfermeras que intervienen en la asistencia al paciente se esfuercen en un registro fehaciente y empleen las distintas herramientas que la historia de salud electrónica ofrece. Complementar instrumentos novedosos para áreas específicas de valoración, como el "Cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial", CdePS, con otros ya conocidos como el genograma y el ecomapa favorece la aproximación diagnóstica a la realidad de necesidades del paciente y puede resultar muy útil en la planificación de los cuidados.

El uso de los lenguajes estandarizados de cuidados, taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, ofrece un marco de registro clínico favorable para la presentación y gestión de casos en los que se trabaja sobre problemas tan importantes como el descuido personal y el cansancio en el rol de cuidador, tal y como sucede en el caso expuesto. Planificar cuidados en el área psicosocial, más allá de la esfera biológica de los problemas de salud, precisa desarrollar una serie de competencias, habilidades y actitudes, las cuales deben ajustarse a un perfil de enfermera de práctica avanzada en atención familiar y comunitaria.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Díaz González CL (coord.). Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Tenerife: Gobierno de Canarias; 2008.
- [2] Rogero García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2010.
- [3] Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Púb [Internet]*. 2009 [citado 01 jun 2015];27(1):50-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12027109>
- [4] Scanduzzi Valente MR, Rodrigues Perracini M, Liberalesso Neri A. Factors associated with satisfaction with life among elderly caregivers and non caregivers. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2014 [citado 01 jun 2015];19(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>
- [5] Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud. Dirección General Programas Asistenciales; 2006.
- [6] Grapsa E, Pantelias K, Ntenta E, Pipili C, Kiousi E, Samartzis M, Karagiannis S, Heras P. Caregiver's experience in patients with chronic diseases. *Soc Work Health Care*. 2014 Aug; 53(7):670-8.
- [7] Pérez Vico-Díaz de Rada L, González Suárez M, Duarte Clíments G, Brito Brito PR. Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. *Gestión de un caso clínico en Atención Primaria*. *Enf Clin* 2014; 24(4): 254-60.
- [8] Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- [9] Gordon M. Patrones funcionales de salud: una estructura para la valoración. En: Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 74-109.
- [10] Herdman H. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- [11] Brito Brito PR, Rodríguez Álvarez C, Sierra López A, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. Design and validation of a questionnaire for psychosocial nursing diagnosis in Primary Care. *Enferm Clin* 2012; 22(3):126-34.

- [12] Pereira AP, Teixeira GM, Bressan Cde A, Martini JG. The genogram and the eco-map in family health nursing care. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):407-16.
- [13] Kautz D, Kuiper R, Pesut D, Williams R. Using NANDA, NIC and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *Int J Nurs Term & Clas* 2006; 17(3):129-38.
- [14] Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- [15] Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

El mayor buscador de contenidos científicos actualizados específicos de Enfermería de la red.

Una herramienta esencial de apoyo a tu aprendizaje.
La respuesta fiable a todas tus necesidades académicas y profesionales.



- ✓ Todas las especialidades.
- ✓ Todas las técnicas y procedimientos.
- ✓ Todos los cuidados avanzados.
- ✓ Toda la investigación y actualidad enfermera.
- ✓ Todo ello ajustado a la realidad enfermera de nuestro país.

- **MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS**
a texto completo, revisados y actualizados.
- **124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES**
de ENFERMERÍA en español.
- **MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS**
de todos los términos relacionados con Ciencias de la Salud.
- **TODAS LAS MATERIAS**

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

**<http://encuentra.enfermeria21.com>
info@enfermeria21.com**

PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR
a partir de fuentes fiables, actualizadas y reseñables, cualquiera de los contenidos consultados.

¹ Alba Simón Melchor
¹ Rebeca Gil Salvador
² Gema Naranjo Soriano
³ María Luisa Jiménez Sesma
⁴ Javier Solano Castán
⁵ Lucía Simón Melchor

Evidencia científica del vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas

¹ Enfermera de Atención Continuada del Centro de Atención Primaria de Calaceite (Alcañiz).

² Enfermera del servicio de quirófano del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

³ Enfermera de Atención Continuada en Atención Primaria en el Sector Alcañiz.

⁴ Farmacéutico de Loporzano (Huesca)

⁵ Enfermera de hospitalización del Hospital Comunitario de Norwich (Norwich, Reino Unido).

Dirección de contacto: alba1986_7@hotmail.com

Resumen

Objetivo: evaluar la eficacia del vendaje compresivo como terapia para las úlceras venosas.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica empleando los términos: úlcera varicosa, vendajes de compresión, *varicose ulcer* y *compression bandages*, durante cuatro meses, seleccionando los artículos publicados en el periodo 2003-2014.

Resultados: se ha demostrado que la terapia compresiva favorece la cicatrización de las úlceras venosas, además de prevenir sus recidivas y cronicidad. Se recomiendan niveles de compresión de 40 mmHg y un valor del índice tobillo-brazo (ITB) de 1 para poder ser utilizado.

Esta terapia tiene que ir acompañada de otros métodos terapéuticos y de un correcto diagnóstico y tratamiento de la etiología de la úlcera.

Conclusiones: se debería implantar el vendaje compresivo como un pilar esencial en el tratamiento de las úlceras venosas. Debido a su escaso seguimiento sería conveniente formar a los profesionales y motivar a los pacientes para fomentar esta terapia.

Palabras clave: úlcera varicosa; vendajes de compresión.

Abstract

Scientific evidence on compression bandaging in the treatment of venous leg ulcers

Purpose: To assess the efficacy of compression bandaging in the treatment of venous leg ulcers.

Methods: A literature search was carried out using the terms varicose ulcer and compression bandages, over four months. Papers published from 2003 to 2014 were selected.

Results: Compression therapy has been shown to help healing of venous ulcers and to prevent recurrences and long-term persistence. A 40-mmHg compression level is recommended; this can only be used when ankle-brachial index (ABI) is 1 or higher.

Compression therapy must be used with other therapeutic measures and a correct diagnosis and treatment of ulcer causes is needed.

Conclusions: Vompresion bandaging should be an essential therapeutic measure for venous ulcers. Compliance with such therapy is poor, and further health workers' education and patients' motivation are needed to promote its use.

Key words: varicose ulcer; compression bandaging.

Introducción

La úlcera venosa es una lesión cutánea que aparece como consecuencia de la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA) prolongada y mantenida y de la insuficiencia venosa crónica (IVC), pudiendo afectar a una o ambas extremidades inferiores (EEII) (1,5,11,12,13,16,18,23,25,43,47,52,68).

Se estima que entre un 4% y un 40% de la población padece IVC, los factores de riesgo que favorecen su aparición son la multiparidad, las varices, la obesidad, los antecedentes familiares, la trombosis venosa profunda, la tromboflebitis, etc. (5,11,12,16,18,19,25,36,43,47,50,51). La clínica acompañante es dolor, pesadez, calambres nocturnos, parestesias y edemas (53,54). Esta sintomatología empeora con la bipedestación y el calor, sin embargo, mejora con el decúbito y el frío (5,16,18,19,47,50,62). La clasificación más utilizada para la IVC es el acrónimo CEAP, este integra cuatro parámetros: datos clínicos (C), etiológicos (E), anatómicos (A) y fisiopatológicos (P) (18,19,22,25,30,47). Existen tres grados para clasificar la IVC, cada grado posee unos signos y síntomas característicos (Ver Tabla 1) (43).

Tabla 1. Clasificación de la insuficiencia venosa crónica (IVC)

GRADO I	GRADO II	GRADO III
<ul style="list-style-type: none"> • Edema leve • Venas dilatadas • Piel íntegra 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema moderado o grave • Varices • Hiperpigmentación leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Edema severo • Dolor • Dermatitis ocre • Úlceras

Las úlceras más frecuentes en EEII son el grupo de úlceras venosas o de estasis, arteriales o isquémicas y neuropáticas, constituyen el 95% del total, aunque dentro de este grupo el 75-80% corresponde al grupo de etiología venosa (Ver Tabla 2) (14). El 5% restante corresponde al grupo de úlceras de etiología neoplásica, traumática, séptica, etc. (1,11,12,14,16,23,25,32,36,47,50,52,55,56).

Tabla 2. Clasificación de las úlceras en extremidades inferiores (EEII)

VENOSAS/DE ÉSTASIS	ARTERIALES/ISQUÉMICAS	NEUROPÁTICAS	OTRAS
<ul style="list-style-type: none"> • Trombosis venosa profunda • Incompetencia vascular 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción arterial • Hipertensión • Trombosis/embolismo arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabética • Postpoliomielitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplásicas • Traumáticas • Sépticas

Para registrar los cuidados que el personal de enfermería presta a estos pacientes se utiliza el proceso de atención de enfermería (PAE) (25,45). En primer lugar, se formulan los diagnósticos enfermeros mediante la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), posteriormente se elaboran los resultados e intervenciones empleando las taxonomías *Nursing Outcomes Classifications* (NOC) y *Nursing Interventions Classifications* (NIC), relacionados con los diagnósticos previos (25,27,28,29,30,31,45). Para la evaluación de los resultados se emplea una serie de indicadores y escalas para determinar el grado de cumplimiento (Ver Tabla 3) (25). Es importante realizar un seguimiento continuado del PAE, reevaluando el estado del paciente, proponiendo mejoras o realizando su cierre en el caso de curación (28).

Tabla 3. Diagnósticos, intervenciones y resultados en pacientes con úlceras en extremidades inferiores (EEII)

DIAGNÓSTICOS-NANDA	INTERVENCIONES-NIC	RESULTADOS-NOC	INDICADORES-ESCALAS
00024: perfusión tisular periférica inefectiva: r/c interrupción del flujo arterial. m/p pulsos débiles o ausentes, claudicación, decoloración de la piel, cambios en la temperatura de la piel	4070: precauciones circulatorias 4062: cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	0407: perfusión tisular periférica 040707: coloración de piel normal 040710: extremidades calientes 040713: ausencia de dolor localizado en extremidades 0401: estado circulatorio 040138: temperatura cutánea 040139: color de la piel	(1) Gravemente comprometidos (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido (1) Gravemente comprometidos (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido
00047: riesgo de deterioro de la integridad cutánea: r/c alteración de la circulación: factores de riesgo intrínsecos (DM, HTA) y extrínsecos (tabaco, alcohol)	3584: cuidados de la piel 5246: asesamiento nutricional 5603: enseñanza: cuidados de los pies	1101: integridad tisular: piel y membranas mucosas 110110: ausencia de lesión tisular	(1) Gravemente comprometidos (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido
00046: deterioro de la integridad cutánea: r/c alteración de la circulación (factores intrínsecos y extrínsecos). m/p destrucción tisular (úlceras arteriales)	3660: cuidados de las heridas	1103: curación de la herida por segunda intención 110312: necrosis 110303: secreción purulenta 110307: eritema cutáneo circundante	(1) Extenso (2) Sustancial (3) Moderado (4) Escaso (5) Ninguno
00044: deterioro de la integridad tisular: r/c alteración de la circulación (factores intrínsecos y extrínsecos). m/p destrucción tisular (úlceras arteriales)		110308: edema perilesional 110310: ampolla cutánea 110301: granulación 110321: disminución del tamaño de la herida	(1) Ninguno (2) Escaso (3) Moderado (4) Sustancia (5) Extenso

Las úlceras venosas tienen una prevalencia en la población del 0,5-0,8%. Son más frecuentes en el sexo femenino porque cumplen una relación de aparición de 1:3 varón-mujer (2,12,19,23,25,45). Su incidencia aumenta al cumplir 65 años de edad, se estima que aparecen entre dos y cinco casos por cada 1.000 personas al año (23,26,45).

En España esta patología afecta a unas 250.000-300.000 personas, genera una gran demanda en los servicios de Atención Primaria y Especializada. Además, tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente que las padece, provocando un elevado coste socioeconómico y sanitario (3,7,8,11,12,13,47,52). Este sobrecoste es debido mayoritariamente a su cronicidad y recidivas. Se calcula que entre un 40-50% de las úlceras venosas permanecen activas durante más de seis meses y entre un 25-30% recidivan a los 12 meses de su curación (8,11,12).

Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial de la úlcera venosa con respecto a la arterial (1,15,16,18,19,23,33,50,57,58). La úlcera venosa tiende a localizarse en el tercio inferior de la pierna o área de polaina, con

presencia de edema, exudado abundante, pulsos distales conservados y bordes irregulares y bien delimitados. Mientras que la úlcera arterial se caracteriza por localizarse en la zona distal, sin edema, exudado escaso, pulsos distales ausentes o disminuidos y bordes regulares y lisos (Ver Tabla 4) (19).

Tabla 4. Diferencias entre úlcera venosa y arterial o isquémica

CARACTERÍSTICAS	ÚLCERA VENOSA	ÚLCERA ARTERIAL O ISQUÉMICA
Etiología	Insuficiencia venosa	Isquemia arterial
Localización	Tercio inferior de la pierna o "área de polaina", supramaleolar interna	Zona distal (plantar, interdigital, talón, dedos y borde externo del pie)
Tamaño	Pequeño-grande (porque se pueden unir)	Pequeño
Forma	Ovalada	Redondeada
Profundidad	Superficial	Superficial y profunda
Bordes	Irregulares, bien delimitados, color violáceo brillante	Regulares, lisos, hiperémicos
Piel perilesional	Piel caliente y eczema, dermatitis, hiperpigmentación	Piel fría, pálida, sin vello, de aspecto pajizo, brillante y delgada
Dolor	Variable que se alivia con elevación de la extremidad	Intenso y continuo
Posición en decúbito	Mejora los síntomas	Empeora los síntomas
Exudado	Abundante	Seco o poco exudativo
Fondo	Fibrina, granulación	Esfacelo, necrótico, fibroso
Edema	Presente	Ausente
Infección	Menos frecuente	Frecuente
Pulsos distales	Presentes	Disminuidos o ausentes
Índice tobillo-brazo (itb)	Normal	Disminuido, excepto pacientes diabéticos que puede estar aumentado

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba diagnóstica, objetiva y no invasiva, utilizada para descartar la presencia de patología arterial (24,38). Consiste en la toma de la presión arterial sistólica (PAS) del tobillo o supramaleolar, dividida por la PAS del brazo o braquial. Para su determinación se requiere de un doppler u oscilómetro (16,38,43). Si el valor del ITB es igual a 1 se descarta la presencia patología arterial, cifras superiores a 0,5 indican la existencia de una isquemia crítica y valores entre 0,5 y 0,9 confirman la existencia de claudicación intermitente (13,14,16,24,25,37,38). Varios autores consultados referencian el límite de ITB asintomático entre 0,9 y 1; sin embargo, otros autores establecen cifras entre 0,8 y 1 para el ITB asintomático (Ver Tabla 5) (16).

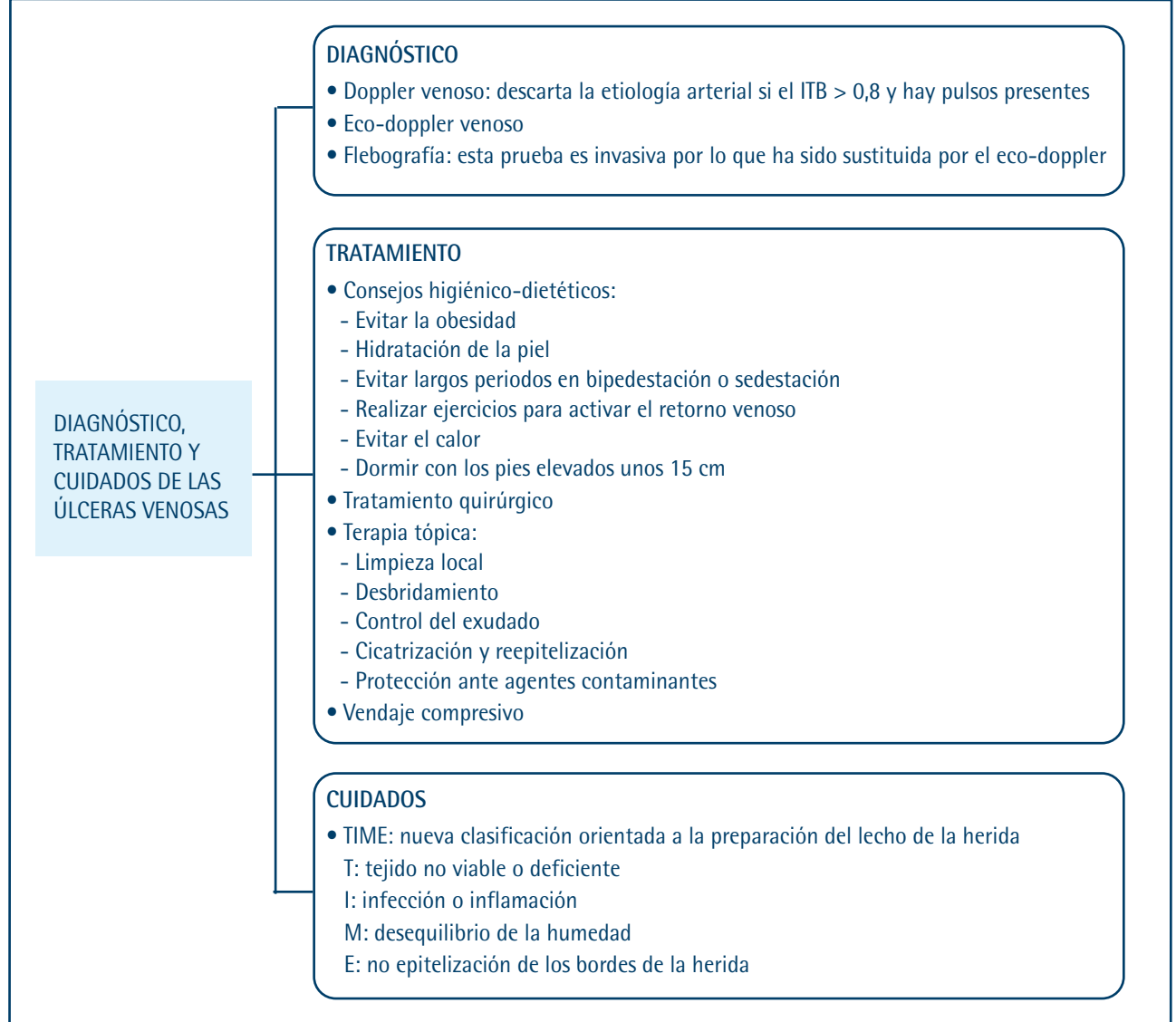
Tabla 5. Interpretación del índice tobillo-brazo (ITB)

INTERPRETACIÓN	VALOR DEL ITB
Normal	1
Asintomático	0,9-1
Claudicación intermitente	0,5-0,9
Isquemia crítica	> 0,5

Para diagnosticar las úlceras venosas se emplean instrumentos como la flebografía, el eco-doppler o el doppler venoso. Este último es muy útil para descartar la presencia de patología arterial si el ITB es mayor de 0,8 y hay pulsos presentes (12,14,16,17,19,23,37,43). Otra técnica diagnóstica es la flebografía, debido a que es una prueba invasiva ha sido sustituida por el eco-doppler (59,60).

Tras el diagnóstico de la úlcera venosa se procede a realizar su tratamiento. Entre las modalidades terapéuticas disponibles se pueden encontrar los consejos higiénico-dietéticos, el tratamiento quirúrgico, la terapia tópica, el vendaje compresivo y el empleo del acrónimo TIME (1,4,5,8,9,12,14,16,17,19,23,33,38,41,44,45,49,63). El objetivo del esquema dinámico TIME es poner en práctica el principio de la preparación del lecho de la herida, surgió como un acrónimo en inglés y está formado por cuatro componentes clave: T-control del tejido no viable o deficiente, I-control de la infección o inflamación, M-control de la humedad y E-control de la granulación o epitelización de los bordes de la herida (14,16,17,44,45,49). Otro de los métodos terapéuticos disponibles es el vendaje compresivo. Este actúa mejorando el funcionamiento de la bomba de la pantorrilla, facilitando la microcirculación, compensando los efectos de la hipertensión venosa, reduciendo el edema y mejorando la sintomatología de las úlceras venosas (5,7,8,13,14,19,23,27,33,34,49). El tratamiento ha de ser siempre individualizado en cada paciente y debe adaptarse a los cambios que va sufriendo la úlcera venosa (Ver Tabla 6) (14).

Tabla 6. Algoritmo de diagnóstico, tratamiento y cuidados de las úlceras venosas



Objetivos

El objetivo general de este artículo es conocer la evidencia disponible acerca del empleo del vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen úlceras venosas.
- Reducir el coste sanitario que provoca esta patología.
- Disminuir la carga asistencial en los servicios de salud.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos biomédicas Medline a través de PubMed, PubMed Clinical Queries, Trip Database y La Biblioteca de Cochrane Plus, desde septiembre a diciembre de 2014. Para la búsqueda se han empleado los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) úlcera varicosa, vendajes de compresión y *The Medical Subject Headings* (MeSH) *varicose ulcer*, *compression bandages*, empleando distintas combinaciones de estos.

Se han seleccionado los artículos originales, revisiones y guías de práctica clínica, publicados entre 2003-2014, en los idiomas castellano, inglés y portugués. Además, se ha realizado un curso sobre el uso de medidas de compresión en las úlceras venosas con el objetivo de obtener más información acerca de la aplicación de la terapia compresiva.

A continuación se detallan las estrategias de búsqueda realizadas en las diferentes bases de datos, los resultados obtenidos y se especifican aquellos artículos que han demostrado ser relevantes con el objetivo del estudio.

En la base de datos PubMed se han obtenido un total de 226 resultados mediante el uso de los descriptores *varicose ulcer* y *compression bandages*. En una segunda búsqueda se han utilizado estos descriptores además de artículos a texto completo y revisiones sistemáticas utilizadas en humanos y se han localizado 43 resultados. Tras descartar aquellos artículos no relevantes, es decir, que no guardan relación directa con los objetivos de nuestro estudio, se han seleccionado un total de ocho artículos que corresponden con los artículos 2,3,4,5,6,7,9 y 20 de la bibliografía (Ver Tabla 7). Los autores han seleccionado los estudios teniendo en cuenta la clasificación de la Pirámide de Haynes y siempre en busca de ensayos clínicos aleatorios para cumplir criterios de su calidad, fiabilidad y validez.

Tabla 7. Búsqueda bibliográfica en PubMed

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
" <i>Varicose Ulcer</i> "[MeSH] AND " <i>Compression Bandages</i> "[MeSH]	226
" <i>Varicose Ulcer</i> "[MeSH] AND " <i>Compression Bandages</i> "[MeSH] AND (systematic[sb] AND "loattrfull text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms])	43
Artículos encontrados que han demostrado ser relevantes con el objetivo del estudio	2,3,4,5,6,7,9,20

En la búsqueda realizada en *PubMed Clinical Queries* dentro de la categoría de *Therapy*, se han encontrado 123 resultados enlazando los descriptores *varicose ulcer* y *compression bandages*. En una segunda búsqueda se han empleado estos descriptores además de las revisiones sistemáticas en humanos y se han obtenido 30 resultados. Tras analizar los resultados, se ha comprobado que los artículos 2,4,5,6,7,8 y 9 de la bibliografía mostraban relación con el objetivo del estudio (Ver Tabla 8).

En la base de datos *Trip Database* se han encontrado un total de 155 resultados enlazando los descriptores *varicose ulcer* y *compression bandages*. En esta base de datos solo se ha localizado un artículo relevante, se trata de una revisión sistemática de Cochrane y corresponde con el número 2 de la bibliografía (Ver Tabla 9).

