

AUTORES

Moisés Cardona Alós

Estudiante de 3º de Enfermería
Universidad Cardenal Herrera - CEU
Moncada - Valencia

José Vicente Carmona Simarro

Profesor Titular
Universidad Cardenal Herrera - CEU
Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Moncada - Valencia

El estrés del familiar en la unidad de críticos

EN LA ACTUALIDAD SE HA AVANZADO MUCHO SOBRE LAS INFRAESTRUCTURAS MATERIALES E INSTALACIONES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS (UCC), TAMBIÉN A NIVEL PERSONAL, MEJORANDO EN BUEN GRADO LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A ESTE TIPO DE PACIENTES; PERO AÚN EXISTE UNA DEFICIENCIA DE APOYO LLAMÉMOSLO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO, FUERA DE LA MISMA, FUNDAMENTALMENTE A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS. TRAS UN PEQUEÑO ESTUDIO, HE INTENTADO DETECTAR ESTAS DEFICIENCIAS, PARA EXPONER POSTERIORMENTE UN CONJUNTO DE MEJORAS, CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS A LOS FAMILIARES.

Material y métodos

Como he explicado en el resumen, este trabajo va a tener un enfoque muy personal. Así pues, utilizaré como parte del material mi experiencia en la UCI durante mis prácticas y vivencias posteriores en el ingreso hospitalario de mi padre, con motivo de una operación de triple bypass coronario. Para el desarrollo del texto, lo dividiré en cuatro apartados, dos de ellos relacionados directamente con las prácticas que he realizado en el servicio de UCI del Hospital La Plana de Castellón, y otras dos, ya más referidas a las sensaciones y pensamientos que se tienen cuando se vive un ingreso como familiar.

Con esto pretendo realizar una comparativa de los dos puntos de vista, sanitario y personal/familiar, para así intentar aportar algunas posibles mejoras en la organización de un servicio de este tipo.

Estrés en la Unidad de Cuidados Críticos

Realicé mis prácticas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Plana en Castellón. En este servicio hay seis camas, con una plantilla habitual de dos enfermeras/os y dos médicos intensivistas. Sus jornadas laborales son de ocho horas realizándose, como es evidente, una atención continuada de veinticuatro horas.



En cuanto a la organización física de la unidad, a cada paciente se le instala en un box individual con posibilidad de aislamiento en caso necesario. Cada box posee iluminación natural y está diseñado potenciando la funcionalidad y accesibilidad de limpieza del mismo. El control de enfermería se sitúa frontalmente a los pacientes, con la idea de permitir una visión en conjunto de todos los boxes.

El horario de visitas se fracciona en tres momentos a lo largo del día (7:30-8:00, 13:30-14:00 y 19:30-20:00) coincidiendo con el desayuno, comida y cena del paciente. Por último, la sala de espera de los familiares de los ingresados se encuentra en el mismo pasillo de entrada a la UCI. Se han colocado unos sofás con posibilidad de reclinarsse para aquellos familiares, que pese a las advertencias del personal sanitario, deciden pasar las noches allí. Estos son informados una vez al día por el médico responsable sobre el estado clínico y evolución durante las últimas veinticuatro horas de su familiar ingresado.

Hasta aquí todo lo descrito corresponde a la distribución y organización que puede tener una unidad de cuidados intensivos en cualquier hospital. Lo que me propongo ahora, es intentar aportar posibles mejoras en tres aspectos fundamentalmente: la organización interna de la UCI, la organización de la sala de espera de los familiares y el apoyo psicológico a éstos.

Por el ejercicio de mis prácticas y mis circunstancias personales, he pasado por tres servicios de UCI. En general, todas tienen unas características parecidas y una misma base, la atención personalizada, continuada y vital para unos pacientes en situaciones críticas. Pese a ello, si que nos podríamos referir a la distribución específica de los boxes.

En primer lugar, no todas las UCIs tienen estos compartimentos, y por tanto carecen de la posibilidad de aislamiento en pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y por tanto no se puede evitar la transmisión aérea del germen y con ello las infecciones nosocomiales. Estos boxes tienen que basarse, por otra parte, en proporcionar la máxima funcionalidad y facilidad de desinfección, tener iluminación natural y estar dispuestos de tal forma que permitan su visualización desde el control de enfermería. Incluso algunas unidades de críticos disponen de boxes con 2 camas, sin ninguna intimidad para el paciente; hombres y mujeres juntos y situaciones de estar una paciente sedado e intubado diagnosticado de una neumonía, junto a otro paciente consciente diagnosticado de un IAM.

Se han colocado unos sofás con posibilidad de reclinarsse para familiares

DISPOSICIÓN DE UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

A continuación inserto un esquema en el que propongo una disposición que creo racional y funcional para una hipotética UCI: (Figura 1)

En el ejemplo se evidencia lo antes comentado: boxes "individuales" que le dan intimidad al paciente y a los familiares en el momento de la visita; correcta disposición del control de enfermería (con monitor central, con toda la información de los pacientes), con una situación central que permite la rápida visión y acceso a todos los compartimentos y la doble puerta de entrada con la salida del ascensor entre las dos para evitar contacto visual entre el paciente y los familiares durante los traslados.

SALA DE ESPERA DE FAMILIARES

Mi segundo punto a tratar, va a ser los cambios que se podrían efectuar en una sala de espera de familiares de pacientes ingresados en UCI, para intentar dar el máximo confort posible a unas personas que están pasando por momentos de estrés tanto físico como psíquico.

Muchas salas de espera de estos servicios pecan de monótonas y lúgubres, debido a la falta de