Tabla 8. Búsqueda bibliográfica en *PubMed Clinical Queries (Categories Therapy)*

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
" <i>Varicose Ulcer</i> "[MeSH] AND " <i>Compression Bandages</i> "[MeSH]	123
" <i>Varicose Ulcer</i> "[MeSH] AND " <i>Compression Bandages</i> "[MeSH] AND (systematic[<i>sb</i>] AND " <i>humans</i> "[MeSH Terms])	30
Artículos encontrados que han demostrado ser relevantes con el objetivo del estudio	2,4,5,6,7,8,9

Tabla 9. Búsqueda bibliográfica en PubMed

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
" <i>Varicose Ulcer and Compression Bandages</i> " <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evidence-based Synopses</i>: 7 • <i>Systematic Reviews</i>: 34 • <i>Guidelines</i>: 32 • <i>Controlled Trials</i>: 58 • <i>Extended Primary Research</i>: 2 • <i>eTextbooks</i>: 22 	Total: 155
Artículos encontrados que han demostrado ser relevantes con el objetivo del estudio	2

En La Biblioteca Cochrane Plus se han localizado un total de 22 resultados mediante la búsqueda en título y resumen de la palabra clave úlceras venosas. Tras analizar los resultados solo se ha detectado un artículo que se adaptara al objetivo de la búsqueda. Este artículo corresponde con el número 9 de la bibliografía y se trata de la revisión sistemática Cochrane traducida del artículo número 2 localizado en la base de datos Trip Database (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Búsqueda bibliográfica en La Biblioteca Cochrane Plus

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
Úlceras venosas (incluidas en título y resumen) <ul style="list-style-type: none"> • Revisiones Cochrane plus: 21 • Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Iberoamericanas: 1 	Total: 22
Artículos encontrados que han demostrado ser relevantes con el objetivo del estudio	9

Tras realizar un análisis de las búsquedas, se concluye que los artículos 2 y 9 han sido encontrados en todas las búsquedas de las bases de datos, por ello, se ha procedido a realizar su búsqueda y lectura exhaustiva. El artículo número 2 es una revisión sistemática Cochrane del año 2009, titulado *Compression for venous leg ulcers*, esta revisión es más actual y posee el mayor nivel de evidencia con respecto a los demás artículos encontrados. El artículo número 9 titulado "Compresión para las úlceras venosas de las piernas", corresponde con la revisión sistemática Cochrane traducida del artículo número 2 citado anteriormente (Ver Imagen 1).

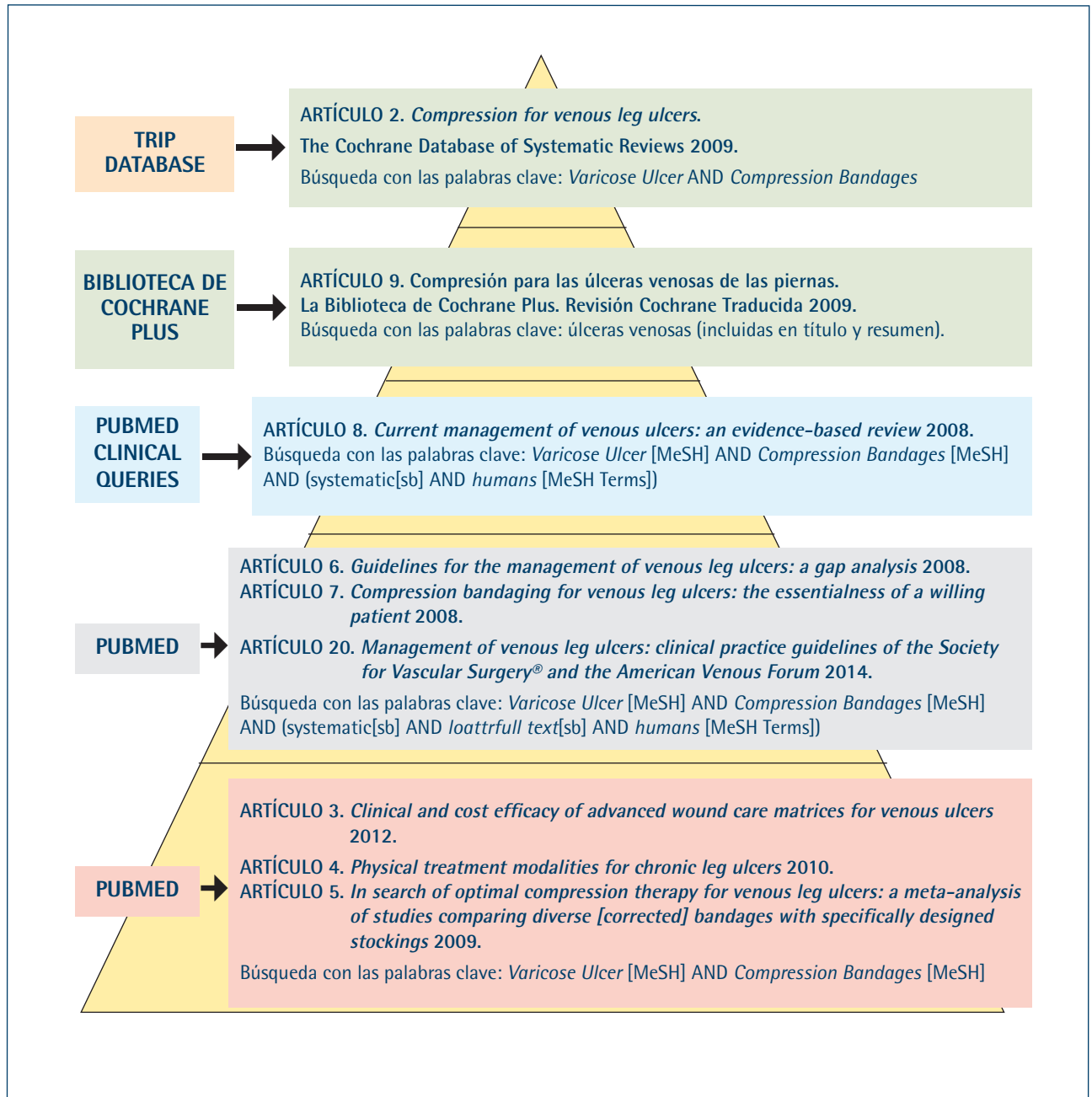


Imagen 1. Escala acerca de la relevancia de los artículos obtenidos mediante la búsqueda

Resultados

La terapia compresiva es una de las mejores prácticas para la cicatrización de las úlceras venosas, existen numerosas evidencias en estudios recientes que avalan su uso (2,3,4,5,7,8,9,14,24,25,34,40). Sin embargo, otras terapias alternativas como los ultrasonidos, la terapia de presión negativa, la terapia de electroestimulación o la terapia electromagnética no tienen datos científicos que justifiquen su uso (4,12,35). Estudios recientes confirman niveles de reducción medias del área de las úlceras venosas del 51% a las cuatro semanas de tratamiento (10,39). Sin embargo, a pesar de su efectividad se han observado índices de seguimiento de esta terapia muy bajos. Entre los factores que podrían dificultar su uso se encuentran el

desconocimiento o falta de perfeccionamiento por parte de los profesionales de enfermería, la falta de aceptación por parte del paciente y/o la mala tolerancia a la terapia (2,7,9,12,13,14,43,66,67).

Se ha evidenciado que entre los efectos vendaje compresivo se encuentran una mejora de la microcirculación, de la sintomatología de las úlceras venosas y una reducción de la hipertensión venosa y del edema (3,5,7,9,19,62). Los principales beneficios que aporta son la reducción del gasto del sistema sanitario, la mejora la calidad de vida del paciente, la disminución de la carga de trabajo de enfermería y el aumento de la satisfacción entre los profesionales sanitarios (9,13,14,62,66). El coste provocado por las úlceras venosas se ha demostrado que guarda relación con el tiempo que tardan en su curación (3).

Diversos artículos confirman que la terapia compresiva por sí sola es insuficiente para la completa curación de las úlceras siendo necesario acompañarla de otros métodos terapéuticos coadyuvantes como la utilización del esquema TIME, los consejos higiénico dietéticos, la terapia tópica, etc. (3,8,10,14,25,41,44,45,63). Además, este vendaje ha de ir acompañado de un correcto diagnóstico y tratamiento de las causas subyacentes de la úlcera, por ello diversas sociedades científicas recomiendan el seguimiento de pautas en las que colaboren de forma coordinada todos los profesionales sanitarios (4,61).

La *International Leg Ulcer Advisory Board* indica la existencia de tres pilares principales en el tratamiento de las úlceras venosas, estos son una evaluación detallada, un diagnóstico preciso y la utilización de la terapia compresiva (9,13,14,25). Para realizar un correcto diagnóstico existen una serie de recomendaciones con un nivel de evidencia A que indican que se debe determinar el valor del ITB además de realizar un exhaustivo examen clínico (Ver Tabla 11) (24).

Tabla 11. Grado de las recomendaciones según el nivel de evidencia

EVIDENCIA	GRADO DE LAS RECOMENDACIONES
Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado o metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados sobre la que basar la recomendación	A
Evidencia de estudios clínicos bien diseñados, pero no de ensayos controlados aleatorizados sobre el tema de la recomendación	B
Evidencia obtenida de los informes elaborados por comités de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables	C

A lo largo de muchas décadas se ha empleado el vendaje compresivo, sin embargo, se ha comprobado que su eficacia depende en gran parte de su correcta técnica de aplicación (7,14,68). Para una correcta colocación se debe aplicar la presión sobre la circunferencia de tobillo conocida de 23 cm y con una superposición de un 50% de la capa anterior (13,14,42). Además, para que la compresión sea efectiva y no aparezcan eventos adversos se aconsejan niveles de presión 40 mmHg, la utilización de niveles superiores a 60 mmHg pueden provocar daños tisulares, sobre todo si se colocan en zonas de prominencias óseas, pudiendo llegar ocasionar úlceras en el dorso del pie o incluso necrosis del tejido sobre la tibia (14,16,21,25,42,46,64,68).

Respecto a los valores del ITB, para poder utilizar el vendaje compresivo se requiere que su valor sea igual a 1, descartando así la presencia de patología arterial, si el valor es menor de 0,6 está totalmente contraindicado su uso (13,14,25,34,38). Algunos autores recomiendan que debe realizarse el seguimiento por enfermeros especializados en el caso de aparecer valores menores de 0,8 en el ITB (16,34,35).

En la literatura científica consultada se han encontrado recomendaciones con dos niveles de evidencia respecto al uso del vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas. En primer lugar con un nivel de evidencia A, se ha confirmado que este vendaje consigue aumentar las tasas de cicatrización, y con un nivel de evidencia B, se ha demostrado su utilidad para prevenir recidivas y cronicidad (2,7,8,9,12,13,20,22,24,25).

Existen tres tipos de vendajes compresivos en función de su composición: los vendajes inelásticos, elásticos y los multicapas, estos últimos combinan las propiedades de los elásticos e inelásticos (2,5,9,19,21,48,51). Los sistemas que poseen algún componente elástico se ha evidenciado que son más eficaces que los que no contienen ningún componente elástico (2,5,9,21). Dentro de los sistemas multicapas, existen evidencias disponibles que confirman que logran niveles de curación de hasta un 70% a las 12 semanas de su aplicación, además aquellos que contienen algún componente elástico parecen ser más eficaces que los compuestos principalmente por componentes inelásticos (2,5,13,21,25,48,51).

Los vendajes compresivos también pueden clasificarse en función del número de componentes que poseen, en la actualidad existen sistemas de uno, dos, tres o cuatro componentes. Otra tipología de vendaje es el vendaje multicapa elástico que está compuesto por un primer estrato almohadillado o venda de protección que está en contacto con la superficie cutánea sobre la que se aplica un número variable de vendas de sujeción y compresión de distinto material y elasticidad tras realizar la cura de la úlcera correspondiente.

Los vendajes de más de un componente se ha demostrado que son más efectivos que los de un solo componente, además los de dos componentes parece ser que funcionan igual que los de cuatro (2,5,7,8,9,12,13,20,22,64,65). En una de las revisiones encontradas se afirma que los sistemas de cuatro componentes tienen menores efectos adversos, aportando una mayor calidad de vida al paciente (9,64,65).

La eficacia de la terapia compresiva también depende, en gran parte, del nivel de compresión que se aplica (5,9). Los sistemas de alta compresión y multicapa son más eficaces que los sistemas de baja compresión y una sola capa (2,5,21,48,51). Sin embargo, hay que tener especial cuidado con los vendajes de alta compresión sobre todo en pacientes con déficit de suministro de sangre en las EEII, debido a que el vendaje puede comprometer todavía más el suministro de sangre en las piernas, contribuyendo a que aparezcan lesiones por presión (9,64).

Durante la revisión bibliográfica se han localizado estudios y ensayos no solo acerca del vendaje compresivo sino acerca del uso de las medias compresivas (5). Estos han confirmado que las medias presentan mayores tasas de curación en comparación con los vendajes y que entre sus ventajas se encuentran una mayor tolerancia por los pacientes, prevención del desarrollo de úlceras venosas y reducción de sus recidivas (5,21,40,66).

Se ha encontrado un estudio que analizaba la eficacia de la terapia compresiva junto con la utilización de un producto de barrera para la protección de la piel perilesional (10,39). Este artículo evidenciaba que el uso conjunto de ambos productos conseguía aumentar la efectividad global del tratamiento, además se observó una significativa reducción de la úlcera a las 12 semanas del inicio de la terapia (10).

En la actualidad, los profesionales sanitarios disponen de numerosas herramientas para el tratamiento de las úlceras venosas como son las guías de terapia compresiva (6). Un estudio consultado evidencia que los consejos que aportan estas guías están basados principalmente en el mejor nivel de evidencia disponible, sin embargo, este estudio indica que uno de los principales inconvenientes de estas guías y/o protocolos es que no tienen en cuenta aspectos como la participación del enfermo, su estilo de vida o el dolor que padece, que son imprescindibles para asegurar una atención integral (6).

Conclusiones

En España gran cantidad de pacientes padecen úlceras en EEII, provocando un elevado coste al sistema sanitario. Sería recomendable realizar más estudios y de mayor calidad acerca de la efectividad de los diferentes tratamientos y de la terapia por compresión para disponer de mayor información al respecto, ya que se ha demostrado que el número de estudios disponibles en la actualidad son escasos (3,10,65).

Para lograr incrementar los índices de seguimiento del vendaje compresivo, sería aconsejable fomentar la formación entre los profesionales sanitarios, además de utilizar una serie de estrategias que permitan una mayor aceptación y mantenimiento del vendaje por parte del paciente (67). La formación aportará al profesional capacidad para realizar el procedimiento con unas garantías de calidad y seguridad, pudiendo así ofrecerlo al paciente en la cartera de servicios y aplicarlo con efectividad (2,7,9,12,13,14,61).

Tras analizar las publicaciones existentes acerca del vendaje compresivo, se han detectado una serie de sesgos de publicación que podrían estar relacionados con factores como la experiencia del profesional, aunque esto no se sabe con exactitud. Para la corrección de estos sesgos se deberían realizar más ensayos además de contribuir a su publicación (9,61,65).

La utilización de medias compresivas ha quedado demostrado que poseen una gran cantidad de ventajas, por ello se debería incentivar su uso entre los profesionales sanitarios (5,21,43,61,67).

Estudios consultados han confirmado que las medias de alta compresión y los vendajes multicapa son muy eficaces en el tratamiento de úlceras venosas, sin embargo, para poder establecer diferencias significativas entre ellos se necesitarían realizar un mayor número de estudios al respecto (2,5,21,48,51,64,65).

Tras la lectura de los artículos obtenidos mediante la búsqueda bibliográfica y en relación con el objetivo del trabajo, se concluye que efectivamente hay un beneficio factible con respecto a la cicatrización de las úlceras venosas, si se realiza la compresión con vendaje. Se debería proponer la inclusión de esta técnica en la práctica asistencial diaria de los centros sanitarios, tras la formación pertinente a los profesionales y proveerles de los recursos necesarios para el diagnóstico precoz y el tratamiento de las úlceras venosas (61).

Los profesionales sanitarios deberían integrar en esta patología la prevención secundaria, mediante la educación terapéutica para poder controlar los síntomas y prevenir así los problemas de este grupo de pacientes.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas aquellas personas que han colaborado tanto en la redacción del artículo como en la realización de la búsqueda bibliográfica. También nos gustaría agradecerles su gran interés mostrado en relación al vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas, ya que con este estudio pretendemos prestar una asistencia a nuestros pacientes más segura y de calidad.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- [1] Guimarães Barbosa JA, Nogueira Campos LM. Directrices para el tratamiento de úlcera venosa. Revista Enfermería Global [Internet]. 2010 octubre [citado 05 may 15];9(3):[aprox 13 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision2.pdf>
- [2] O'Meara S, Cullum N, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1 [Internet database]. Oxford: Update Software Ltd; 2008. [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160178>
- [3] Hankin CS, Knispel J, Lopes M, Bronstone A, Maus E. Clinical and cost efficacy of advanced wound care matrices for venous ulcers. Journal of managed care and pharmacy [Internet]. 2012 June [citado 05 may 15];18(5):375-84. Disponible en: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=15289>
- [4] Dissemmond J. Physical treatment modalities for chronic leg ulcers. Der Hautarzt: Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete [Internet]. 2010 May [citado 05 may 15];61(5):387-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20376423>
- [5] Amsler F, Willenberg T, Blättler W. In search of optimal compression therapy for venous leg ulcers: a meta-analysis of studies comparing diverse [corrected] bandages with specifically designed stockings. Journal of vascular surgery [Internet]. 2009 September [citado 05 may 15];50(3):668-74. Disponible en: [http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(09\)01030-1/pdf](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(09)01030-1/pdf)
- [6] Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. Guidelines for the management of venous leg ulcers: a gap analysis. Journal of evaluation in clinical practice [Internet]. 2008 October [citado 05 may 15];14(5):812-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284519>
- [7] Annells M, O'Neill J, Flowers C. Compression bandaging for venous leg ulcers: the essentialness of a willing patient. Journal of clinical nursing [Internet]. 2008 February [citado 05 may 15];17(3):350-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18205691>

- [8] Herschthal J, Kirsner RS. Current management of venous ulcers: an evidence-based review. *Surgical technology international* 2008;17:77-83.
- [9] O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compresión para las úlceras venosas de las piernas. La Biblioteca Cochrane Plus. Revisión Cochrane traducida 2009, Número 2 [Base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008. [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000265>
- [10] Serra N, Palomar F, Fornes B, Capillas R, Berenguer M, Aranda J, et al. Efectividad del tratamiento de las úlceras venosas con vendaje compresivo multicapa asociado a protección de la piel perilesional con Cavilon® (película barrera no irritante). *Gerokomos* [Internet]. 2010 septiembre [citado 05 may 15];21(3):124-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300006&lng=es
- [11] Marinel lo Roura J. Úlceras de la extremidad inferior. Concepto, clasificación y epidemiología de la úlcera de extremidad inferior. En: *Úlceras de la Extremidad Inferior*. Barcelona: Glosa; 2005. p. 25-44.
- [12] White Chu EF, Conner Kerr TA. Overview of guidelines for the prevention and treatment of venous leg ulcers: a US perspective. *Journal of multidisciplinary healthcare* [Internet]. 2014 February [citado 05 may 15];11(7):111-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930479/>
- [13] Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Partsch H, Clark M, Franks PJ, Posnett J, et al. Comprendiendo la terapia compresiva. Documento de posicionamiento. European Wound Management Association. Londres [Internet]. 2003 [citado 05 may 15]. Disponible en: http://www.ulceras.net/mo-nograficos/posicionamiento_compresion.pdf
- [14] Farrero Mena J, Blanco Blanco J. Manejo de las úlceras de etiología venosa y la terapia compresiva. Universitat de Lleida. Facultat d'Infermeria [Internet]. 2013 [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47003/jfarrerom.pdf?sequence=1>
- [15] Aguiar ET, Pinto LJ, Figueiredo MA, Savino NS. Diretrizes sobre Diagnóstico, Prevenção e Tratamento da Sociedade e Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV). Úlcera de Insuficiência Venosa Crônica. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 2005 Julio [citado 05 may 15];4(2):195-200. Disponible en: http://www.jvascbr.com.br/Arquivo_2.pdf
- [16] Contreras Fariñas R, Ibáñez Clemente P, Roldán Valenzuela A, Germán Torres de Castro O. Guía de práctica clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y heridas AEEV. 2ª ed. Asociación Española de Enfermería Vascular y heridas [Internet]. 2014 [citado 05 may 15]. Disponible en: http://www.jvascbr.com.br/Arquivo_2.pdf
- [17] Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *International wound journal* [Internet]. 2012 December [citado 05 may 15];9(2):1-19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23145905>
- [18] Jiménez García JF, Barroso Vázquez M, de Haro Fernández, Hernández López MT. Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de las úlceras arteriales. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [Internet]. 2009 [citado 05 may 15]. Disponible en: http://www.aeev.net/pdf/Guia_de_cuidados_UA_def.pdf
- [19] Roldan Valenzuela A, González Gómez A, Armans Moreno E, Serra Perucho N. Guía de práctica clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular AEEV. Asociación Española de Enfermería Vascular [Internet]. 2004 marzo [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://www.aeev.net/guias/consenso2005.pdf>
- [20] O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *Journal of vascular surgery* [Internet]. 2014 August [citado 05 may 15];60(2):3-59. Disponible en: [http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(14\)00851-9/pdf](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(14)00851-9/pdf)
- [21] Thomas S, Fram P. An Evaluation of a new type of compression bandaging system. *World Wide Wounds* [Internet]. 2003 September [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2003/september/Thomas/New-Compression-Bandage.html>
- [22] Navas Hergueta M, López Laguna A. Insuficiencia venosa crónica. A propósito de un caso. *Actualización en Medicina de Familia* [Internet]. 2011 [citado 05 may 15];7(9):509-14. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=899
- [23] Vázquez Osorio I, García Rodiño S, Rodríguez Rodríguez M, Ginarte Val M, Vázquez Veiga H. Úlceras vasculares. Úlceras vasculares: úlceras venosas o úlceras de estasis, úlceras arteriales o úlceras isquémicas [Internet]. *Academia Española de Dermatología y Venereología*; 2014 septiembre [actualizado 19 Septiembre 2014; citado 05 may 15]. Disponible en: <http://aedv.es/profesionales/investigacion-y-proyectos/wikiderma/patologias/ulceras-vasculares>
- [24] Virani T, Santos J, McConnell H, Schouten J, Lappan Gracon S, Scott C, et al. Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración y manejo de las úlceras venosas en la pierna. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Ontario [Internet]. 2004 marzo [citado 05 may 15]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/UlcerasVenosas_spp_022014.pdf

- [25] Verdú J, Marinello J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla J. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. Documento de Consenso. CONUEI Barcelona [Internet]. 2008 septiembre [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://gneaupp.info/conferencia-nacional-de-consenso-sobre-ulceras-de-la-extremidad-inferior/>
- [26] Barbeito S, Barreda M, Lancianese K, Matheus C, Merheb M, Wehbe C, et al. Úlceras crónicas: modelo de integración entre patología vascular, inmunológica e infecciosa. VITAE, Academia Biomédica Digital [Internet]. 2011 julio-septiembre [citado 05 may 15];12(47):[aprox 18 p.]. Disponible en: http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_4386.pdf
- [27] Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- [28] Lober Aquilino M, Bellinger S, Brighton V, Budreau G, Daly J, Donahue MP, et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Barcelona: Elsevier; 2009.
- [29] Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [30] García León S, Muñoz García L, López Muñoz D. Plan de cuidados en paciente con úlcera en extremidad inferior de etiología venosa. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Internet]. 2012 [citado 05 may 15];4(2):459-406. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1007/1019>
- [31] López Muñoz D, Muñoz García L, García León S. Estandarización de cuidados en pacientes con úlceras de extremidad inferior de etiología venosa. Nure Investigación [Internet]. 2012 noviembre-diciembre [citado 05 may 15];9(61):[aprox 10 p.]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE61_protocolo_ulceras29102012183727.pdf
- [32] Noronha Bergonse F, Arariboia Rivitti E. Evaluation of arterial circulation using the ankle/brachial blood pressure index in patients with chronic venous ulcers. Anais Brasileiros de Dermatologia [Internet]. 2006 March-April [citado 05 may 15];81(2):131-135. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/en_v81n02a03.pdf
- [33] Lima Borges E. Tratamiento tópico de úlcera venosa: propuesta de una diretriz basada em evidências. [Tesis Doctoral]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
- [34] Robson MC, Cooper DM, Aslam R, Gould LJ, Harding KG, Margolis DJ, et al. Guidelines for the treatment of venous ulcers. Wound Repair and Regeneration [Internet]. 2006 November-December [citado 05 may 15];14(6):649-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17199831>
- [35] Milic DJ, Zivic SS, Bogdanovic DC, Perisic ZD, Milosevic ZD, Jankovic RJ, et al. A randomized trial of the Tubulcus multilayer bandaging system in the treatment of extensive venous ulcers. Journal of vascular surgery [Internet]. 2007 October [citado 05 may 15];46(4):750-55. Disponible en: [http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(07\)00751-3/pdf](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(07)00751-3/pdf)
- [36] Persoon A, Heinen MM, van der Vleuten CJ, de Rooij MJ, van de Kerkhof PC, van Achterberg T. Leg ulcers: a review of their impact on daily life. Journal of clinical nursing [Internet]. 2004 March [citado 05 may 15];13(3):341-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15009337>
- [37] Dereure O, Vin F, Lazareth I, Bohbot S. Compression and peri-ulcer skin in outpatients' venous leg ulcers: results of a French survey. Journal of wound care [Internet]. 2005 June [citado 05 may 15];14(6):265-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15974413>
- [38] Cuixart L, Martínez V, Sierra V, Capmajó C, Fuentes S, Dilmé JF, et al. Modelo de aplicación del índice tobillo-brazo en un centro de atención primaria. Anales de Patología Vasculosa 2007; 1(1):36-40.
- [39] Planinsek Rucigaj T. Effectiveness of non-alcohol film forming skin protector on the skin isles inside the ulcers and the healing rate of venous leg ulcers. Randomized clinical study. European Wound Management Association [Internet]. 2007 [citado 05 may 15];7(1):23-25. Disponible en: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/conference_abstracts/2006/oral/030.pdf
- [40] Glociczki P, Glociczki ML. Evidence on efficacy of treatments of venous ulcers and on prevention of ulcer recurrence. Perspective in vascular surgery and endovascular therapy [Internet]. 2009 December [citado 05 may 15];21(4):259-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20628101>
- [41] Vowden P, Vowden K, Carville K. Antimicrobial dressings made easy. Wounds International [Internet]. 2011 February [citado 05 may 15];2(1):[about 6 p.]. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/other-resources/_/43/files/content_9742.pdf
- [42] Thomas S. The use of the Laplace equation in the calculation of sub-bandage pressure. European Wound Management Association [Internet]. 2003 February [citado 05 may 15];3(1):21-23. Disponible en: <http://www.worldwidewounds.com/2003/june/Thomas/Laplace-Bandages.html>
- [43] Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S, González González AI, Permanyer Barrier J. Atención Primaria de Calidad. Guía de buena práctica clínica en patología venosa. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid [Internet]. 2004 [citado 05 may 15]. Disponible en: http://www.cuidatusvenas.org/wp-content/uploads/guia_venosa.pdf

- [44] Okan D, Woo K, Ayello EA, Sibbald G. The role of moisture balance in wound healing. *Advances in skin and wound care* [Internet]. 2007 January [citado 05 may 15];20(1):39-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17195786>
- [45] Anca Urbano Y, Tizón Bouza E. Manejo enfermero de un caso de úlcera vascular de miembro Inferior postraumática. Aplicación del concepto TIME. *Enfermería Dermatológica* [Internet]. 2011 enero-abril [citado 05 may 15];12:27-30. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4081560>
- [46] Cardona M. Insuficiencia venosa crónica. *Hipertensión Venosa. Anales de Patología Vascolar* 2009; 3(1):16-30.
- [47] Álvarez Fernández LJ, Lozano F, Marinel. Io Roura J, Masegosa Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología* [Internet]. 2008 enero-febrero [citado 05 may 15];60(1):27-36. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189615&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=43&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=294v60n01a13189615pdf001.pdf
- [48] Rodríguez Lucas R, Bañón Matéu A. Úlcera venosa recurrente. Aplicación de terapia compresiva multicapa. *Enfermería Dermatológica* [Internet]. 2009 mayo-agosto [citado 05 may 15];7:30-34. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4329210>
- [49] Moffatt C, Soldevilla Ágreda JJ, Falanga V, Romanelli M, Téot L, Vowden P, et al. Preparación del lecho de la herida en la práctica. Documento de posicionamiento. *European Wound Management Association. Londres* [Internet]. 2004 julio [citado 05 may 15]. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/452/files/content_9905.pdf
- [50] Protocolos de cuidados. Úlceras vasculares. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Dirección de Enfermería. Servicio Madrileño de Salud [Internet]. 2005 junio [citado 05 may 15]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185571&ssbinary=true>
- [51] Badallo León JL. Tratamiento de dos úlceras venosas: vendaje de compresión multicapa vs vendaje compresivo tradicional. *Metas Enferm* 2008; 11(9):15-20.
- [52] Coleridge Smith PD. Leg ulcer treatment. *Journal of vascular surgery* [Internet]. 2009 [citado 05 may 15];49(3):804-808. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0741521409000147/1-s2.0-S0741521409000147-main.pdf?_tid=30e97ae8-cb58-11e4-b93e-00000aacb35e&acdnat=1426454216_7bce90bca8a726a77e0fbd9c645dcc24
- [53] Piera M. Insuficiencia venosa crónica. *Farmacia Profesional* [Internet]. 2006 febrero [citado 05 may 15];20(2):52-4. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13084619&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=3&ty=41&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v20n02a13084619pdf001.pdf
- [54] Bellmunt S, Miquel C, Reina L, Lozano F. La insuficiencia venosa crónica en el Sistema Nacional de Salud. Diagnóstico, indicaciones quirúrgicas y priorización de listas de espera. Documento de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar (SEACV) y del Capítulo de Flebología y Linfología de la SEACV. *Angiología* [Internet]. 2013 marzo-abril [citado 05 may 15];65(2):61-71. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90198152&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=98&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=294v65n02a90198152pdf001.pdf
- [55] Aguilar LC. Trastornos circulatorios de las extremidades inferiores (I). Clasificación, epidemiología, fisiopatología, clínica y complicaciones. *Offarm* [Internet]. 2003 octubre [citado 05 may 15];22(9):94-104. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13053132&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v22n09a13053132pdf001.pdf
- [56] Rendón Elías FG, Hernández Sánchez M, Garza Martínez H, del Campo Abadiano JA, Fuentes Puga V, Gómez Danés LH. Úlcera en la pierna de etiología hipertensiva. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2011 julio-septiembre [citado 05 may 15];13(53):144-49. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90035644&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=304&ty=40&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=304v13n52a90035644pdf001.pdf
- [57] Grey JE, Harding KG, Enoch S. Venous and arterial leg ulcers. *BMJ* [Internet]. 2006 February [citado 05 may 15];332(7537):347-50. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/332/7537/347.full.pdf>
- [58] Vasudevan B. Venous leg ulcers: Pathophysiology and Classification. *Indian Dermatology Online Journal* [Internet]. 2014 July [citado 05 may 15];5(3):366-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25165676>
- [59] Fontuberta García J, Samsó JJ, Senin Fernández ME, Vila Coll R, Ferrer E. Actualización de la guía para el diagnóstico no invasivo de la insuficiencia venosa (I). Documento de consenso del capítulo de diagnóstico vascular de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascolar. *Angiología* [Internet]. 2015 marzo-abril [citado 05 may 15];67(2):125-32. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90386187&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=33&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=294v67n02a90386187pdf001.pdf

- [60] Brizuela Sanz JA, San Norberto García EM, Merino Díaz B, Vaquero Puerta C. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores. *Medicine* [Internet]. 2013 noviembre [citado 05 may 15];11(45):2717-20. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0304541213706887/1-s2.0-S0304541213706887-main.pdf?_tid=8ff56dcc-d01b-11e4-b88a-00000aab0f6b&acdnat=1426977932_253b94594a3c8742364dcb88a62ecce7
- [61] Mateus Queiroz F, Barros da Costa Aroldi J, Deneluz Schuck de Oliveira G, Ciqueto Peres HH, Conceição de Gouveia Santos VL. Venous ulcer and compression therapy for nurses: development of online course. *Acta paulista de enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 05 may 15];25(3):435-40. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a18.pdf
- [62] Park SH, Ferreira K, Santos VL. Understanding pain and quality of life for patients with chronic venous ulcers. *Wounds* [Internet]. 2008 November [citado 05 may 15];20(11):309-11. Disponible en: <http://www.woundsresearch.com/content/understanding-pain-and-quality-life-patients-with-chronic-venous-ulcers>
- [63] Lima Borges E, Larcher Caliri MH, Haas VJ. Revisión sistemática del tratamiento tópico de la úlcera venosa. *Revista Latino Americana de Enfermería* [Internet]. 2007 noviembre-diciembre [citado 05 may 15];15(6):1163-70. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_16.pdf
- [64] Protz K, Heyer K, Verheyen-Cronau I, Augustin M. Loss of interface pressure in various compression bandage systems over seven days. *Dermatology* [Internet]. 2014 november [citado 05 may 15];229(4):343-52. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/365111>
- [65] Ashby RL, Gabe R, Ali S, Saramago P, Chuang LH, Adderley U, et al. VenUS IV (Venous leg Ulcer Study IV) - compression hosiery compared with compression bandaging in the treatment of venous leg ulcers: a randomised controlled trial, mixed-treatment comparison and decision-analytic model. *Health Technology Assessment* [Internet]. 2014 September [citado 05 may 15];18(57):1-294. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262506/pdf/TOC.pdf>
- [66] McNichol E. Involving patients with leg ulcers in developing innovations in treatment and management strategies. *British journal of community nursing* [Internet]. 2014 September [citado 05 may 15];19(9):27-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25192559>
- [67] Tinkler M, Hoy L, Martin D. A framework for challenging deficits in compression bandaging techniques. *British journal of community nursing* [Internet]. 2014 September [citado 05 may 15];19(9):14-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25192557>
- [68] Protz K, Heyer K, Dörler M, Stücker M, Hampel-Kalthoff C, Augustin M. Compression therapy: scientific background and practical applications. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* [Internet]. 2014 September [citado 05 may 15];12(9):794-801. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134422>

Portal líder en información para estudiantes y
profesionales de Enfermería



Biblioteca Digital Textos y documentos **encuentra@**
Test de Enfermería **aulaeir** Pack de revistas
Apuntes **enferteca** Tienda online **foro de expertos**
auladae Información de estudiantes **aulaope**
Diario Dicen Ofertas de empleo **Congresos**

¹ Jorge Rouco Velasco
¹ Diego Tuñas Maceiras
¹ María Iglesias Gutiérrez
¹ Adrián López Pérez
¹ David Carlos Lago Valverde
¹ Nuria María Lago del Riego

Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre el documento de instrucciones previas (DIP)

¹ Enfermero/a de la Asociación de Jóvenes Enfermeros de Galicia.

Dirección de contacto: jroucovelasco@hotmail.com

Resumen

Objetivo: el documento de instrucciones previas (DIP) es la manifestación por escrito de las voluntades, en el que una persona mayor de edad, capaz y libre, expresa sus deseos respecto a cómo quiere ser tratado por su médico o equipo sanitario en caso de estar incapacitado para ello, y/o el destino de sus propios órganos y su cuerpo.

Objetivo: valorar la percepción que los profesionales de enfermería de Atención Primaria tienen de sus propios conocimientos sobre el DIP y cuáles son sus actitudes.

Material y método: estudio cuantitativo descriptivo, de campo y transversal utilizando como método de estudio una encuesta validada por expertos y diseñada específicamente para este fin.

Resultados: de una muestra de 99 profesionales, el 87,9% sabe lo que es un DIP y el 67,70% no conoce la legislación vigente. Un 67,7% no sabe cómo formalizar y/o registrar un DIP. Un 62,6% no conoce la existencia del Registro de Instrucciones Previas y un 86,9% no sabe cuál es la validez del documento de este registro en el resto de España. El 81,82% no ha recibido cursos de formación en los últimos cinco años. Un 62,63% cree que la difusión e información es una labor a realizar desde Atención Primaria, pero un 85,9% no ha informado a ningún paciente y el 72,73% no sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente lo ha formalizado. El 76,8% de los profesionales consideró que el DIP es una herramienta útil para la atención sanitaria.

Conclusiones: en este estudio se ha constatado el escaso conocimiento que los profesionales tienen sobre el DIP, la buena actitud que tienen para mejorar sus conocimientos sobre el tema y la casi nula información que dan a sus pacientes.

Palabras clave: documento de instrucciones previas (DIP); testamento vital; instrucciones previas; voluntades anticipadas; Atención Primaria.

Abstract

Primary Care nurses knowledge and attitudes on living will forms (LW)

Purpose: A living will form (LW) consist of a written statement on the wishes of an adult, able, and free individual, and describes how he/she wants to be treated by his/her doctor or healthcare team in case he/she is not able to make such decisions. It also includes instructions regarding the potential end use of his/her organs and body.

Purpose: To assess the perceptions of Primary Care nurses on their own knowledge and attitudes on LW.

Material and methods: A descriptive quantitative cross-sectional field study based on a validated questionnaire that was developed by experts and specifically designed for such aim.

Results: Among 99 nurses included in the study sample, 87.9% knew what LW is, and 67.70% were not aware of the current laws regarding it. About 67.7% did not know how to fill out and/or record a LW. About 62.6% did not know a Registry for Living Wills existed, and 86.9% did not know whether a LW included in this Registry is also valid in other places in Spain. About 81.82% had not attended any training course in the last five years. About 62.63% thought that spreading and communicating information on LW should be carried out by Primary Care, but 85.9% had not ever given details on it to any patient, and 72.73% did not know how to find out in medical records if a patient has issued a LW. About 76.8% of nurses stated LW is a useful tool for healthcare.

Conclusions: The present study has found a very limited knowledge by nurses on LW, a favorable attitude to improve such knowledge, and that they provide their patients virtually no details on LW.

Key words: living will form (LW); living will; health care directive; advance directive; Primary Care.

Introducción

Marco teórico

¿Qué es el documento de instrucciones previas (DIP)?

El documento de instrucciones previas, también conocido como testamento vital, testamento biológico, directrices previas o avanzadas, o voluntades anticipadas; es la manifestación por escrito de las voluntades, en el que una persona mayor de edad, capaz y libre, expresa sus deseos respecto a cómo quiere ser tratado por su médico o equipo sanitario, y/o el destino de sus propios órganos y su cuerpo (1). El médico responsable y el equipo sanitario están obligados a tenerlo en cuenta y a aplicarlo de acuerdo a lo establecido en la ley.

Origen de las instrucciones previas

Todo surge con el consentimiento informado, que tiene su origen en EE.UU. en el año 1914, cuando el juez Benjamín Cardozo estableció el derecho de autodeterminación del paciente, y la necesidad de obtener de este un consentimiento para realizar procedimientos médicos invasivos. Entre 1930 y 1960 se desarrollaron las técnicas médicas de reanimación y soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la ventilación mecánica. De estas técnicas obtendremos grandes beneficios en la mayoría de los casos pero, a su vez, surge el miedo a una agonía excesiva y mecanizada; a una alienación al final de la vida (2).

Fue en 1969 cuando el abogado estadounidense Luis Kutner, propuso un documento cuya finalidad sería facilitar los derechos de los moribundos a controlar las decisiones sobre su propio tratamiento. Además, proponía que en el caso de que el estado corporal del individuo llegase a ser completamente vegetativo y fuera seguro que no va a poder recuperar sus capacidades mentales y físicas, el tratamiento médico debía cesar. También indicó seis posibles nombres para dicho documento, uno de los cuales fue *living will* (testamento vital).

Esta nueva concepción de la importancia del derecho individual de autonomía surge intentando dejar atrás la concepción paternalista de la atención sanitaria, en la que era el médico el que decidía qué era lo mejor para el paciente, pasando a ser el propio paciente el que decida qué tratamientos acepta o cuáles rechaza, pudiendo así tener un pleno control sobre su propia vida. Así, los pacientes eligen lo que creen que es bueno para ellos, aunque en ocasiones no coincida con la opinión del médico. Desde que se redactó la Constitución Española de 1978, ha ido surgiendo legislación para regular el uso de los DIP, los requisitos que debe cumplir así como la creación de Registros de Instrucciones Previas Nacionales como autonómicos. Para garantizar una correcta y completa atención sanitaria adquiere vital importancia el conocimiento por parte de todo el personal sanitario de este derecho, tanto para informar a los pacientes sobre cómo dejar constancia sobre sus voluntades de manera efectiva, como para poder aplicar las instrucciones previas de estos.

Legislación del DIP en España

En España, sería la Constitución Española de 1978 en su artículo 15: *"Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes"* (7), la que sentaría las bases jurídicas para el desarrollo de las instrucciones previas en nuestro país (8).

Posteriormente la Ley 14/1986, de 25 de abril (9) en su artículo 10 constituyó su primera e importante traducción legislativa. Sería en 1997, cuando los Estados miembros del Consejo de Europa suscriben en Oviedo el Convenio para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la biomedicina (10), ratificado por España en el año 2005. En él se establece el respeto a la integridad del ser humano y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (art. 1). Específicamente, se refiere a las instrucciones previas en su artículo 6, para la protección de las personas que no tengan capacidad de expresar su consentimiento, y en el artículo 9 sobre los deseos expresados anteriormente: *"Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad"* (10).

El paso siguiente será facilitar el acceso al documento mediante el Real Decreto 124/200712, con el que quedará legislada en España la creación de un Registro Nacional de Instrucciones Previas, en el que se recogen los DIP inscritos en los registros autonómicos y en el que se explica cómo ha de ser el procedimiento registral y detalla quién tiene acceso al Registro

Nacional, que serán:

- Las personas otorgantes de las instrucciones previas inscritas en él.
- Los representantes legales de las personas otorgantes o los que a tal efecto hubieran sido designados de manera fehaciente por estas.
- Los responsables acreditados de los registros autonómicos.
- Las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Objetivo de las instrucciones previas

Formalizar un documento de instrucciones previas permite:

- Prepararse, no tanto para la incapacidad, sino, sobre todo, para la propia muerte y garantizar que se cumpla la voluntad de la persona sobre la donación de órganos o sobre el destino del propio cuerpo.
- Ejercer el derecho de autonomía y poder controlar los tratamientos que se van a recibir cuando la persona es incapaz de hacerlo, mediante el establecimiento de valores y preferencias personales.
- Reducir la angustia y el miedo al proceso de morir, tanto en su esfera física como psicológica y/o espiritual.
- Fortalecer las relaciones y la comunicación con la familia y los seres queridos, haciéndoles saber cuáles son las preferencias personales en caso de morir, o de no estar en condiciones de decidir sobre determinados tratamientos.
- Contribuir al alivio emocional del representante y la familia cuando tengan que tomar decisiones en lugar del paciente, ya que la voluntad personal ha sido formalizada por escrito.
- Desarrollar procesos comunicativos amplios entre el paciente, la familia y el equipo profesional acerca de los deseos y las expectativas del paciente, de modo que el DIP no se convierta en un documento escrito firmado más, sino que sea un proceso de diálogo y comunicación que ha sido formalizado por escrito (14).

Obligaciones de los profesionales respecto al DIP

Podemos dividir las obligaciones que los profesionales sanitarios tienen con el documento de instrucciones previas en dos tipos (15):

1. Obligaciones de mínimos: todos los profesionales tienen que aceptar los documentos realizados por los pacientes, incorporarlos a su historia clínica y respetarlos.
2. Obligaciones de máximos: como buenos profesionales ayudarles en su reflexión y en su redacción y prestarle ayuda para definir situaciones futuras que son previsibles en la evolución de la enfermedad para que pueda concretar sus límites.

Los profesionales deberán respetar los deseos del paciente y únicamente no tendrá la obligación de cumplir aquellas peticiones que reclamen actuaciones en contra de la ley (4).

El papel de enfermería en el DIP

Poco a poco, la sociedad y el personal sanitario van tomando cada vez más conciencia de la importancia y relevancia que tienen los derechos individuales. Los pacientes ejercen activamente sus derechos, ya que al ir paulatinamente dejando atrás el modelo paternalista, van teniendo conocimiento de ellos. Aunque la mayoría de las veces la legislación no menciona, o excluye, a los profesionales de enfermería en lo referido a las instrucciones previas, destacando la importante labor que juega el médico, la mayoría de las veces se refiere al equipo sanitario en su conjunto. El personal de enfermería, y sobre todo en Atención Primaria, que es el que tiene contacto directo día a día con el paciente, juega un papel fundamental en informar y asesorar sobre las posibilidades de que dispone el paciente a la hora de hacer cumplir sus voluntades o deseos de acuerdo a sus valores y creencias.

Uno de los riesgos que puede tener el DIP es que se convierta en un documento puramente burocrático y administrativo, como ocurre en muchos casos con el consentimiento informado. Que la atención se centre en papeles y firmas, y que se olvide que este tipo de documentos deben surgir de la relación y comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. Para que esto no ocurra, el personal de enfermería debe estar comprometido con informar al paciente de sus posibilidades, con ayudarle a expresar su voluntad y garantizar que se cumplan sus deseos (15).

Las nuevas posibilidades legales para los pacientes buscan mejorar la atención sanitaria, por eso los profesionales enfermeros no deben tener miedo a todo lo relacionado con el DIP, ya que es una pieza clave para garantizar una buena atención sanitaria y en este caso, el cumplimiento de la voluntad individual.

Objetivos

Principal

Conocer la percepción que los profesionales de Atención Primaria tienen de sus propios conocimientos sobre instrucciones previas, así como de sus actitudes frente al tema.

Secundarios

- Valorar la formación recibida sobre instrucciones previas, así como su interés en recibirla.
- Conocer si los profesionales de enfermería informan y educan a los pacientes sobre el DIP y lo consideran una labor a realizar desde Atención Primaria.
- Saber si los profesionales de enfermería tienen formalizado su propio DIP.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, de campo y transversal.

Población de estudio

Profesionales de enfermería de Atención Primaria del área de Vigo.

- Criterios de inclusión: se incluyeron todos aquellos profesionales de enfermería que trabajan en Atención Primaria en los centros de salud urbanos adscritos en el área estudiada.
- Criterios de exclusión: profesionales que desarrollan su labor en el ámbito de la pediatría.

De una población total de 191 enfermeras/os (n= 191) que trabajan en los centros urbanos de Atención Primaria del área de Vigo (CS de Bolivia, Coia, Doblada, López Mora, Nicolás Peña, Pintor Colmeiro, Rosalía de Castro, Sárdoma, Matamá, Beiramar, Casco Vello, Lavadores, Coruxo, Cuba, Teis) se obtiene la muestra representativa, que corresponde a 99 enfermeras (n= 99) según la siguiente fórmula:

$$\text{Donde: } n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

- N= total de la población.
- Z_a^2 = 1.962 (seguridad del 95%).
- p= proporción esperada (en este caso 5%= 0,05).
- q= 1 - p (en este caso 1-0.05= 0,95).
- d= precisión (en este caso deseamos un 3%).

Herramienta de estudio

Se elaboró un cuestionario específico de 14 preguntas (Anexo).

Descripción de las variables a estudiar

Además de las variables sociodemográficas (edad y sexo) se analizaron 14 variables, las cuales se pueden clasificar en dos tipos:

1. Variables que miden la percepción de los propios conocimientos sobre el DIP. ¿Sabe lo que es un DIP?, ¿conoce la legislación vigente?, ¿ha recibido cursos de formación?, ¿conoce cómo formalizar y/o registrar un DIP?, ¿sabe dónde consultar un DIP en la historia clínica?
2. Variables que miden la actitud hacia el DIP. ¿Le gustaría recibir cursos de formación en caso de no haberlos recibido?, ¿cree que la difusión e información debe hacerse desde Atención Primaria?, ¿a cuántos pacientes ha informado en el último año sobre la posibilidad de formalizar un DIP?, ¿tiene formalizado su propio DIP? En caso negativo, ¿por qué?, ¿considera útil el DIP para la atención sanitaria?, ¿por qué motivo?

Método utilizado para el análisis de datos

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics y Microsoft Excel.

Resultados

La media de edad se situó en 54,47 años, con una desviación típica de 7,261. La mediana obtiene un valor de 56 y la moda es de 57 años. La distribución de los profesionales en los diferentes rangos de edad da que ocho profesionales (8,08%) tienen entre 25-40 años, 37 (37,37%) están entre los 41-55 años, y el grupo mayoritario se encuentra en el rango 56-65 años con 54 profesionales (54,54%). 12 de los entrevistados fueron hombres (12,12%) y 87 fueron mujeres (87,87%) (Tabla 1).

Percepción de los propios conocimientos

El 87,9% de los profesionales sabe lo que es un DIP. Un 67,7% de los encuestados no conoce la legislación vigente sobre instrucciones previas y un 65,7% no sabe cómo formalizar un DIP y otro 65,7% tampoco sabe dónde se puede registrar (Gráfico 1).

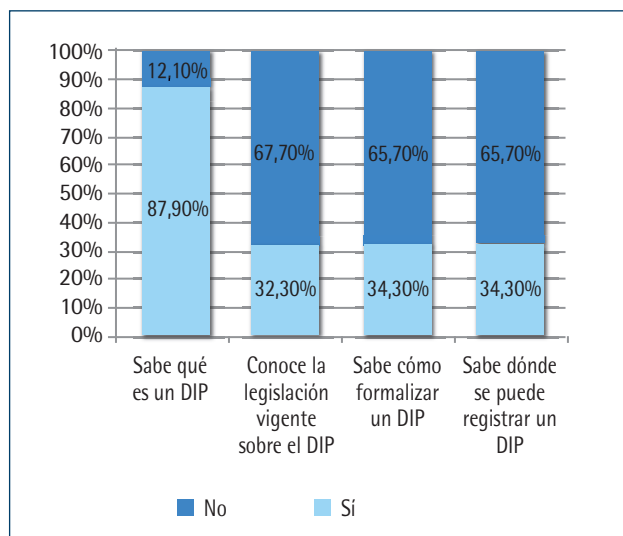


Gráfico 1. Percepción de sus propios conocimientos

Tabla 1. Resultados del estudio

VARIABLE	X	P
Edad (años)		
Media± Desviación típica	54,47±7,261	
Mediana	56	
Moda	57	
Intervalos de edad (años)		
25-40	8	8,08
41-55	37	37,37
56-65	54	54,54
Sexo		
Masculino	12	12,12
Femenino	87	87,87

De los profesionales encuestados un 95% no ha recibido formación. De estos, un 86% refiere que le gustaría saber más sobre el tema, a un 8,5% no le interesa, y un 5,3% NS/NC (Tabla 2 y Gráfico 2).

Como última variable sobre conocimientos, un 72,7% no sabe consultar en la historia clínica si un paciente tiene hecho o no su documento de instrucciones previas (Tabla 3).

Actitudes hacia el DIP

Un 62,63% de los encuestados cree que la difusión e información del DIP tiene que hacerse desde Atención Primaria y un 16,16% opina que no. El 21,21% NS/NC (Tabla 4 y Gráfico 3).

Un 85,9% de los profesionales no ha informado a ningún paciente sobre la posibilidad de hacerse un DIP en el último año y un 15 % ha informado de 1-10 pacientes (Tabla 5).

Un 90,9% declaró no tener formalizado su propio documento de instrucciones previas. Sobre los motivos, un 37,4% afirma no habérselo planteado nunca y un 27,3% que no lo ha hecho porque sus familiares conocen su voluntad, 5,55% profesionales declararon no haberlo formalizado por falta de tiempo y otras 5,55% por dejadez (Tabla 6).

El 76,77% considera el DIP una herramienta útil para la atención sanitaria, opinando un 26,32% que ayuda a cumplir la voluntad del paciente y el respeto del principio de autonomía, un 9,21% que mejora la calidad asistencial y un 5,26% en algunos casos evita el encarnizamiento terapéutico (Tabla 7 y Gráfico 4).

De nueve profesionales que tienen formalizado su propio DIP, seis de ellos (66%) no han informado a ninguno de sus pacientes sobre la posibilidad de formalizarlo, mientras que de los profesionales que no lo han formalizado 79 (87%) no han informado a ningún paciente en el último año (Tabla 8).

A pesar de que 62 profesionales creen que la difusión e información sobre el DIP debe realizarse desde Atención Primaria solo 25 (40,32%) de ellos sabe formalizarlo (Tabla 9).

Tabla 2. ¿Ha recibido cursos de formación sobre instrucciones previas en los últimos cinco años?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulador
Variable	Sí	5	5,1	5,1	5,1
	No, pero le gustaría	81	81,8	81,8	86,9
	No, ni quiere	8	8,1	8,1	94,9
	No, NS/NC	5	5,1	5,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Tabla 3. ¿Sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente ha formalizado o no un DIP?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulador
Válidos	Sí	27	27,3	27,3	27,3
	No	72	72,7	72,7	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Tabla 4. ¿Cree que la difusión e información sobre el DIP es una labor a realizar desde Atención Primaria?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulador
Válidos	Sí	62	62,6	62,6	62,6
	No	16	16,2	16,2	78,8
	No sabe/no contesta	21	21,2	21,2	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

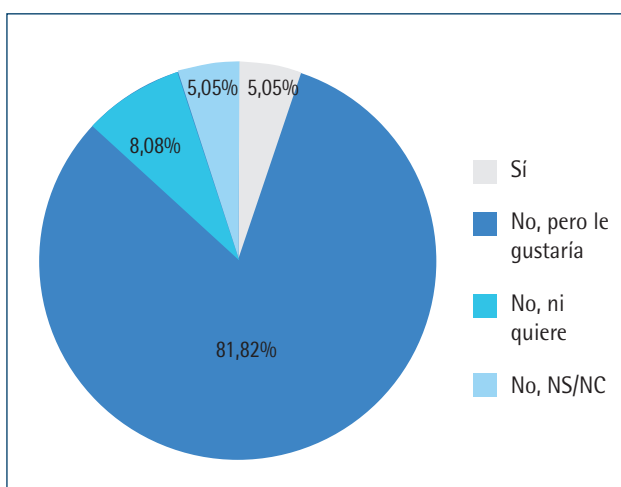


Gráfico 2. Percepción de sus propios conocimientos

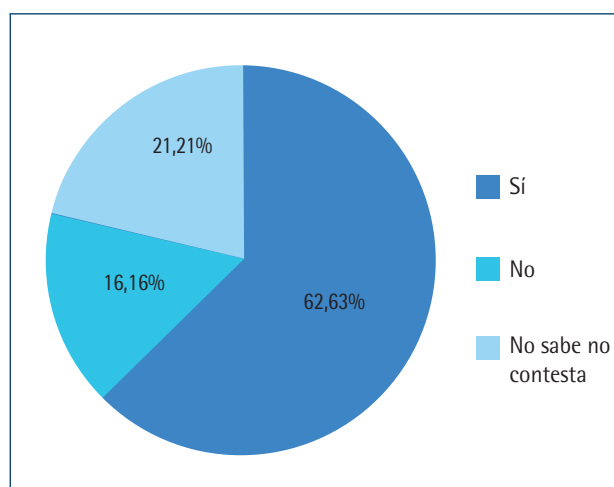


Gráfico 3. Difusión e información sobre el DIP

Tabla 5. ¿Sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente ha formalizado o no un DIP?

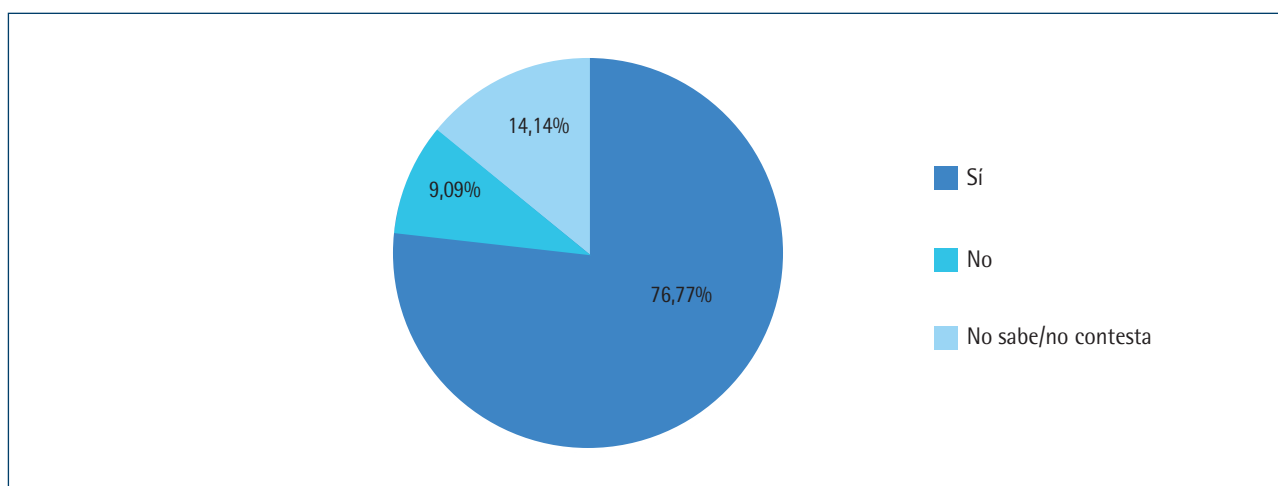
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulador
Válidos	0	85	85,9	85,9	85,9
	1-10	14	14,1	14,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Tabla 6. ¿Sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente ha formalizado o no un DIP?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulador
Válidos	Sí	9	9,1	9,1	9,1
	No	90	90,9	90,9	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Tabla 7. ¿Tiene formalizado su propio documento de instrucciones previas? * ¿A cuántos pacientes ha informado en el último año sobre la posibilidad de formalizar un DIP?

		¿A cuántos pacientes ha informado en el último año sobre la posibilidad de formalizar un DIP?		Total
		0	1-10	
¿Tiene formalizado su propio documento de instrucciones previas?	Sí	6	3	9
	No	79	11	90
Total		85	14	99

**Gráfico 4.** Difusión e información sobre el DIP**Tabla 8.** ¿Considera el DIP una herramienta útil para la atención sanitaria?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulador
Válidos	Sí	76	76,8	76,8	76,8
	No	9	9,1	9,1	85,9
	No sabe/no contesta	14	14,1	14,1	100,0
Total		99	100,0	100,0	

De los 62 profesionales que creen que la difusión e información sobre el DIP debe hacerse desde Atención Primaria, 11 de ellos (17%) y 2 (12,5%) de los que creen que no se debe hacer difusión e información, ha informado a un intervalo de 1-10 pacientes en el último año (Tabla 10).

A pesar de que 76 profesionales consideran el DIP una herramienta útil para la atención sanitaria, solo 23 de ellos (30,26%) sabe cómo acceder al mismo (Tabla 11).

Tabla 9. Tabla de contingencia ¿Conoce cómo formalizar un DIP? ¿Cree que la difusión e información sobre el DIP es una labor a realizar desde Atención Primaria?

		¿Cree que la difusión e información sobre el DIP es una labor a realizar desde Atención Primaria?			Total
		Sí	No	No sabe no contesta	
¿Conoce cómo formalizar un DIP?	Sí	25	6	3	34
	No	37	10	18	65
Total		62	16	21	99

Tabla 10. Tabla de contingencia ¿Cree que la difusión e información sobre el DIP es una labor a realizar desde Atención Primaria? * ¿A cuántos pacientes ha informado en el último año sobre la posibilidad de formalizar un DIP?

		¿A cuántos pacientes ha informado en el último año sobre la posibilidad de formalizar un DIP?		Total
		0	1-10	
¿Tiene formalizado su propio documento de instrucciones previas?	Sí	51	11	62
	No	14	2	16
	No sabe/no contesta	20	1	21
Total		85	14	99

Tabla 11. Tabla de contingencia ¿Considera el DIP una herramienta útil para la atención sanitaria? * ¿Sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente ha formalizado o no un DIP?

		¿Sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente ha formalizado o no un DIP?		Total
		Sí	No	
¿Tiene formalizado su propio documento de instrucciones previas?	Sí	23	53	76
	No	2	7	9
	No sabe/no contesta	2	12	14
Total		27	72	99

Discusión

En primer lugar, quisiera hacer algunas consideraciones de índole metodológica y que pudieran afectar a la validez de los datos. Cabe destacar, como limitación a evaluar los conocimientos, que las preguntas formuladas para el cuestionario, no permiten obtener resultados que los valoren de manera totalmente objetiva, debido a que las preguntas no versan sobre lo que el profesional sabe, sino sobre lo que el profesional cree saber, o sea su propia percepción.

Si comparamos los resultados obtenidos en este estudio con trabajos anteriores como el de Simón (16), se puede ver que coincide en que los conocimientos de los profesionales de enfermería respecto al DIP son muy limitados. A pesar de este déficit de conocimientos la mayoría de los profesionales considera que el DIP es una herramienta útil para la atención sanitaria (una puntuación de 8,26 sobre 10 de media en su estudio, frente a un 76,77% de los profesionales de enfermería que lo considera útil en este trabajo).

En otro estudio de Champer et al. (17) con una muestra de 219 profesionales, incluidos médicos de familia, pediatras, odontólogos, profesionales de enfermería y auxiliares, diplomados en trabajo social y profesionales de atención al usuario, solo cuatro de ellos lo tenían formalizado (el 1,82%), mientras que en este estudio con una muestra de 99 profesionales, nueve de ellos (el 9,09%) tenían formalizado su DIP.

En el estudio de Febrel et al. (18) el 77,8% manifiesta conocer el DIP frente a un 87,9% obtenido en este estudio. En su estudio un 51,1% conoce la legislación vigente respecto al DIP, contra un 32,3% en este caso que dice conocerla.

Si se valoran las actitudes de los profesionales de este estudio, un 4,3% de los profesionales había formalizado su propio DIP, frente al 9,09% de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

Continuando con el análisis de las actitudes hacia el DIP, en un estudio canadiense de Blondeau et al. (19) en el que 306 enfermeras respondieron a un cuestionario, el 98,4% respondió que sabía lo que era un DIP y un 10% había formalizado el suyo propio, frente a un 87,9% y un 9,09% de este estudio.

Llama la atención que aunque el 76,77% considera el DIP una herramienta útil para la atención sanitaria, un 72,73% no sabe consultar si un paciente lo ha formalizado o no en la historia clínica, a pesar de la facilidad de acceso que tienen a través del programa IANUS.

A la vista de los resultados, se debe formar a los profesionales de enfermería en el DIP. La mayoría de los profesionales están dispuestos a informar a sus pacientes, pero son sus escasos conocimientos en la materia, lo que impide que pueda darse una educación sanitaria efectiva en este tema.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria del Área Sanitaria estudiada consideran que tienen un nivel escaso de conocimientos sobre Instrucciones Previas. Aunque la mayoría sabe qué es un DIP, desconocen como la legislación vigente, cómo registrar y/o formalizarlo, la existencia del Registro de Instrucciones Previas, su validez en el resto del territorio nacional.

Respecto a las actitudes, son todavía muy pocos los que se han formalizado su propio DIP. Aunque es mayoritaria la opinión de que la información y difusión sobre el DIP debe realizarse desde Atención Primaria y lo consideran un documento útil en la relación sanitaria, muy pocos saben cómo consultarlo en la historia clínica y no informan a sus pacientes sobre la posibilidad de formalizarlo. Carecen de formación en esta línea y, sin embargo, la gran mayoría estaría interesada en recibirla.

Bibliografía

- [1] Sánchez Caro J, Abellán García F, Méndez C. Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, biojurídicos y prácticos. Granada: Editorial Comares; 2008.
- [2] Broggi MA. El documento de voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc)* 2001; 2001(117):114-5.
- [3] National Institutes of Health: The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research Bethesda, MD; 1979.
- [4] Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE), de 15 de noviembre de 2002.
- [5] Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad: estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit* 2010; 24(6):437-45.

- [6] Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital (I y II). *Aten Primaria* 2003; 31:52-4.
- [7] Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 331, de 29 de diciembre de 1978. p. 29313-424.
- [8] Seoane JA. Derecho y planificación anticipadas de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España. *DS*. 2006; 14:285-95
- [9] Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (BOE), de 29 de abril de 1986.
- [10] Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Oviedo: Consejo de Europa; 1997.
- [11] Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 40, de 15 de febrero de 2007.
- [12] Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- [13] Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.
- [14] Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuán JA. Los documentos de instrucciones previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia Clin* 2011; 72:121-4:
- [15] Barrio IM, Simón P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clin* 2004; 14:235-41
- [16] Simón Lorda P. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en dos áreas sanitarias de Andalucía. *Enferm Clin* 2008; 18: 9-16.
- [17] Champer A, Caritg F, Marquet R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Prim* 2010; 42:463-9.
- [18] Febrel Bordejé M, Martínez Simón C, De Souza Oliveira KA. Estudio del nivel de conocimiento del documento de voluntades anticipadas en profesionales y pacientes en el centro de salud de Teruel urbano. 2009.
- [19] Blondeau K, Lavoie M, Valois P, Keyserlingk EW, Hébert M, Martineau I. The attitude of Canadian nurses towards advance directives. *Nurs Ethics* 2000; 7:339-41.

Anexo

Encuesta:

“Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre el documento de instrucciones previas (DIP)”

1. Año de nacimiento:
2. Sexo: Hombre Mujer
3. ¿Sabe qué es un documento de instrucciones previas (DIP), voluntades anticipadas o testamento vital?
 - a. Sí
 - b. No
4. ¿Conoce la legislación vigente respecto al tema?
 - a. Sí
 - b. No
5. ¿Ha recibido cursos de formación sobre instrucciones previas en los últimos cinco años?
 - a. Sí
 - b. No
6. En caso negativo, ¿le gustaría recibirlos?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. NS/NC
7. ¿Conoce cómo formalizar un DIP?
 - a. Sí
 - b. No
8. ¿Sabe dónde se puede registrar un DIP?
 - a. Sí
 - b. No
9. ¿Sabe cómo consultar en la historia clínica si un paciente ha formalizado o no un documento de instrucciones previas?
 - a. Sí
 - b. No
10. ¿Cree que la difusión e información sobre el DIP es una labor a realizar desde Atención Primaria?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe / No contesta

11. ¿A cuántos pacientes ha informado en el último año sobre la posibilidad de formalizar un DIP?

- a. 0
- b. 1-10
- c. 11-20
- d. 21-40
- e. +41

12. ¿Tiene formalizado su propio documento de instrucciones previas?

- a. Sí
- b. No

13. En caso negativo, ¿por qué motivos?

- a. Por falta de información
- b. Nunca me lo ha planteado
- c. Trámite engorroso
- d. No le veo utilidad
- e. Mis familiares conocen mi voluntad
- f. Otro (especifique cuál):

14. ¿Considera el DIP una herramienta útil para la atención sanitaria?

- a. Sí
- b. No
- c. No sabe / No contesta

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

*Nota aclaratoria: el cuestionario original validado constaba de 16 preguntas, dos de las cuales incluían preguntas sobre el Registro Gallego y en relación a la comunidad autónoma de Galicia. Estas dos preguntas, en la adaptación del artículo para enviar a su revista, fueron retiradas tanto del cuestionario como de los resultados, puesto que pensamos que no son de interés general al ser específicamente de nuestra comunidad.

Una propuesta de orientación para familiares de pacientes con la enfermedad de Huntington

¹ Esther Sánchez Vila

¹ Enfermera en la Unidad de Cirugía del Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy (Alicante).

Dirección de contacto: esthersanchez27@hotmail.es

Resumen

Objetivo: conocer el perfil y necesidades del cuidador principal y de los pacientes con enfermedad de Huntington.

Material y método: estudio descriptivo observacional de corte transversal. Muestra: 21 cuidadores informales. Variables: sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el cuidado. Cuestionario autoadministrado *ad hoc* con: variables sociodemográficas, escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, test de Duke, índice de Barthel y test de Pfeiffer.

Resultados: el cuidador principal es mujer de 57 años, casada, sin estudios, ama de casa, con una sobrecarga intensa y un escaso apoyo social, no tiene ayuda de la Ley de la Dependencia ni de los Servicios Sociales. El paciente es varón de 60 años, casado, sin estudios y en situación de invalidez con una dependencia física y deterioro cognitivo importantes.

Conclusiones: la elevada sobrecarga del cuidador principal del paciente con enfermedad de Huntington evidencia la necesidad de la intervención enfermera para poder prevenirla y tratarla.

Palabras clave: enfermedad de Huntington; cuidador principal; sobrecarga del cuidador; apoyo social; nivel de dependencia; nivel de deterioro cognitivo.

Abstract

Proposed guide for relatives of patients with Huntington's disease

Purpose: To understand the profile and needs of main caregivers of patients with Huntington's disease.

Material and methods: A descriptive observational cross-sectional study. Sample: 21 informal caregivers. Variables: sociodemographic, clinical, and care-related. Ad hoc self-administered questionnaire including: sociodemographic variables, Zarit Caregiver Burden Scale, Duke test, Barthel's Index, and Pfeiffer test.

Results: Average main caregiver is a 57-years-old uneducated housewife who is severely overburdened, with poor social support and not receiving any help from Social Services or through the Law of Dependence. Average patient is a 60-years-old uneducated married man who is disabled and physically dependent, and shows a significant cognitive decline.

Conclusions: A high burden in main caregivers of patients with Huntington's disease shows the need for nursing interventions aimed at preventing and treating it.

Key words: Huntington's disease, main caregiver, caregiver burden, social support, dependency level; cognitive decline level.

Introducción

Las sociedades occidentales actuales, entre ellas la española, envejecen a ritmo creciente lo que, junto con la elevada incidencia de las enfermedades degenerativas, tiene como consecuencia el aumento del número de personas dependientes (1). Se estima que en España el porcentaje de personas que presentan una dependencia importante oscila entre un 10 y un 15% de las personas mayores de 65 años. Según los datos del Libro Blanco de la Dependencia (2), en 2005 se estimaron más de 1.125.000 personas en situación de dependencia, de las cuales, 194.508 eran grandes dependientes. Es más, se prevé que el número de personas en situación de dependencia en el año 2020 se acerque a un millón y medio.

La enfermedad de Huntington es un trastorno genético hereditario considerado clínicamente como un trastorno neuropsiquiátrico. Se trata de una enfermedad autosómica dominante con un fenotipo clínico complejo e invalidante y un mal pronóstico, cuyos síntomas suelen aparecer hacia la tercera o cuarta década de la vida, producidos por la constante y progresiva degeneración neuronal (3). Dada su baja incidencia y prevalencia, entre 5-10 casos por cada 100.000 habitantes, siendo menos prevalente en países del este asiático y en la población de raza negra, y más elevada en pequeñas zonas con alta consanguinidad, está catalogada dentro de las enfermedades raras (4). De hecho, en España las regiones más prevalentes son: Salamanca con 8,5 habitantes por cada 100.000 (5), seguida de la Comunidad Valenciana con 5,4 por cada 100.000 (6) y Cádiz con 1,7 casos (7). Esta enfermedad presenta importantes repercusiones sobre la evolución y la calidad de vida de los pacientes, donde el retraso en el diagnóstico o en el inicio del tratamiento, derivados de la falta de conocimiento científico, los problemas de integración sociofamiliar, escolar o laboral, la falta de cuidado apropiado de la salud y un acceso desigual al tratamiento, son decisivos para su evolución (3).

Las enfermedades neurodegenerativas comportan un importante impacto personal, familiar y social por su elevada morbimortalidad, siendo una fuente importante de discapacidad y generando situaciones de dependencia. Las necesidades de los pacientes neurológicos son muy diversas, abarcando problemas funcionales, motores y cognitivos pero, sobre todo, perceptivos y sensoriales; con afectación de las necesidades básicas de autocuidados y de las actividades instrumentales de la vida diaria. Estas necesidades son cubiertas, sobre todo, por los familiares, y aunque pueda resultar una vivencia gratificante, suele extenderse en el tiempo y exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar.

Como la participación de la familia es primordial, resulta necesaria una valoración adecuada del enfermo y de su entorno para alcanzar el objetivo fundamental: ayudarle a adaptarse a sus déficits y ayudar a la familia a que afronte saludablemente estos cambios, tanto en el paciente como en los roles familiares (8). Aunque lo deseable sería que toda la familia se implicase en el cuidado del enfermo, lo habitual es que exista un único cuidador, la mayoría de las veces, una mujer, lo que conlleva repercusiones en su salud personal y familiar. Por tanto, la salud y el bienestar físico, psicológico y social del cuidador se ven perjudicados por esta situación de dependencia del paciente. El impacto de la sobrecarga sobre el cuidador informal es la presencia de problemas de estrés, insomnio, trastornos emocionales como la depresión, los conflictos familiares, la disminución del ocio y las relaciones sociales, los problemas económicos, e incluso, los problemas de salud física, especialmente en aquellos cuidadores cuyo familiar presenta una dependencia asociada a una demencia o enfermedad que implicase deterioro cognitivo (9), como ocurre en la enfermedad de Huntington. Es más, los cuidadores de estos pacientes afirman que los aspectos que más se ven afectados son la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales; repercusiones importantes que se derivan de su rol de cuidadores (10).

De este modo, debería ser una prioridad para los responsables de la planificación e implantación de los servicios sociosanitarios reducir el nivel de sobrecarga ofertando más servicios al cuidador. Sin embargo, en nuestro contexto sociocultural son muy escasas las intervenciones proporcionadas a los cuidadores de mayores dependientes (11). Teniendo en cuenta lo anterior, la labor de los enfermeros es necesaria tanto en fases tempranas como avanzadas de la enfermedad, participando en la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de determinados síntomas. Esta atención integral reduce o evita la aparición de algunas complicaciones y ofrece unos cuidados que mejoran la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar, dentro de su situación de discapacidad (8).

Objetivos

Por todo ello, se ha decidido realizar un estudio sobre la figura del cuidador principal de los pacientes con la enfermedad de Huntington y las necesidades que tienen. En este contexto se planteó como objetivo evaluar el perfil y las necesidades de los cuidadores principales de los pacientes con esta enfermedad, y conocer qué variables influyen en su nivel de sobre-

carga y de apoyo social. Además, se pretenden identificar las características de los pacientes con enfermedad de Huntington, así como conocer qué variables influyen en el nivel de dependencia y de deterioro cognitivo del enfermo.

Metodología

Tipo de estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional de corte transversal en la Asociación Valenciana de Enfermedad de Huntington, con una muestra de pacientes y sus familiares entre los meses de marzo y junio de 2014.

Diseño de la investigación

El estudio se ha realizado a través de la asociación en su sede principal en Alicante. El procedimiento para obtener los datos fue el siguiente: enviar un sobre con toda la documentación sobre la investigación al domicilio de los sujetos de la muestra, junto con un sobre prefranqueado para que devolvieran a la sede de la asociación la encuesta y el consentimiento informado.

Se envió a cada socio seleccionado un sobre con un documento donde se le explicaba el tipo de estudio que se iba a realizar, los motivos y objetivos para realizarlo, cuál sería su participación, la voluntariedad del mismo, la posibilidad de abandonar en cualquier momento y la de contactar con la asociación para resolver cualquier duda, así como el hecho de tener que firmar un consentimiento informado y explicarles cómo rellenar la encuesta. También se incluía el documento de consentimiento informado que debían firmar si estaban de acuerdo en participar, la encuesta y un sobre prefranqueado más pequeño con la dirección de la sede de la asociación, donde deberían meter la encuesta y la hoja de consentimiento y enviarlo. Cada cuidador debía rellenar la encuesta y el consentimiento informado, contestando también a las preguntas referentes al enfermo.

Dos meses después habían respondido 21 personas. La baja participación de los sujetos en este estudio no es un hecho aislado porque ya había ocurrido en otras encuestas realizadas por la asociación.

Muestra

De los 80 socios con los que cuenta la asociación, se hizo un sondeo y se observó que muchos de ellos eran familiares o amigos de socios afectados por la enfermedad. Atendiendo a los criterios de inclusión: socios de ambos sexos, de cualquier edad, afectados por la enfermedad y que cuenten con un cuidador principal debido a la evolución de su enfermedad y a su nivel de dependencia; se seleccionaron a 29 socios.

Variables

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido un cuestionario autoadministrado *ad hoc* que recogerá por un lado, las variables referentes al cuidador y, por otro, las del enfermo. Entre estas variables: edad, sexo, estado civil, relación entre el cuidador y el enfermo, nivel de estudios, formación sanitaria, ayuda familiar para realizar el cuidado y ayuda por parte de la Ley de la Dependencia o de los servicios sociales. Además, también se valoraron el nivel de sobrecarga del cuidador a través del test de sobrecarga del cuidador Zarit (12,13), el nivel de apoyo social con el cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unk (14,15) y el índice de Barthel (16,17), para conocer el grado de dependencia del enfermo y el test de Pfeiffer (18,19) para saber su grado de deterioro cognitivo.

Resultados

En primer lugar, es preciso decir que la revisión bibliográfica ha permitido situar el contexto sociodemográfico del cuidador familiar en España, y la revisión en bases de datos constató la pertinencia del estudio. Aunque se han encontrado estudios donde se investiga la posible sobrecarga de los cuidadores familiares, no se encontraron investigaciones previas sobre las distintas estrategias de provisión de cuidados a los cuidadores de pacientes con la enfermedad de Huntington.

En segundo lugar, se muestran los datos referentes a las variables sociodemográficas de los cuidadores informales entrevistados, y cabe destacar que existe un predominio del sexo femenino (81%) con una edad comprendida entre los 24 y los

77 años y una media de 56,9±13,65 años, y están casados (71,4%). En relación al nivel de estudios, predominan los cuidadores sin estudios (38,1%) o tienen la educación secundaria obligatoria (33,3%), resaltando que únicamente el 4,8% tienen formación universitaria. Esto se correlaciona con el hecho de que el 90,5% de ellos tiene formación sanitaria. En cuanto a la situación laboral, se ha derivado que son amas de casa o jubiladas (42,9% y 23,8%, respectivamente).

En cuanto a los aspectos relativos al cuidado del enfermo decir que la gran mayoría cuida a su pareja (66,7%) y en menor proporción a un hijo (23,8%). También es evidente que el 66,7% de ellos tiene dificultades para dormir. Cabe reseñar que un 95,2% de las cuidadoras expresa que solo tiene a su cargo una persona dependiente, y que un 66,7% de ellas recibe ayuda de otro familiar para el cuidado, siendo en la mayoría de los casos, las hijas. En cuanto a las ayudas externas, el 47,6% de las cuidadoras recibe alguna ayuda por parte de la Ley de la Dependencia, pero se evidencia que el 95,2% no está satisfecho con esta ayuda, y un 95,2% de ellas no recibe ningún tipo de ayuda por parte de los servicios sociales. Por lo que respecta a la vivienda familiar, el 76,2% ha tenido que adaptar su casa por las necesidades del paciente. Sin embargo, el 42,9% no tiene ascensor en casa pero el 61,9% tiene una silla de ruedas. En cuanto al nivel de sobrecarga, en el Gráfico 1 se evidencia que la gran parte de los cuidadores tienen una sobrecarga intensa (68%) y que casi todos tienen un apoyo social y familiar escaso (85,7%) (Gráfico 2).

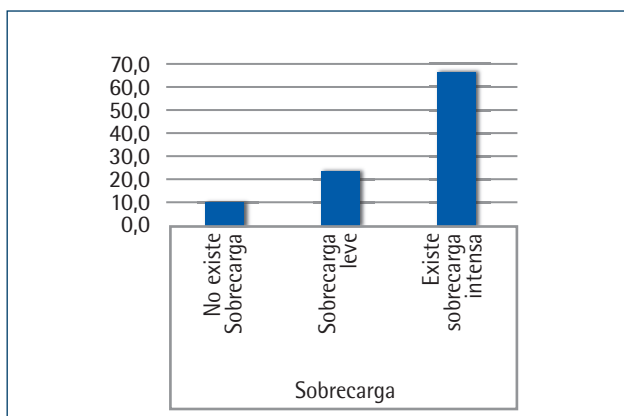


Gráfico 1. Resultados del nivel de sobrecarga del cuidador

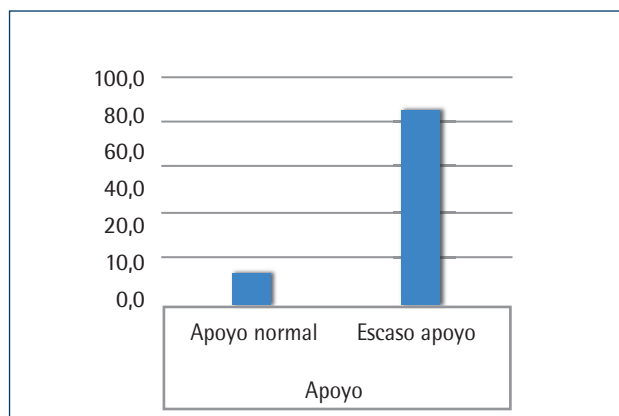


Gráfico 2. Resultados del nivel de apoyo social del cuidador

Además, se ha evidenciado que conforme aumenta el nivel de sobrecarga del cuidador disminuye su nivel de apoyo social y familiar. En cuanto a las variables sociodemográficas del cuidador, decir que, como aparece en las siguientes tablas, el sexo y la edad no influyen en el nivel de sobrecarga ni en el de apoyo social del cuidador.

Tabla 1. Correlaciones entre el nivel de sobrecarga y de apoyo social del cuidador, y con la edad				
VARIABLES		ZARIT FINAL	DUKE FINAL	EDAD
Zarit final	Correlación de Pearson	1	-,476*	,127
	Sig. (bilateral)		,029	,582
Duke final	Correlación de Pearson	-,476*	1	-,024
	Sig. (bilateral)	,029		,919
Edad	Correlación de Pearson	,127	-,024	1
	Sig. (bilateral)	,582	,919	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)
 ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Sin embargo, se ha evidenciado que los cuidadores sin estudios o con alguna patología o los que no tienen ayuda por parte de la Ley de la Dependencia tienen mayor nivel de sobrecarga, pero, sin embargo, no existen otras variables del cuidador que influyan en el nivel de apoyo social.

En el gráfico Gráfico 3 se observa que existe una relación significativa entre las variables nivel de estudios y la sobrecarga del cuidador, destacándose que los cuidadores que tienen la ESO tienen mayor sobrecarga, mientras que los que tienen formación profesional tienen una sobrecarga moderada.

También se aprecia que los cuidadores que presentan alguna enfermedad son los que mayor sobrecarga tienen (Gráfico 4).

En el Gráfico 5 se puede apreciar que todos los cuidadores que toman algún tratamiento tienen una sobrecarga intensa.

Además, el 90,9% de los cuidadores que no recibe ayuda por parte de la Ley de la Dependencia tiene una sobrecarga intensa (Gráfico 6).

Por otro lado, se observa que la gran parte de los enfermos son varones (52,2%) con una media de $59,95 \pm 15,00$ años, donde el paciente más joven tiene 30 años y el mayor 89. En cuanto al estado civil, una gran parte de ellos está casado (66,7%) y en su mayoría proceden de la provincia de Alicante (71,4%). Por lo que respecta al nivel de estudios, el 52,4% de los pacientes no tiene estudios y cabe reseñar que ninguno tiene formación universitaria ni sanitaria. Además, hay que mencionar que el 66,7% de los pacientes se encuentra en situación de invalidez y el 33,3% de ellos jubilados.

Atendiendo a los aspectos clínicos de la enfermedad de Huntington, los enfermos presentan una edad media de inicio de los síntomas de $40,8 \pm 11,29$ años, siendo la paciente más joven de 20 años y el mayor de 70 años. Sin embargo, la mayoría de los pacientes era diagnosticado años más tarde, con una media de $45,81 \pm 13,22$ años, siendo la paciente más joven diagnosticada con 24 años y el más mayor con 78 años. Además, el 95,2% de los sujetos toma algún tipo de tratamiento, siendo principalmente: neurolépticos (42,9%), depletors dopaminérgicos y fármacos para la distonía, antipsicóticos (33,3%) y ansiolíticos (28,6%). Cabe reseñar que el 85,7% de ellos cuenta con antecedentes familiares de la enfermedad, donde el 23,8% tiene más de cinco familiares afectados por la enfermedad, y que el 52,4% ha recibido la enfermedad por vía materna. Por otro lado, el 52,4% de ellos tiene una dependencia total y el 42,9% de ellos tiene un deterioro cognitivo importante (Gráficos 7 y 8).

Tabla 2. Comparaciones entre el nivel de sobrecarga y el sexo del cuidador

VARIABLE	X	P
Zarit1	4,517	,211
Zarit2	1,814	,770
Zarit3	10,388	,334
Zarit4	1,544	,462
Zarit5	1,984	,576
Zarit6	4,208	,240
Zarit7	6,949	,139
Zarit8	9,651	,545
Zarit9	5,018	,285
Zarit11	1,814	,770
Zarit12	1,930	,749
Zarit13	2,100	,552
Zarit14	5,161	,271
Zarit15	4,787	,310
Zarit16	,525	,913
Zarit17	2,625	,622
Zarit18	2,625	,622
Zarit19	5,435	,245
Zarit20	3,281	,350
Zarit21	,525	,913
Zarit22	4,138	,388

Tabla 3. Comparaciones entre el nivel de apoyo social y el sexo del cuidador

VARIABLE	X	P
Duke1	3,436	,488
Duke2	2,471	,650
Duke3	4,571	,334
Duke4	1,724	,632
Duke5	3,976	,409
Duke6	1,274	,735
Duke7	2,589	,629
Duke8	6,850	,144
Duke9	,309	,958
Duke10	1,390	,846
Duke11	2,949	,566

Tabla 4. Relación entre el nivel de sobrecarga y de apoyo social con otras variables del cuidador

VARIABLES	ZARIT		DUKE	
	T	Sig.	T	Sig.
Estado civil	2,28	,684	0,321	,956
Convivencia	11,88	,616	7,117	0,417
Nivel de estudios	15,202	,019*	0,321	0,956
Profesión	42	0,3	8,296	0,6
Formación sanitaria	0,939	0,625	2,303	0,129
Situación laboral	6,593	,360	2,171	0,538
Recursos económicos suficientes	1,4	0,497	0,13	0,719
Religión	4,2	,122	0,39	0,844
Enfermedad del cuidador	6,462	,040*	0,34	0,854
Tratamiento del cuidador	6,462	,040*	0,34	0,854
Ayuda de los servicios sociales	0,525	0,769	0,175	0,676
Ayuda por parte de otro familiar	1,136	0,567	0	1
Motivo para cuidar al paciente	0,84	0,657	1,094	0,296
Enfermera	1,12	0,571	0,039	0,844
Ayuda por parte de la Ley de Dependencia	6,338	0,042*	0,286	0,593
Cursos de formación de cuidadores no profesionales por parte de la Ley de Dependencia	0,493	0,782	0	1
Insomnio	4,113	0,847	2,192	0,701

*Significatividad p < 0,05

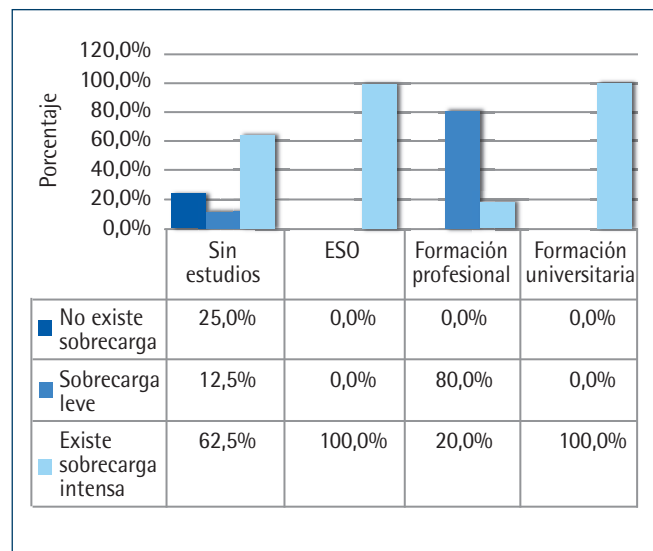


Gráfico 3. Relación entre el nivel de sobrecarga y el nivel de estudios del cuidador

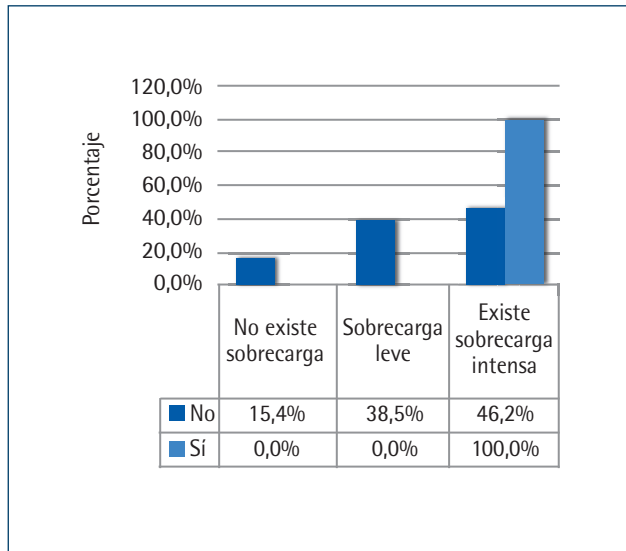


Gráfico 4. Relación entre el nivel de sobrecarga y la presencia de enfermedad del cuidador

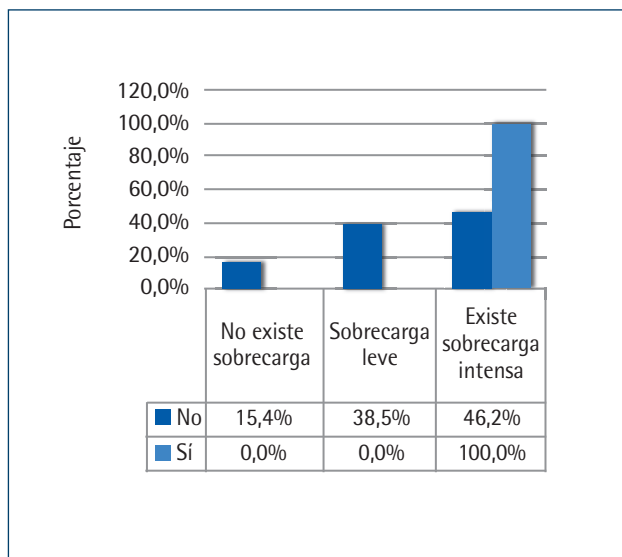


Gráfico 5. Relación entre el nivel de sobrecarga y el tratamiento del cuidador

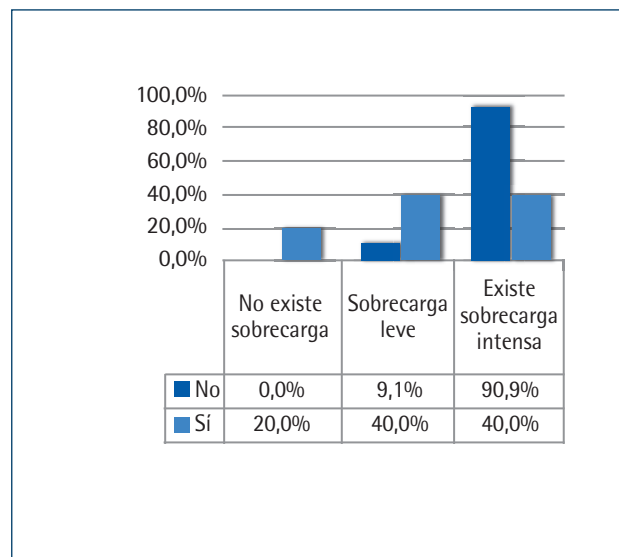


Gráfico 6. Relación entre el nivel de sobrecarga y la presencia de ayudas por parte de la Ley de la Dependencia

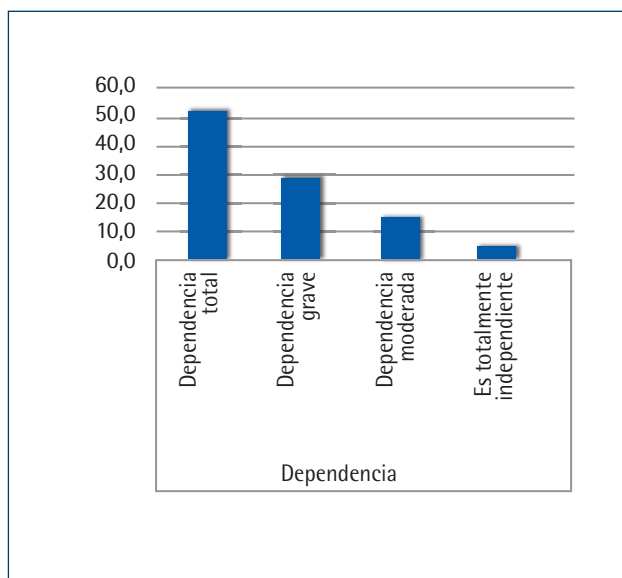


Gráfico 7. Resultados del nivel de dependencia

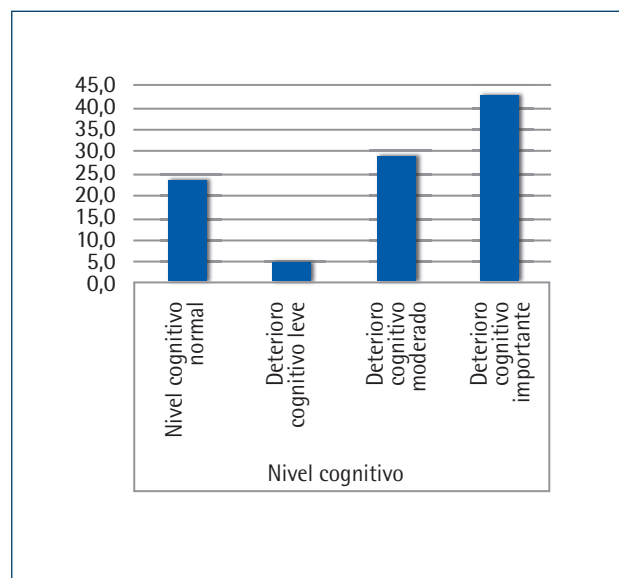


Gráfico 8. Resultados del nivel de deterioro cognitivo del paciente

Además, según aumenta la dependencia del paciente aumenta su grado de deterioro cognitivo. Se ha comprobado que la edad no influye en el nivel de dependencia del enfermo pero, sin embargo, se evidencia que a más edad del paciente existe mayor deterioro cognitivo (Tabla 5).

Con respecto al sexo, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los ítems 4, 7, 8 y 9 del índice de Barthel (Gráfico 9), que hacen referencia al aseo personal, a la capacidad para usar el retrete, a la capacidad de trasladarse y a la capacidad de deambular, siendo las mujeres en todos los casos las que presentan mayor dependencia (Tabla 6).

Sin embargo, no existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de deterioro cognitivo (Tabla 7).

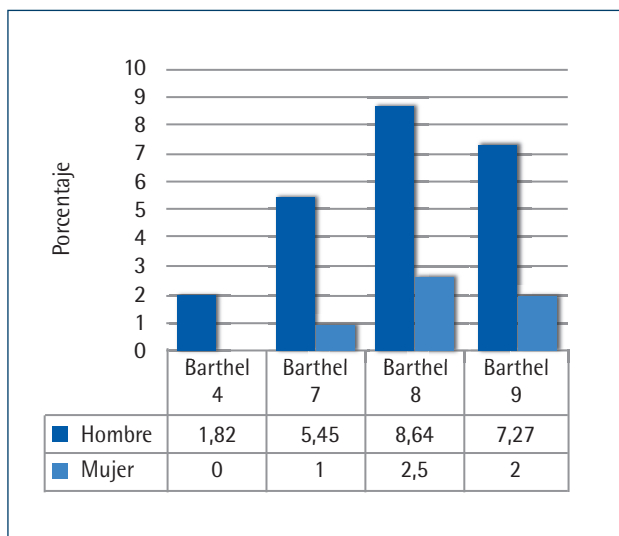
Tabla 5. Correlaciones entre el nivel de dependencia y de deterioro cognitivo del paciente, y con la edad

VARIABLES		PFFEIFER FINAL	BARTHEL FINAL	EDAD
Pffeifer final	Correlación de Pearson	1	-,783**	,443*
	Sig. (bilateral)		,000	,044
Barthel final	Correlación de Pearson	-,783**	1	-,396
	Sig. (bilateral)	,000		,076
Edad del paciente	Correlación de Pearson	,443*	-,396	1
	Sig. (bilateral)	,044	,076	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 6. Comparaciones entre el nivel de dependencia y el sexo del paciente

SEXO DEL PACIENTE	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	T	P	
Barthel 4	Mujer	10	0,00	0,000	-2,390	,038*
	Hombre	11	1,82	2,523		
Barthel 7	Mujer	10	1,00	2,108	-2,835	,013*
	Hombre	11	5,45	4,719		
Barthel 8	Mujer	10	2,50	4,249	-2,427	,027*
	Hombre	11	8,64	7,103		
Barthel 9	Mujer	10	2,00	4,216	-2,289	,034*
	Hombre	11	7,27	6,068		

**Gráfico 9.** Relación entre los ítems 4, 7, 8 y 9 del Índice de Barthel con el sexo del paciente**Tabla 7.** Comparaciones entre el nivel de deterioro cognitivo y el sexo del paciente

VARIABLE	X	P
Pffeifer1	,286	,593
Pffeifer2	2,007	,157
Pffeifer3	,403	,525
Pffeifer4	,095	,757
Pffeifer5	,043	,835
Pffeifer6	,043	,835
Pffeifer7	,043	,835
Pffeifer8	2,651	,104
Pffeifer9	4,677	,331
Pffeifer10	3,834	,550
Pffeifer11	2,010	,156

Discusión

Después de haber realizado una amplia búsqueda bibliográfica no se han encontrado otras investigaciones que hayan estudiado el nivel de sobrecarga y de apoyo social de los cuidadores de pacientes con la enfermedad de Huntington ni las necesidades de estos últimos. Debido al tamaño de la muestra ($n=21$) no se puede afirmar que los resultados obtenidos sean realmente significativos, y no se pueden extrapolar a la población general. No fue posible extraer una muestra mayor porque, a pesar de la elevada prevalencia de esta enfermedad en la Comunidad Valenciana (5), muchas familias afectadas no se inscriben en la asociación y no hacen pública su situación (20).

Según los resultados obtenidos el cuidador principal de los pacientes de esta muestra es una mujer, generalmente, la esposa, con una media de edad de 57 años, lo que concuerda con lo que afirman Aramburu et al. (21-23). De ello se desprende que cuando las personas dependientes requieren ayuda, el cuidado recae en una mujer ama de casa o jubilada (24), principalmente, la hija o la pareja, por lo que el efecto del género en la red de cuidados naturales sigue siendo predominantemente femenino. Un porcentaje muy alto de cuidadoras no tiene ninguna actividad laboral, porque es muy difícil compaginar el cuidado de una persona dependiente con un trabajo a jornada completa. Del mismo modo, también se confirma que cuando el receptor de cuidados es un hombre, en la mayoría de los casos la cuidadora es su pareja, mientras que si la dependiente es una mujer, las cuidadoras son las hijas (21). Atendiendo al nivel de estudios, la mayoría no tiene estudios ni formación sanitaria, lo que puede deberse a que la gran mayoría de los pacientes encuestados son de edad avanzada (70%) y afirma que durante su juventud no pudieron estudiar y tuvieron que trabajar. Estos resultados concuerdan con lo dicho por Llácer, Zunzunegui y Béliand (25), ya que afirman que las cuidadoras suelen tener un nivel de estudios bajo y más de la mitad carece de ingresos propios. La gran mayoría de los cuidadores tiene dificultades para dormir, lo que se puede explicar por la intensa sobrecarga. En cuanto a la ayuda externa, dos tercios de los cuidadores cuentan con ayuda de otro familiar, pero casi la mitad de esta ayuda proviene de los hijos y apenas por la pareja, lo que confirma la teoría de Rodríguez y Sancho (21), Aramburu, Izquierdo y Romo (22). Con ello se evidencia que el género es un elemento determinante, ya que son las hijas las que suelen ayudar a las madres a compaginar el cuidado del dependiente. Se resalta que los cuidadores de los pacientes con la enfermedad de Huntington de la muestra tienen una sobrecarga importante y apenas reciben apoyo de su entorno familiar y social. Cabe reseñar que si estos cuidadores no reciben mayor apoyo de su entorno en el futuro, aumentará más su sobrecarga. Además, se puede decir que la edad y el sexo no influyen en el nivel de sobrecarga ni de apoyo social del cuidador, pero los que carecen de estudios o con estudios primarios tienen una sobrecarga importante. Estos resultados pueden explicarse por la falta de formación de los cuidadores, sobre todo, en el ámbito sanitario, lo que les ayudaría a mejorar el cuidado que prestan y a aliviar su sobrecarga. Además, las familias que no reciben ayuda por parte de la Ley de Dependencia tienen más sobrecarga, lo que se explica por qué los cuidadores no pueden compatibilizar el cuidado del paciente con su vida diaria, por lo cual, aumenta la sobrecarga.

Seguidamente, se puede remarcar que el perfil del paciente de la muestra es un varón de 60 años, datos que concuerdan con un estudio realizado por Burguera et al. (5) sobre la prevalencia de la enfermedad en la Comunidad Valenciana, en el cual, el 57,8% de los sujetos eran hombres. Estos se encuentran jubilados o en situación de invalidez, lo que se explica por la edad media de los pacientes y por la elevada y progresiva dependencia, lo que les impide desarrollar una vida laboral normal. Además, la mayoría de ellos vive en Alicante y en Valencia, lo que concuerda con dicho estudio (5), debido a la alta prevalencia. Se ha conocido que la edad media de inicio de los síntomas es de $41 \pm 11,29$ años, datos que coinciden con los encontrados en el estudio de Burguesa (5), donde la media de edad de inicio de los síntomas es de $38 \pm 12,39$ años. En cuanto a la edad de diagnóstico, la media es de $46 \pm 13,22$ años, y en dicho estudio (5) es de $47 \pm 5,211$ años. Esta diferencia entre la edad de inicio y la de diagnóstico se debe a que la enfermedad suele empezar a manifestarse, aunque sea levemente, unos diez años antes de que sea realmente visible. Pero es más, la enfermedad suele diagnosticarse años después de ser evidente, porque en muchas ocasiones suele pasar desapercibida para el paciente y los familiares (3). Del mismo modo, los pacientes de la muestra tienen antecedentes familiares afectados, aunque discrepa con los resultados del estudio de Burguesa (5), los cuales tenían menos antecedentes (62,27%), pero concuerdan en que la mayoría de ellos la ha recibido por vía materna. Por otro lado, se puede afirmar que el paciente de esta muestra tiene una dependencia y deterioro cognitivo importantes, lo cual les impide realizar sus autocuidados.

Cabe reseñar que no existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de deterioro cognitivo, pero es cierto que las mujeres tienen mayor dependencia física en cuanto al aseo personal, a utilizar autónomamente el retrete, a desplazarse solo del sillón a la cama y viceversa, y a poder caminar sin ayuda ni supervisión del cuidador. Contrariamente a lo que en un inicio se podría pensar (3,4), los pacientes de más edad no tienen más dependencia, ya que la dependencia física va unido a la progresión de la enfermedad y no tanto por la edad. Aunque es cierto que a mayor edad existe mayor de-

terio cognitivo, lo que se puede explicar porque esta se produce por la progresión de la enfermedad y por la edad, ya que tienen una edad avanzada.

De los resultados obtenidos se puede extraer que deberían realizarse más estudios en el ámbito enfermero sobre los cuidadores y pacientes con esta enfermedad. Por un lado, no se han encontrado otros estudios que valoren el nivel de sobrecarga y de apoyo social del cuidador principal de estos pacientes. Por otro, todos los estudios encontrados están relacionados con los aspectos clínicos de estos pacientes, pero no con su nivel de calidad de vida, de bienestar, de confort o de felicidad (3,5,11). De este modo, se ha encontrado un filón investigador en este campo, y en futuras investigaciones se debería profundizar en las necesidades tanto de cuidadores como de pacientes, y desarrollar un plan de cuidados derivado de los diagnósticos de enfermería que presenten. Así mismo, se debe fomentar la atención al cuidador como centro de asistencia cada vez más importante, situándolo como cliente para los sanitarios y no solo como un recurso para el cuidado de la persona dependiente. Además, se ha de continuar con los programas de mejora en la atención al cuidador aumentando su atención sociosanitaria y domiciliaria.

Conclusiones

A la vista de los resultados, se puede decir que el perfil del cuidador principal de un paciente con la enfermedad de Huntington es el de una mujer de unos 57 años, casada, sin estudios y ama de casa. Suele tener ayuda de otro familiar, pero no por parte de los servicios sociales ni de la Ley de Dependencia. Se ha comprobado que el cuidador principal presenta una sobrecarga intensa y un escaso apoyo social y familiar, porque las cuidadoras dedican gran parte de su tiempo al cuidado del dependiente, lo que conlleva una alteración de su vida en el ámbito emocional, social y familiar. Además, el sexo y la edad del cuidador no influyen en el nivel de sobrecarga ni de apoyo social, pero, sin embargo, los cuidadores sin estudios y los que no reciben ayudas por parte de la Ley de Dependencia tienen mayor sobrecarga, pero no existen otras variables del cuidador que influyan en el nivel de apoyo social.

Por otro lado, se puede concluir que el perfil del paciente es el de un varón de 60 años, casado y cuya mujer es la cuidadora principal. El paciente no tiene estudios y se encuentra en situación de invalidez, por lo que cuenta con una pensión. La edad media de inicio y de diagnóstico es de 41 y 46 años respectivamente, tiene antecedentes familiares afectados y ha recibido la enfermedad por vía materna. Además, tiene una dependencia y deterioro cognitivo importantes. Se puede decir que la edad no influye en el nivel de dependencia del paciente, pero sí en el nivel de deterioro cognitivo de este, ya que a mayor edad existe mayor deterioro cognitivo. El sexo solo influye en el nivel de dependencia del paciente, ya que las mujeres tienen más dificultades en cuanto al aseo personal, a utilizar independientemente el retrete, a desplazarse solo del sillón a la cama y viceversa, y a poder caminar sin ayuda ni supervisión del cuidador que los varones.

Bibliografía

- [1] Medina Carmona A, Cañas Fuentes MA. Efectividad de las intervenciones de los enfermeros gestores de casos hospitalarios en los pacientes dependientes y sus cuidadores en el diagnóstico enfermero "Síndrome de estrés del traslado". Biblioteca Las Casas [internet] [citado 30 may 2015]; 4 (2). Disponible en: /lascasas/documentos/lc0318.php
- [2] IMSERSO. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO; 2004.
- [3] Burguera Hernández JA, López del Val A. Enfermedad de Huntington, claves y respuestas para un desafío singular. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
- [4] Ruiz JJ, Ortin A, Arcaya J. Corea de Huntington: estudio epidemiológico en la provincia de Salamanca. Arch Neurobiol 1985; 48:302-3.
- [5] Burguera Hernández JA, Solís P, Salazar A. Estimate of the prevalence of Huntington disease in the Valencia region using the capture-recapture method. Rev Neurol 1997; 25: 1845-47.
- [6] Calcedo Ordóñez A. Huntington's disease in the province of Cadiz. Epidemiological and familial study. Rev Clin Esp 1970; 119: 333-44.
- [7] Molina Fuilleart R. Efecto de la aplicación del Plan Funcional de Personas Cuidadoras sobre la ansiedad y la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes con alteraciones neurológicas. NURE inv. [Internet] 2012 [citado 20 may 2015]; 9 (56). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE56_proyecto_efecto.pdf

- [8] IMSERSO. Cuidados de la vejez. El apoyo informal. Madrid: IMSERSO; 1995.
- [9] Barbero Gutiérrez, J, Moya Bernal A. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. 2005.
- [10] Rowan AB. Minimal Therapist Contact. En: M. Hersen y W. Slege (eds.). *Encyclopedia of Psychotherapy*. San Diego, CA: Academic Press; 2002.
- [11] Óses de León E, Marañón Legarra I. Diagnósticos de enfermería en el paciente con enfermedad de Huntington. *Pulso* 2012 abril; 29:25-20.
- [12] Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-54.
- [13] Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontologist* 1996; 6:338-46.
- [14] Duke-Unc de Broadhead. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care* 1988; 26(7):709-23.
- [15] Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli CP. Validity and reliability of the Duke-UNC 11 questionnaire of functional social support (Spanish). *Atención Primaria* 1996; 18:153-6.
- [16] Mahoney FL, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14:61-5.
- [17] Baztán JJ, Pérez del Molino J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28:32-40.
- [18] Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain in elderly patients. *J Am Geriatric Soc* 1975; 23(10):433-41.
- [19] Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001; 117(4):129-34.
- [20] The Huntington's disease collaborative research group. A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes. *Cell* 1993; 72: 971-83.
- [21] Aramburu L, Izquierdo M, Romo A. En: Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "cómo mantener su bienestar". Colección Estudios. Series Dependencia, nº 12006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. IMSERSO; 2007.
- [22] Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "cómo mantener su bienestar". Colección Estudios. Series Dependencia, nº 12006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. IMSERSO; 2007.
- [23] Collins L, Jones T. 1997. En: Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "cómo mantener su bienestar". Colección Estudios. Series Dependencia, nº 12006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. IMSERSO; 2007.
- [24] Boada Grau J. Salud y trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales. Editorial UOC; 2012.
- [25] Llácer R, Zunzunegui I, Béland I. Family, question and depressive symptoms in caregivers of disabled elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999; 53:364-9.

La gran Biblioteca Profesional de Enfermería al alcance de un clic



enferteca
Grupo Paradigma

**Conocimiento enfermero completo,
fiable y siempre actualizado**

- **Seguridad:** resuelve todas tus dudas al instante y en cualquier lugar.
- **Tranquilidad:** toma la decisión más adecuada y fiable en cada momento.
- **Accesibilidad:** te mantiene al día de los cambios que se produzcan en tu profesión en general y en tu especialidad en particular, de forma continuada.
- **Prestigio:** mejorarás aún más la calidad de tus cuidados.
- **Satisfacción:** personal y profesional, tendrás lo mejor, darás lo mejor.

www.enferteca.com



Reflexiones sobre la instauración de desfibriladores externos semiautomáticos en la Universidad de Alicante

Adrián Bazaga Ruiz

Enfermero. Estudiante Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería (MICE). Universidad de Alicante. Dirección de contacto: abr51@alu.ua.es

(Artículo procedente del trabajo fin de grado de Enfermería presentado en la Universidad de Alicante en 2014 y bajo la dirección de Miguel Richart)

Resumen

En la reciente era de la austeridad, el pensamiento racional se hace imprescindible. De ahí que en una disciplina tan social como pueda ser la enfermería se intente educar al alumno en los conceptos de filosofía enfermera, fundamentos de la enfermería y pensamiento crítico. Como manifestación de este se elige el ámbito del espacio cardioprotectido y cómo este puede tener diferentes lecturas desde diversas perspectivas: desde la aparente ilógica de su implantación por la innecesariedad en esa población al lícito comportamiento por parte de una institución como medio para la publicidad o en el otro extremo como medio para continuar el camino ideológico autónomo de la universidad. A través de una muy heterogénea lectura bibliográfica, de una entrevista a un informante clave y de la inferencia propia; los conceptos nacientes de este discurso como el de imagen institucional, autonomía universitaria, empoderamiento social, y demás, son analizados en su relación con los desfibriladores externos semiautomáticos (DESA), la capitalización de la salud y el pensamiento crítico.

Finalmente se reflexiona mediante las conclusiones sobre el origen del trato de la salud como producto, la pérdida del objetivo institucional del conocimiento al interés económico por parte de algunas sociedades científicas o la ruptura de la barrera de competencias eminente e históricamente pertenecientes al sistema sanitario mediante el DESA.

Palabras clave: reflexiones, DESA, desfibrilador, salud como producto, empoderamiento social, autonomía universitaria.

Abstract

Thoughts on semi-automated external defibrillator implementation at University of Alicante

In the recent era of austerity, rational thinking has become an absolute need. Thus, a very social discipline such as nursing intends educating students on such concepts as nursing philosophy, fundamentals of nursing, and critical thinking. As an illustrative case, the cardioprotected space from differing perspectives was considered: from an apparent lack of rationale for implementing it, because it is not needed in this population, to its licit behavior of the institution as a publicity-oriented item, or even as a mean for promoting the autonomous ideological prospects for the institution. By means of a very heterogeneous literature reading, an interview with a key informant, and personal inference, emergent concepts on this rationale, such as institutional image, university autonomy, social empowerment, and others are analyzed regarding their relationship with semi-automated external defibrillators, health capitalization, and critical thinking.

Finally, some thoughts are presented as conclusions, such as the origin of health conceptualization as a product; the loss of knowledge as an institutional aim under the prevailing financial interest in some scientific societies, and the breakdown, through semi-automated external defibrillators, of the barrier based on competences that have been historically associated to healthcare system.

Key words: thoughts, semi-automated external defibrillator, health as a product, social empowerment, university autonomy.

Introducción

La investigación cualitativa es un método de investigación empleado principalmente en las ciencias sociales que enfatiza el estudio de los procesos y de los significados, se interesa por fenómenos y experiencias humanas. Da importancia a la naturaleza socialmente construida de la realidad, a la relación estrecha que hay entre el investigador y lo que estudia, además, reconoce que las limitaciones prácticas moldean la propia indagación. Es evidente que la metodología cualitativa está fundamentada principalmente por el paradigma constructivista, según el cual los hallazgos de la investigación son creados por la interacción investigador-contexto. El mundo social es complejo y la vida cotidiana dinámica no se puede reducir a variables, ni separar sus partes de manera artificial, la metodología ha de dar cuenta de esto. Así, mientras que la metodología cuantitativa se refiere al estudio de los procedimientos y al acto de recoger datos, la cualitativa cubre la totalidad del proceso de investigación, que se verifica y ajusta al mundo empírico (1).

En la reciente impuesta era de la austeridad, y dado el carácter profundamente reflexivo del pensamiento crítico que se pretende desarrollar en los futuros enfermeros, para la consecución de profesionales más aptos en la resolución de problemas y para el continuo crecimiento de la disciplina, son considerados aquí, desde la investigación cualitativa, el campus cardio-protégido y los desfibriladores externos semiautomáticos como una oportunidad única para el desarrollo y la manifestación del pensamiento crítico.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2012 murieron por enfermedades del sistema cardiocirculatorio un total de 122.097 personas, lo cual corresponde con el 30,3% de las muertes españolas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el pico de esta afección se encuentra en personas mayores de 79 años (3.391,2 fallecidos por cada 100.000 personas).

Más específicamente, por causa de la enfermedad isquémica del corazón (infarto, angina de pecho, etc.) murieron 34.751 personas del total anual de 402.950 muertes (8,62%). Este porcentaje fue en años anteriores del 8,98% en 2011, 9,23% en 2010, 9,25 en 2009, 9,28 en 2008, etc. Con un claro descenso, atribuible quizá a la prevención, estilos de vida más saludables, mejor atención médica o a la declaración de todos los espacios cerrados como espacios libres de humo (2).

En particular, en Alicante (provincia) fallecieron 335 personas en 2012 a causa de infarto de miocardio u otras alteraciones isquémicas.

Aproximadamente el 80% de los paros cardiacos fuera del hospital se produce en lugares privados o residenciales. Por tanto, de estas 335 personas (suponiendo que todas ocurriesen fuera del hospital, y dado que no hay datos sobre las que ocurren dentro del mismo, pues ningún hospital pone al alcance del público ese tipo de información) alrededor de 67 sufrirían el infarto que acabaría con su vida en lugares públicos donde se podrían haber puesto desfibriladores externos semiautomáticos.

El promedio de edad dentro de la Universidad de Alicante es de 28 años. Teniendo en cuenta al personal de administración y servicios (1.421 personas con 44 años de media), al profesorado (2.365 personas, 46 años) y al alumnado (38.490 personas, 27 años), en los que se encuentran incluidos primer y segundo ciclo, grados, másteres, doctorado, oficial o propio, universidad permanente y Erasmus. Se deduce, por tanto, de los datos la probable innecesidad de estos elementos. Los datos han sido obtenidos a través del servicio de informática de la Universidad de Alicante.

A ello hay que añadir la probable pertenencia de estos a una clase media-alta, en la que las proporciones de paro cardiaco repentino son todavía menores, así como el envejecimiento demográfico, notado más en otros lugares que en la universidad (3).

El estado de la cuestión sobre los problemas relacionados con la implantación de los desfibriladores es un campo casi perfectamente virgen sobre el que investigar. Más bien al contrario los estudios analizados en su absoluta mayoría tenían una interpretación centrada en lo positivo de los desfibriladores y si en alguno se hablaba de ámbitos negativos era desde los términos de potencial o condicional.

Objetivos

Entre las motivaciones del presente trabajo se encuentra el desarrollar a través de una realidad pedestre, ideas más complejas y abstractas, reflexionar sobre ellas y analizar los diferentes puntos de vista que tiene cualquier realidad por sencilla que pueda parecer. Para ello se elige la implantación de los desfibriladores externos semiautomáticos en la Universidad

de Alicante, en un intento de manifestar el pensamiento crítico enfermero en un ámbito de salud que enlaza directamente con el análisis de salud comunitaria que bien podría proceder de una enfermera con esta especialidad, y demostrar la integración de las competencias y habilidades propias del grado.

Metodología

El presente es un estudio de enfoque cualitativo y posee un diseño de teoría fundamentada, que según Glaser y Strauss (4) consiste en el interaccionismo simbólico. Su planteamiento básico es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación más que de los estudios previos. Es el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno educativo, psicológico, comunicativo o cualquier otro concreto. La teoría fundamentada es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubren a los participantes o muestra de interés. La teoría fundamentada va más allá de los estudios previos y los marcos conceptuales preconcebidos en búsqueda de nuevas formas de entender los procesos sociales que tienen lugar en ambientes naturales.

La muestra seleccionada para la entrevista sigue las pautas del muestreo intencional o de conveniencia. Esto es: se escogen las unidades a entrevistar siguiendo criterios de conveniencia del investigador o de los objetivos de la investigación (riqueza de información en el caso, posición que ocupa en relación al fenómeno estudiado, etc.).

Los métodos empleados para la recogida de datos se basan en la observación, la entrevista en profundidad a un informante clave y la consulta bibliográfica.

En cuanto a la observación, esta fue no estructurada, pues se pretendía identificar los componentes claves de un problema todavía sin definir completamente y desarrollar las hipótesis.

Sobre la entrevista en profundidad esta fue semiestructurada, pero derivó en libre, pues si bien se siguió un guión, no se pretendía controlar directamente el proceso de obtención de la información.

En último lugar, la consulta bibliográfica tenía como fin obtener los conocimientos necesarios para llevar a cabo una investigación de carácter más amplio. Así, la búsqueda bibliográfica se inició específicamente en revistas como *Nursing Philosophy* para tener una primera aproximación al tema de la investigación cualitativa en general y de las conclusiones o primeras derivaciones que se pretendían alcanzar. Posteriormente se desarrolló la revisión de la literatura sobre los desfibriladores externos para recopilar toda la información posible para establecer una base sólida de trabajo y conocer hasta dónde habían llegado otros investigadores con el fin de evitar duplicidades. De ese modo se inició la búsqueda con palabras clave como AED, *price, economy, impact over health*, DEA, precio, economía, impacto sobre la salud; y diferentes combinaciones de estas y otras, en bases de datos como Cuiden, IME, *Scielo, Cochrane, Pubmed*, etc., dando como resultado un número relativamente pequeño de artículos que fueron filtrados por título y resumen según la conveniencia del investigador por su relación con el aspecto de los desfibriladores que se quería tratar, esto es: su modelo de implantación con base epidemiológica. La información no fue decodificada y categorizada de manera formal.

Finalmente se analizaron los conceptos de imagen institucional, industria tecnológica, universidad independiente y empoderamiento de la persona en relación con los datos obtenidos y se procedió a resumir las posibles interpretaciones desde diferentes perspectivas. A través de la inferencia se alcanzaron reflexiones sobre estas cuestiones.

Conflictos de interés

Al comienzo del trabajo las intenciones eran emplear los desfibriladores como crítica a la universidad por su falta de necesidad y por el potencial gasto que podían haber supuesto. Conforme se desarrolló la integración de información sobre estos, y tras la entrevista, las ideas al respecto fueron cambiando, el autor se hizo consciente de los prejuicios hacia la universidad, de un punto de vista sesgado y de que ya tenía pensadas las conclusiones antes de empezar el trabajo. Tras la información, la finalidad del proyecto cambió radicalmente hacia la mera producción de ideas relacionadas con el tema y con los diferentes puntos de vista que se pudiesen generar de cada ámbito.

Otro choque que se debe quizá expresar de antemano es el posicionamiento marxista del autor, con las obvias repercusiones de cara a la interpretación de los datos y el camino que pueden seguir las ideas.

Resultados

DESA

El desfibrilador externo semiautomático (DESA) es un aparato electrónico portátil que diagnostica y trata la parada cardiorrespiratoria cuando es debida a fibrilación ventricular (actividad eléctrica sin efectividad mecánica) o a taquicardia ventricular sin pulso (actividad eléctrica y bombeo sanguíneo ineficaz), restableciendo un ritmo cardiaco efectivo, eléctrico y mecánicamente. La desfibrilación (DF) consiste en emitir un impulso de corriente continua al corazón, despolarizando simultáneamente todas las células miocárdicas, pudiendo retomar su ritmo eléctrico normal u otro eficaz (5).

Sin embargo, el DESA es totalmente ineficaz en la parada cardiaca con asistolia pues el corazón, en este caso, además de no bombear la sangre, no tiene actividad eléctrica; y en la actividad eléctrica sin pulso (AESP), donde hay actividad, que puede ser incluso normal, pero sin eficacia mecánica. En estos dos últimos casos únicamente se debe realizar compresión torácica mientras se establecen otras medidas avanzadas.

Por cada minuto que se retrase la DF, la supervivencia de una FV disminuye en un 10-12%. Si el testigo de la parada cardiorrespiratoria (PCR) realiza reanimación cardiopulmonar básica (RCP), la disminución es solo del 3-4% por minuto.

Algunos predijeron que la RCP podía quedar obsoleta por el desarrollo de los programas de DEA; tiempo después las cifras de supervivencia al infarto cayeron inesperadamente por la falta de énfasis en la RCP (6).

La diferencia entre un dispositivo DEA y un DESA es el total automatismo del primero, frente a la necesidad de confirmación en el segundo. En España todos los desfibriladores de uso público deben ser obligatoriamente semiautomáticos, pues son más confiables al asegurar que nadie toca al paciente durante la descarga.

De cara al marco jurídico, el Real Decreto (7) solicita, que no exige, su promoción e implantación en el mayor número de lugares posibles, allí donde se concentre o transite un alto número de personas, no especificando el uso de estos por personal no sanitario y dejando esta competencia a cargo de las comunidades autónomas.

En la Comunidad Valenciana, el uso de los DESA está autorizado únicamente para las personas que hayan superado la formación inicial y tengan actualizados sus conocimientos. Esta formación inicial consiste en un curso en reanimación cardiopulmonar básica (RCP) y en el empleo de desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) de 12 horas de duración y con un coste (en la Universidad de Alicante) de 100 euros. A su vez, la actualización deberá ser anual y se establece por un curso de 6 horas (7).

El empleo del desfibrilador sin certificado no está contemplado en ninguna de las dos legislaciones; en lo que a responsabilidad penal se refiere, se contempla una sección sobre seguros de responsabilidad civil, al parecer a cargo de la empresa o establecimiento público que instala el DESA. La utilización de estos dispositivos es imposible que conlleve perjuicio para la persona que sufre en ataque cardiaco, de ahí la innecesidad de reglamentación sobre cargos penales, que incluso hace dudosa la necesidad de los cursos de formación y la renovación de certificados.

Pese a la importancia de estas medidas de salud pública, la instalación de los DEA en áreas residenciales y la adquisición de uno para uso individual en el hogar, incluso por aquellos pacientes considerados en alto riesgo de paro cardiaco, no ha demostrado mejoría en la sobrevida frente a la implementación de RCP sola (8).

Cuando se desarrolla un programa de DEA, los responsables comunitarios deben considerar factores como dónde debe estar su mejor localización, basada en estudios previos de incidencia o en afluencia de personas y la formación de un equipo con responsabilidades para monitorizar y mantener los aparatos, capacitar a las personas que probablemente utilizarán el DEA y, si es posible, la identificación de individuos voluntarios que se comprometan a emplearlos en las víctimas de un paro cardiaco (8,9).

El emplazamiento y la organización del sistema (el conjunto de la cadena de supervivencia) en el que se inserta el uso de DEA son elementos determinantes fundamentales de su eficacia. Sin conocer en detalle la epidemiología de la muerte súbita, y la ubicación, los tiempos de respuesta del Servicio de Emergencias preexistente, etc., el despliegue de DEA puede ser perfectamente inútil (10).

La industria electromédica ha creado un instrumento de eficacia indiscutible; es tarea de expertos en epidemiología y en la atención a la PCR la obtención de los datos que permitan determinar, para cada ámbito de empleo, si el DEA puede ser efectivo y eficiente, dónde debe ubicarse para ello y cómo debe integrarse en los esquemas de atención a las emergencias médicas. Por el contrario, las aproximaciones meramente intuitivas pueden hacer estériles los esfuerzos y las inversiones y conducir el procedimiento a un injustificado desprestigio (11).

La imagen institucional y las sociedades científicas

El objetivo primario de la universidad es la generación de un espacio que fortalezca la salud, y con los desfibriladores lo que se consigue es la protección cardiovascular, lo que se inserta dentro del proyecto universidad saludable, que engloba otras muchas acciones como el fomento de la nutrición responsable, el ejercicio, la vacunación, etc.

Este tipo de acciones han hecho a la universidad merecedora del Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas de Promoción de Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior de la OMS Panamericana. Y añadido a esto la concesión del certificado de cardioprotección por la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST).

¿Pero qué son estos premios y certificados? Específicamente la SEMST confiere la certificación de la cardioprotección de los establecimientos, empresas, ayuntamientos, universidades, etc., que cumplan con una serie de requisitos tales como:

Poseer un número determinado de DESA, con los correspondientes seguros, normativas y regulaciones en curso; poseer un plan reglado de instalación, señalítica y distribución; establecer una formación mínima de noventa minutos, de acceso público y reglamentada según la normativa de la comunidad autónoma; cumplir con un mantenimiento que controle informáticamente la fecha de caducidad de baterías, parches, etc.

Existen diferentes tipos de certificados: campus cardioprotegido (o espacio cardioprotegido), gran espacio cardioprotegido (alcanzable con la incorporación de más de cinco DESA), ciudad cardioprotegida, evento cardioprotegido, etc. Los beneficios de la obtención de tales certificados, tal y como la propia página web de la SEMST introduce, son:

El reconocimiento otorgado por una sociedad científica española ampliamente reconocida; conseguir un elemento clave diferencial frente a otras empresas e instituciones del sector, que no dispongan de dicho certificado; una sistemática de actuación definida, auditada y mantenida en el tiempo; cubrir la prevención de riesgos laborales (para trabajadores); demostrar responsabilidad social corporativa; conseguir un gran impacto en la sociedad, no solo en el ámbito nacional y europeo. Sería de los primeros espacios cardioprotegidos en España y en el resto del mundo (12).

Aunque quizá el objetivo de la universidad no sea única y exclusivamente la imagen, sí que es cierto que entre otras instituciones, establecimientos o empresas de diversa índole, la certificación por la cardioprotección será obtenida como medio para el reconocimiento institucional, el impacto social, el valor añadido para la diferenciación, para la competición económica; en definitiva: la publicidad particularista de cada uno.

Con ello cabe la lectura de la situación como que un elemento para la protección de la salud se puede convertir en un elemento de diferenciación de clases. En que nuevamente los más privilegiados tengan acceso a dispositivos donde no fuera menester y que no los haya para aquellos para los que sí podrían ser útiles. Desde luego no es una afirmación categórica, estará llena de matices, pero en resumen se puede afirmar que se crea desigualdad si el criterio para la instalación de desfibriladores es la imagen y no la necesidad.

Este trato de la salud como parte del sistema económico la convierte en un elemento de mercado, en un producto que se puede comprar y vender. El recuerdo con la sanidad privada o con las estrategias de salud neoliberales es inevitable.

Por otra parte, que las sociedades científicas (como la SEMST y otras) participen en este ingenuo juego de la venta de la imagen de salud puede hacer pensar en la pérdida del motivo primario de su existencia, es decir, la docencia, investigación y publicación. O la subyugación de estos elementos al de la venta de su prestigio. Observando la lista de requisitos de la SEMST para la obtención del certificado de espacio cardiosaludable, y más específicamente el primer punto (poseer un número determinado de DESA), se puede conjeturar la existencia de algún tipo de convenio entre esta sociedad científica y las empresas vendedoras de desfibriladores. Por supuesto, de tener una entrevista con el responsable de esta decisión, la coartada será que las sociedades científicas también son una figura volátil dentro del juego del capitalismo y, por tanto, deben jugar sus cartas y mantenerse en la cúspide aunque sea a costa de defender en algunos casos más los intereses de las farmacéuticas o empresas de tecnología sanitaria que el interés del conocimiento y la sociedad.

Industria tecnológica

A propósito de la industria tecnológica sanitaria, se les puede hacer una comparativa con la industria farmacéutica: está sometida a las leyes del mercado, las cuales, como ha demostrado la historia reciente, forman parte de un "capitalismo desbocado", por los excesos cometidos en diversos frentes y cuya gran crisis es evidente. La industria se ha caracterizado por ser una de las empresas más rentables del sistema de mercado. En la industria la investigación y el desarrollo (I+D) son pie-

zas claves, puesto que de ellos depende la generación de conocimiento para nuevas terapias o para mejorar las ya existentes. La industria justifica su proceder mercantilista por los altos costos erogados en I+D y debido a la competencia entre diversas firmas de la cual no puede salirse. Sin embargo, el riesgo es quedar a merced de los dictados propios del mercado, los cuales pueden interferir con los fines de la investigación científica, uno de los cuales es crear conocimiento para remediar las grandes necesidades en salud (13).

Se ha sufrido una reciente disminución en la innovación de productos que tiene que ver con una nueva relación con el mercado, caracterizada actualmente por "la planeación y la mercadotecnia precomercial". Esta estrategia tiene la finalidad de acortar el periodo en que un nuevo producto es aprobado y así aumentar el tiempo de duración de la patente y originar mayores ganancias. Consiste en un cambio en el modelo tradicional de investigación, desarrollo y comercialización, por uno nuevo consistente en integrar la investigación de mercado con la investigación, desarrollo y comercialización. Más aún, la integración de la mercadotecnia e I+D está dirigida a la creación de valor interno, que tiene un espejo externo llamado demostración del valor. Se trata de integrar diversos equipos de investigación, pero también de mercadotecnia, que demuestren la eficacia y seguridad del producto por nacer y hagan que este sea esperado por todo un público (médicos, pacientes, farmaceutas, etc.) expectante. El esquema actual sería: creación de valor/demostración, I+D, y control por el mercado (14).

Si como ya hemos dicho los desfibriladores externos semiautomáticos son potencialmente innecesarios en el campus, ¿acaso no serán todavía más innecesarios en determinadas empresas que ni tan siquiera realicen un estudio de isoclonas, o epidemiológico? ¿Que vayan únicamente detrás de este valor añadido?

Y, si de imagen se trata, ¿no se conseguiría lo mismo ayudando al desarrollo de este método de emergencias en lugares donde existiese una mayor población de riesgo, una mayor incidencia o unas mayores potenciales aplicaciones?

Esto escapa de las competencias de cada empresa, institución, universidad o colectivo. En un mundo regido por barreras y en el que no se es capaz de ver cómo el origen del presupuesto es en muchos casos el de los mismos impuestos que paga todo el pueblo, no tiene cabido una visión colectivista de los recursos.

El desfibrilador, como elemento más simbólico que utilitarista (entendiendo el término como útil y no como doctrina), quedará relegado a los polvorientos rincones de empresas que ya hayan obtenido esa aparente definitiva cardioprotección (con las posibles repercusiones en la pérdida de la importancia de la RCP). De esta manera, quizá llegue a ser olvidado un elemento que podría haber salvado muchas vidas, si acaso se hubiera impuesto como debiera.

Esto no es en realidad nada si se compara con la progresiva privatización del sector de la salud, con el todavía más aterrador hecho de la participación del estado, que actúa ocasionalmente más como el administrador de los negocios de la burguesía que como organización para el bienestar común (15).

Autonomía universitaria

Volviendo al caso concreto de la universidad, esta hace lo que considera con sus presupuestos y resulta lógico que las medidas y proyectos que propone y desarrolla vayan directamente dirigidos a ella misma: a mejorar la calidad de vida de sus integrantes, la salud, la estética o la comodidad.

A pesar de ello, si la justificación es la independencia económica de la universidad, no ha de olvidarse que la mayor parte de estos recursos son proporcionados por el estado, o por la consejería de educación, y el origen primario de estos son los impuestos. De modo que intentando ser objetivos, ciegos voluntarios a las barreras que separan instituciones de municipios, los gastos de la universidad podrían y deberían tener como objetivo la sociedad íntegra, y no solo a los universitarios o a la propia institución.

Esto abre la cuestión de por qué la universidad, como fábrica del conocimiento, debe comportarse como una empresa y competir en el sistema como un elemento aislado, particular y no perteneciente al gobierno.

Quizá esto enlaza con la segunda cuestión, y es que si la universidad se fomenta a sí misma siguiendo las reglas económicas del mundo al que pertenece, a pesar de no ser independiente económicamente hablando, sí que demuestra un intento por ganarse esta independencia. Adicionalmente la participación de la madre del conocimiento en la economía moverá a su vez la rueda de esta, funcionando como producto, pero generando el fruto del desarrollo de las empresas asociadas lo que conllevará el progreso económico del país y, por tanto, del gobierno que cedió esa individualidad a la universidad. O al menos en la teoría utópica de capitalismo y libre mercado que acaba beneficiando a todos. Pero si tenemos

en cuenta los otros miembros del juego: la corrupción política, la evasión de impuestos y las idas y venidas de la macroeconomía; esta independencia de los elementos gubernamentales puede no ser una estrategia tan inteligente.

Hay otros puntos que señalar: la universidad, como institución investigadora, como fuente de ideas, producirá un agua más pura sin el control estatal; asimismo y dado que es la imagen de lo que la sociedad quiere ser, el ejemplo de sociedad ideal, de futuro, sería cuanto menos contraproducente el tener una universidad marioneta, con unas políticas manejadas por el estado y por tanto con unas ideas nacientes particularmente alienadas.

Sin embargo, si la dejamos sola, la universidad, como integrante del sistema capitalista, se dejará en parte guiar por el utilitarismo y generará conocimiento e ideas que se vendan, tengan o no significado (por el natural ir y venir de los grupos de investigación siguiendo los intereses del mercado) (16).

Heidegger explicaba que en una sociedad, las personas, su cultura y el conocimiento son perpetuados por la interacción entre los tres tipos de poiesis: sexual (pro)creación, creatividad social y virtud. Heidegger sostuvo que en la modernidad, la poiesis social y la poiesis de la virtud han sido absorbidos en lo que él define como la *technè* moderna, un fenómeno en el que la tecnología se convierte en un fin en sí mismo. En general, la *technè* moderna promueve la producción y acumulación de recursos naturales de la Tierra para producir la energía y los materiales necesarios para maximizar los beneficios y minimizar los gastos. Heidegger opinó que, frente al deslumbramiento del hombre moderno por las promesas de progreso tecnológico, la esencia misma de la tecnología debe ser cuestionada, ya que es responsable de sumirnos en la hegemonía del instrumentalismo.

En el mundo moderno, es de hecho principalmente el aspecto negativo, explotador y destructor aspecto de la *technè* moderna el que tiene precedencia. Es una forma desviada del desarrollo tecnológico y científico en el que los valores de la explotación y el consumo del producto de la tecnología exceden las necesidades naturales del hombre. El mundo y la naturaleza, por lo tanto, ya no parecen ser lugar para la emancipación y la realización existencial. Más bien, son una realidad material que ha sido sometida a la acumulación de las instituciones de poder y procesada sin escrúpulos para el consumo económico y material, que ha sido promovido como necesario (17).

En su relación con la enfermería, este instrumentalismo bebe y da de beber a la filosofía burocrática, tecnocrática y neoliberal y las consecuencias ya han sido redactadas en la literatura enfermera sobre las importantes repercusiones de estos cambios en todos los aspectos de la profesión, desde la entrega de la atención y el tratamiento (18), la formación para las nuevas enfermeras (19), a las reformas políticas legisladas con respecto al papel, hasta las responsabilidades de las enfermeras modernas (20).

Empoderamiento social

Sin embargo, el instrumentalismo o el utilitarismo tecnológico es un prisma de compleja percepción. Por volver al tema pedestre de estos dispositivos, al juicio del autor los DESA podrían llegar a ser un buen escalón hacia el empoderamiento de la persona en materia de salud. Este empoderamiento consiste en la apoderación, en dar poder a los ciudadanos sobre sus propios cuidados de salud. Para ello hay que ser paciente informado y formado. Los pacientes competentes en el manejo de su salud favorecen la sostenibilidad del sistema sanitario.

La cuestión que se plantea ante este despliegue de información es, si los profesionales están preparados ante esta situación y si están dispuestos a desarrollar su papel en un nuevo escenario y colaborar en el llamado empoderamiento del paciente. Se sabe que un paciente bien informado coopera mejor y es más responsable, pero profesionales y pacientes están acostumbrados a un modelo de relación paternalista en el que parte del poder radica en los datos y el conocimiento que el primero posee y el paciente no.

El ciudadano, como paciente y como usuario, está cada vez más preparado para desempeñar un papel más activo con relación al cuidado de la salud y a aprovechar todas las oportunidades que las nuevas tecnologías le ofrecen y espera que los profesionales y sus instituciones sanitarias también lo hagan.

Así mismo, el paciente de hoy en día es una persona con un mayor nivel educativo, participa en las decisiones que afectan su salud y asume una cultura de derechos, no ya como paciente (sujeto pasivo de actuación médica), sino como cliente (sujeto que establece una necesidad a satisfacer mediante una relación contractual más o menos explícita); como usuario (sujeto que utiliza los servicios disponibles de forma voluntaria) y como consumidor (sujeto que recurre a los servicios disponibles, tanto voluntaria como involuntariamente) (21).

Tiene su lectura contraria como todo: el empoderamiento de la persona puede implicar también un acercamiento a la delegación de las competencias de cuidados por parte del sistema sanitario en el ciudadano. Pero, ¿es esta una delegación informada/formada? Porque en el caso de no ser así se estaría hablando de una posible desatención del ciudadano, de una negligencia sistematizada.

Si se abandona a la persona a sus cuidados sin asegurarse que estos cuidados son de calidad, se puede caer en el error de culpabilizarla si posteriormente se ve que estos han sido unos cuidados deficientes. Cuando en realidad la culpa sería únicamente del profesional, pues no se puede suponer que el empoderamiento del paciente nace de forma innata, que las personas nacen con una voluntad de informarse y autorreciclar sus conocimientos sobre su enfermedad. Aunque cada vez más personas se informan más sobre su enfermedad y sus cuidados, es un error de juicio suponer la universalidad de este hecho.

En conclusión, los desfibriladores externos son una realidad en la que los ciudadanos pueden romper la barrera que separa los ámbitos que relacionan la salud y son competencia exclusiva del sistema sanitario, de los ámbitos públicos y, por tanto, podrían ser un elemento que haga partícipes a los ciudadanos de su propia salud. Tal y como ocurre en el caso de los extintores, que puedan llegar a ser utilizados por cualquiera y, por tanto, sean un paso hacia la apropiación de responsabilidades interdisciplinares; como bien podría ser el irónico caso de EE.UU. (9). Esto tristemente va en contra de los intereses del sistema de libremercado en el que cuanto más dividido, sectorizado y aislado está un campo, tanto más dinero puede llegar a producir por la competencia entre diferentes áreas, o por la diversificación de puestos de trabajo, etc. Tanto como interesa la existencia de un sistema sanitario que signifique un motor económico, nuevamente recordando a la salud como producto de mercado.

Agradecimientos

Eterno hincapié merece este apartado pues, si bien es cierto que el presente es fruto de una persona, este autor por sí solo nunca hubiera podido hacer avanzar un proyecto tan codicioso en su alcance como es este. Especial nombramiento merece el Dr. Miguel Richart, como profesor responsable de enseñar al alumno los misterios e intrínsecos de la investigación y el entrevistado (que se dejará en secreto) por hacerle ver la importancia de los diferentes puntos de vista y como la combinación de estas da lugar a mejores y más acertadas conclusiones.

Bibliografía

- [1] De la Cuesta C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 1997; 15(2):13-24.
- [2] Hurt R, Weston S, Ebbert J, McNallan S, Croghan I, Schroeder D, Roger V. Myocardial Infarction and Sudden Cardiac Death in Olmsted County, Minnesota, Before and After Smoke-Free Workplace Laws. *Archives of Internal Medicine* 2002; 172(21):1635-41.
- [3] González G, Grau M, Muñoz M, Martí R, Sanz H, Sala J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63(9):1045-53.
- [4] Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company; 1967.
- [5] Kerber R, Becker L, Bourland J, Cummins R, Hallstrom A, Michos M, et al. Automatic external defibrillators for public access defibrillation: recommendations for specifying and reporting arrhythmia analysis algorithm performance, incorporating new waveforms, and enhancing safety. *Circulation* 1997; 95:1677-82.
- [6] Link M, Atkins D, Passman R, Halperin H, Samson R, White R, et al. Part 6: electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing. *Circulation* 2010; 122:706-19.
- [7] Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* núm. 80, a 2 de abril de 2009. p. 31270-3.
- [8] Decreto 220/2007, de 2 de noviembre, del Consell, por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por personal no médico. España. *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana*, 6 de noviembre de 2007, núm. 5633. p. 41474-84.

- [9] Navarro J, Garzón J, Villarreal M. Panorama del desfibrilador externo automático en el mundo. *Actas Peruanas de Anestesiología* 2011; 19:102-10.
- [10] López J, Herrero P, Pérez J, Martín H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. *Medicina Intensiva* 2011; 35:299-306.
- [11] Ruano M. Desfibrilador externo automático: un instrumento eficaz que puede aplicarse ineffectivamente. *Medicina Intensiva* 2003; 27(4):299-306.
- [12] Pell J, Sirel J, Marsden A, Ford I, Walker N, Cobbe S. Potential impact of public access defibrillators on survival after out of hospital cardio-pulmonary arrest: retrospective cohort study. *British Medical Journal* 2002; 325.
- [13] Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo. [citado 23 abr 15]. Disponible en: <http://www.cardioprotegidos.es/>
- [14] Páez R. La investigación de la industria farmacéutica: ¿condicionada por los intereses del mercado? *Acta Bioética* 2011; 17(2):237-46.
- [15] Sacristán J, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto J. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(4):334-43.
- [16] Porter S. Capitalism, the state and health care in the age of austerity: a Marxist analysis. *Nursing Philosophy* 2013; 14:5-16.
- [17] Schwartzman S. La Universidad como Empresa Económica. *Revista de la Educación Superior* 1996; 117(1):99-104.
- [18] Krol P, Lavoie M. Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy* 2014; 15:112-24.
- [19] Zuzelo P, Gettis C, Whitekettle-Hansel A, Thomas L. Describing the influence of technologies on registered nurses' work. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice* 2008; 22(3):132-42.
- [20] Spouse J. An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(3):730-9.
- [21] Aranda K, Jones A. Dignity in health-care: a critical exploration using feminism and theories of recognition. *Nursing InquirI* 2010; 17(3):248-56.
- [22] Aranaz J, Aibar C. Implantando la cultura de la seguridad de los pacientes. En Instituto de Salud Carlos III. (Ed.), X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Albacete: Instituto de Salud Carlos III; 2006. p. 10-20.
- [23] Instituto Nacional de Estadística. 2014. [citado 23 abril 15]. Disponible en: www.ine.es
- [24] Ortez E. Así se investiga, pasos para hacer una investigación. El Salvador: Clásicos Roxsil; 2000.



contigo!

conecta con la Enfermería

www.facebook.com/ComunidadMetas

Conecta con la Enfermería y descubre **Comunidad Metas**, el espacio enfermero en la red creado por **Grupo Paradigma**, con el objetivo de que estés al día de las últimas noticias y novedades del mundo de la Enfermería.



Síguenos y serás el primero en conocer las principales noticias que afectan a tu profesión, las últimas **novedades editoriales** y nuestras **exclusivas ofertas** en libros, revistas y formación online.



Además, podrás darnos tu **opinión**, hacernos llegar tus **sugerencias** y **preguntas** e intervenir en los debates en los que ya participan nuestros más de **3.400 seguidores**.



Y si decides convertirte en seguidor de la **Comunidad Metas** en Facebook, podrás participar en los **sorteos** y **concursos** que realizaremos de forma periódica entre todos nuestros seguidores.



Síguenos en
 **facebook**

Ya somos
más de **3.400**
seguidores



Únete a nosotros

y síguenos también en **twitter**
www.twitter.com/ComunidadMetas

 **grupoparadigma**

Entrevista



ANDRÉS CLIMENT RUBIO
VOCAL DE COOPERACIÓN DE AEC

Pregunta.- *¿Qué le lleva a un miembro de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) a participar en programas de cooperación?*

Respuesta.- Realmente mi inclusión en la asociación viene a raíz de querer llevar a cabo una intervención comunitaria en Kenia dentro de un proyecto de salud y cooperación para el desarrollo. Ese fue mi punto de partida dentro de AEC.

P.- *¿Qué es lo que hace un cooperante en Kenia?*

R.- Como cooperante en un proyecto de salud como el que estamos desarrollando, nuestro trabajo es muy amplio desde la atención médico/asistencial, pasando por la coordinación de recursos de salud a la intervención con la comunidad. Podemos decir que el enfermero ostenta muchas figuras profesionales, como enfermero, médico, administrador, gestor, político... ya que solo somos dos enfermeros y todo lo relacionado con la salud y la enfermedad nos atañe a nosotros.

P.- *¿Cuál es tu misión?*

R.- Principalmente el objetivo del proyecto en el que me encuentro es mejorar la salud de la población mediante estrategias de formación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y actuando también directamente sobre casos concretos de enfermedad que puedan de igual manera afectar a la salud pública, brotes epidémicos, etc.

P.- ¿Tienes capacidad de planificar acciones más allá de la atención sanitaria?

R.- Efectivamente. Ciertamente es que nuestra principal misión, como nuestros benefactores solicitan, es la atención médica puntual, pero también se trabaja con las comunidades con el objetivo de mejorar la salud, no solo de un caso sino del mayor número de personas.

P.- ¿Cuáles y cómo las llevas a cabo?

R.- Principalmente llevamos programas de formación de personal local en materia de higiene básica, primeros auxilios y prevención y detección de las enfermedades más prevalentes. También llevamos adelante un programa de formación de matronas tradicionales en el que formamos a mujeres locales, con experiencia anterior en la atención al parto, en cómo atender partos con una mejor calidad. El trabajo en las escuelas es también otro punto clave de nuestra intervención. Allí les enseñamos hábitos higiénicos básicos y en breve vamos a poner en marcha un programa de salud bucodental.

P.- ¿Cuentas con colaboración de alguien para desarrollarlas?

R.- A través de la comunidad misionera con la que trabajamos (San Pablo Apóstol) recibimos el apoyo institucional que resulta imprescindible para desarrollar el proyecto y que nos da credibilidad ante la población. Es fundamental el apoyo de una sociedad científica como la Asociación de Enfermería Comunitaria con la cual trabajamos estrechamente y con la que se pretende firmar un convenio de colaboración.

P.- Donde desarrollas el proyecto, ¿qué necesidades te encuentras a diario en el campo de la salud comunitaria?

R.- El proyecto lo llevamos a cabo en la zona norte de Kenia, en Turkana. Es una zona semidesértica la cual tiene escasez de todo tipo de recursos básicos como son el agua y la comida. Las necesidades son muchas, como falta de vías de comunicación por carretera, instalaciones aptas para trabajar, falta de agua, el idioma..., pero la mayor dificultad se encuentra en trabajar con una cultura tan diferente a la nuestra que no concibe cosas que nosotros damos muchas veces por supuesto.

P.- ¿Hay dificultades de financiación para los programas de cooperación?

R.- Desde que la fuerte crisis económica afecta a España, las aportaciones institucionales a las ONG o comunidades que se dedican a la cooperación se han visto gravemente mermadas dependiendo el sustento de los proyectos básicamente de donaciones privadas.

P.- ¿Tienen cabida las enfermeras/os en los programas de cooperación?

R.- Por supuesto, como ya hemos visto una enfermera es un pilar básico en un proyecto de cooperación. En Turkana, en nuestra área, trabajamos dos enfermeras/os y atendemos a una población de unas 20.000 personas, tanto en la salud como en la enfermedad y muchas veces en cualquier necesidad básica como conseguir la perforación de un pozo para una comunidad que está desprovista de agua.

P.- ¿Cuál fue la reacción de tu familia y amigos cuando les comunicaste que te ibas de cooperante?

R.- Bueno, he de decir que ya estaban más o menos mentalizados, desde que empecé a estudiar Enfermería me han gustado este tipo de actividades y otras más arriesgadas o de aventura. Uno de mis objetivos futuros es conseguir trabajar en el

ejército desarrollando este tipo de misiones. Obviamente fue una sorpresa e incluso muchos me han llamado loco. Por otra parte, tuve que dejar muchas cosas atrás, pero bueno siempre hay que tomar una elección y yo sabía que la mía era irme.

P.- ¿Qué has podido ofrecerles a las personas de la comunidad en la que trabajas?

R.- Esta pregunta es muy difícil de responder. Por un lado yo sé lo que les he ofrecido, que es simplemente estar con ellos y demostrarles que alguien puede trabajar por ello sin ningún interés más allá que el de trabajar por una comunidad. Pero por otro lado, nunca sé lo que realmente les estoy aportando aunque espero que a mi vuelta definitiva sea capaz de identificarlo.

P.- ¿Y qué te han aportado ellos?

R.- Esta es otra pregunta como la anterior, también es muy complicada. Realmente nunca sé que responder, aunque si algo sé es que para sobrevivir allí has de aprender a tener paciencia y eso es gracias a ellos.

P.- ¿Qué consideras que puede aportar una sociedad científica como la AEC a la cooperación?

R.- El apoyo que aporta una sociedad científica como AEC es muy importante, ya que sus aportaciones pueden ser tan amplias como avalar al proyecto, ser un organismo consultor de las actividades que se llevan a cabo, ayudar a profesionales a que se unan a desarrollar este tipo de actividades y poder difundir el trabajo que se realiza y el que concretamente realiza una enfermera en este ámbito tan poco desarrollado por la enfermería.

P.- Como vocal de cooperación de la AEC, ¿cuáles son tus principales objetivos a corto y medio plazo?

R.- Mi nombramiento es muy reciente como vocal en la asociación y aún estoy aterrizando, pero mis dos objetivos principales son conseguir que otros compañeros se unan a llevar a cabo este tipo de actividades y que el concepto de cooperación sea básicamente el de la atención a las comunidades con el objetivo de conseguir un cambio real y no el de llevar a cabo acciones aisladas y puntuales que a medio largo plazo no solucionan nada.

P.- ¿Quieres añadir algo más?

R.- Me gustaría agradecer a José Ramón Martínez Riera el haber sido quien me descubrió que el cambio en la salud de una población solo se puede conseguir mediante una actuación conjunta con la comunidad. Y finalmente a dos figuras muy importantes allí, Elena García y Josephine. La primera, enfermera española sin la que no se podría llegar a las mujeres de Turkana y la segunda, por ser el pilar básico de nuestra actuación. Es una mujer local que, aparte de ser nuestra traductora, es nuestra principal agente de salud dentro de la comunidad y una líder comunitaria que, en el marco de una sociedad tan machista como en la que trabajamos, ha conseguido ser respetada.



Andrés Climent junto con José Ramón Martínez Riera

Relatos

DOS EXPERIENCIAS UNIDAS POR UNA ESPECIALIDAD COMÚN

Noelia Barrado García. *Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria*
Nuria González Amador. *Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria*

El inicio de una historia común es prácticamente lo único que fue diferente. Noelia, una enfermera que tras saber el resultado favorable del examen del 28 de enero de 2012 celebrado en Badajoz y tener opción de elegir la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), la que tenía claro que estaba dispuesta a realizar puesto que era lo que le pedía su vocación, tal y como se enteró de la noticia, se preocupó de informarse y solicitar todo tipo de claves y documentos telemáticos para que cuando citarán su nombre en el Ministerio de Sanidad para la elección de la plaza, la misma tuviera el nombre de EFyC y el lugar de formación estuviera en su querida tierra extremeña, en este caso fue el Área Don Benito-Villanueva de la Serena.

Nuria, en cambio, emocionada tras el asombro de comprobar que el número de orden que aparecía en el *email* enviado por el Ministerio de Sanidad estaba dentro del número de plazas ofertadas para la realización de la especialidad, solicitó el día de permiso en el trabajo para estar presente el 4 de abril de 2012 en el Paseo del Prado de Madrid donde está situado dicho ministerio. A pesar del esfuerzo de haber llegado hasta este momento, no valía cualquier especialidad, puesto que, como no podía ser de otra manera, el interés estaba centrado en Enfermería Familiar y Comunitaria. Ese día los sentimientos y sensaciones estaban a flor de piel... todo era una mezcla de nervios, ilusión, incertidumbre, alegría, estrés, emoción, que se fusionaban para dar una descarga de energía y poner todos los sentidos en la acertada elección del lugar donde podría realizar la única especialidad que tan claro tenía que quería.

Poco más de un mes transcurrió para que Noelia y Nuria dejaran sus puestos de trabajo como enfermeras y contactaran con la Unidad Docente Don Benito-Villanueva para personarse a primera hora del 10 de mayo de 2012 en el salón de actos del Centro de Salud Don Benito Oeste, donde un señor exponía con soltura una sesión clínica en una sala que estaba repleta de gente. Aunque no nos conocíamos, era fácil percatarse de quiénes éramos los nuevos residentes y Noelia y Nuria pronto se lanzaron una mirada de empatía y compenetración. Más tarde descubríamos que quien daba la sesión clínica era un residente de 3º (R3) de Medicina Familiar y Comunitaria y hemos de reconocer que aquel día nos quedamos perplejas con su exposición porque comenzábamos a interiorizar el nivel de formación que nos esperaba.

En dicha unidad había tres plazas de Enfermería Familiar y Comunitaria, pero en ese primer momento solo nos incorporábamos dos, ya que la tercera residente lo haría más tarde, después de disfrutar un periodo de baja maternal.

Tras las correspondientes presentaciones y adquisición de la documentación y programa formativo de la especialidad nos dispusimos con gran entusiasmo a visitar los centros de salud, donde tutores y demás profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP) nos recibían con expectación y brazos abiertos. A pesar de que esta especialidad había comenzado a impartirse el año anterior, nosotras éramos la primera promoción de esta Unidad Docente (UD) y, por consiguiente, era una aventura cargada de ilusión, fuerza y vitalidad, pero también de desconocimiento, incertidumbre y explicaciones.

Los primeros meses los pasamos en el centro de salud, Noelia en Don Benito y Nuria en Villanueva de la Serena. Ahí comenzó la toma de contacto con paciente, familia y comunidad y como era de esperar, a reafirmar el compromiso e implicación por esta profesión y su ámbito de trabajo.

Debemos de destacar a la tutora M^a José Calderón, que además de ser una profesional de Atención Primaria de bandera, es una amiga y compañera excelente que nos ha cuidado y acompañado durante todo el transcurso de esta etapa de

nuestra vida. Y que a pesar de tener compromisos familiares, también asumió y aceptó la propuesta de ser presidenta de la Subcomisión de EFyC de nuestra Unidad Docente.

Después del verano, por el mes de octubre, iniciamos las rotaciones por Atención Especializada y las unidades de apoyo de Atención Primaria: urgencias, paritorio, cirugía, pediatría, consulta de espirometría, otorrino y audiometría, urología, 112, educación diabetológica, unidad de conductas adictivas, salud mental, cuidados paliativos, planificación familiar, unidad del dolor, etc., donde en la mayoría de las unidades y servicios debíamos explicar quiénes éramos, por qué estábamos allí y en qué consistía nuestra formación de Enfermero Interno Residente (EIR). No dejábamos de ser las grandes desconocidas, enfermeras sí, pero no formábamos parte de ninguna plantilla y eso de ser especialista en EFyC, ¿dónde encajaba dentro del sistema sanitario?

El ritmo de trabajo era intenso: rotaciones, guardias, preparación de sesiones clínicas, asistencia a congresos, jornadas y cursos de alta calidad, colaboración en proyectos de investigación, etc., por lo que el tiempo pasaba a una velocidad extrema y pronto llegó mayo de 2013, donde fuimos nosotras las que dimos la bienvenida a los nuevos residentes. Este hecho no solo suponía que ya componíamos un grupo de cinco personas, sino que pasábamos a ser R2 y con ello la responsabilidad de guiar y ofrecer nuestra experiencia y compañerismo a los nuevos EIR que se incorporaban con gran emoción.

Si el primer año pasó rápido, el segundo ya puede ser calificado como fugaz. Volvimos al lado de nuestras tutoras en el centro de salud, donde pusimos en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en nuestras rotaciones y ambas percibimos cómo la inseguridad que marcó el comienzo del camino se transformó en confianza y soltura en nuestra consulta. Parecía como si no nos hubiéramos ido, por una parte porque habíamos mantenido constantemente el contacto con ellas y por otra, porque los pacientes que acudían a la consulta nos recordaban y se alegraban de nuestra llegada.

También fue un periodo de mucho estrés para nosotras, ya que había que aprovechar el final de nuestra residencia, proponer y realizar nuestra rotación externa y estudiar para las oposiciones de enfermería que tenían fecha de realización en nuestra comunidad autónoma. Además llegó el momento de que nuestras tutoras realizaran una rotación por otros servicios y/o unidades de un mes de duración y nosotras nos quedáramos a cargo de la consulta de Atención Primaria. Fueron unas semanas que disfrutamos enormemente, imaginándonos que en un futuro podríamos estar en nuestra propia consulta y que también podríamos estar enseñando a otros residentes y/o estudiantes esta maravillosa profesión.

Estábamos a punto de culminar nuestra formación, contentas por ser especialistas pero a la vez tristes porque dejábamos atrás a numerosos profesionales que habían dado lo mejor de ellos mismos, muchos sin ningún tipo de indicaciones ni directrices, pero sí que han demostrado su capacidad de enseñar y transmitir su valiosa experiencia en el mundo de la Atención Primaria. A todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento por su paciencia e implicación y a los que consideramos más amigos que compañeros.

A día de hoy, ya siendo tituladas como especialistas, esperamos poder ofrecer nuestros conocimientos y habilidades adquiridas en nuestro periodo formativo para poder desempeñar una labor asistencial de calidad.

CONCLUSIONES

1ª REUNIÓN NACIONAL DE SUBCOMISIONES DOCENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) convocó a los presidentes y presidentas de las Subcomisiones Docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) de todas las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de las 14 comunidades autónomas que tienen unidades acreditadas, a la primera reunión de estas características celebrada desde la aprobación y puesta en marcha del programa formativo de la especialidad de EFyC.

La reunión se celebró los días 26 y 27 de marzo de 2015 en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), en la ciudad de Valencia.

Se reunieron 42 asistentes representando a 29 unidades docentes de las siguientes once comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra.

Los asistentes debatieron en pequeños grupos las distintas cuestiones planteadas en el programa de la reunión, habiendo consensuado las siguientes conclusiones que la AEC hará llegar al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a las Consejerías de Salud de todas las comunidades autónomas, a las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, y a la prensa general y especializada:

Conclusiones:

1. Percepción actual de la formación de EFyC desde la perspectiva de las enfermeras responsables:

Los asistentes refieren una falta de reconocimiento de los tutores y colaboradores, así como una insuficiente formación de los mismos sobre la metodología del trabajo de tutorización y una sobrecarga asistencial que dificulta esta tarea.

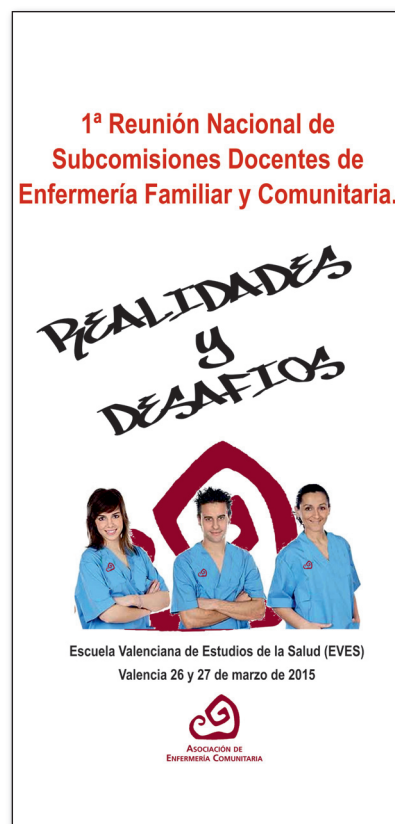
Dificulta la formación el que no se haya desarrollado la vía extraordinaria de acceso a la especialidad.

Así mismo, se echa en falta el libro del residente como elemento orientador de la formación del mismo.

Existen dificultades de funcionamiento interno en las unidades docentes fundamentalmente por la inexistencia en la mayoría de ellas de una enfermera con una dedicación temporal suficiente; en ocasiones también se observan dificultades por la preponderancia de la formación de los MIR sobre los EIR.

Estas dificultades se están superando por:

- La ilusión, motivación y compromiso que impregna a muchos profesionales y equipos asistenciales. Se percibe el desarrollo profesional que supone la especialidad.
- Los tutores ponen a disposición de la formación de especialistas su gran experiencia desde la autonomía que la enfermera dispone en Atención Primaria.



2. Cómo formar en las competencias novedosas "difíciles de adquirir".

Se consideran competencias singulares de la especialidad difíciles de adquirir las relativas a la investigación, seguidas por aquellas relacionadas con: la promoción y educación para la salud, la intervención comunitaria, la gestión de los cuidados, la atención a colectivos de riesgo de exclusión social y con la interculturalidad.

Se trata de superar esta dificultad:

- Facilitar y potenciar las rotaciones externas en otras unidades docentes donde dispongan de dispositivos de los que carezca la propia.
- No circunscribir las rotaciones exclusivamente a dispositivos sanitarios y aprovechar los recursos existentes en el ámbito municipal, en determinadas asociaciones y organizaciones no gubernamentales, en los servicios sociales, en el sistema educativo, etc.
- Completar con formación teórico-práctica aquellas competencias para las que no es suficiente la rotación por alguno de los dispositivos.

3. La adquisición de las competencias en investigación: el proyecto de investigación.

El que en algunas unidades docentes se obligue a los residentes a desarrollar un proyecto de investigación en lugar de diseñarlo, dificulta la adquisición de las competencias en investigación.

Se trata de superar esta dificultad:

- Realizando cursos teórico-prácticos, transversales con otros especialistas.
- Potenciando la cultura investigadora de los equipos asistenciales.
- Disponiendo de colaboradores competentes en investigación.

4. El libro del residente.

Se coincide en la necesidad de que exista un libro oficial del residente como elemento evaluador de los mismos y de cohesión entre todas las unidades docentes. Su existencia se recoge en la normativa pero el Ministerio de Sanidad no lo ha proporcionado. Se están utilizando diversos modelos y sistemas no oficiales.

LA MEJOR FORMACIÓN ENFERMERA

ONLINE



Calidad

Contamos con los mejores autores: M^a Paz Mompert, Pilar Arroyo, José M^a Rodríguez Dacal, Elías Rovira...



Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continua



Flexibilidad

Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Solo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas



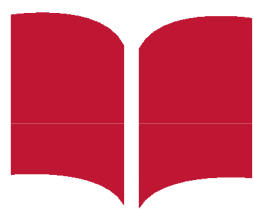
Garantía

Más de 25.000 exalumnos avalan nuestra experiencia docente



Mejor precio

Como siempre, en DAE nos esforzamos día a día por ofrecerte los mejores servicios a un precio justo. Así, te garantizamos la FORMACIÓN ACREDITADA de mayor CALIDAD al mejor PRECIO



auladae
Grupo Paradigma

www.auladae.com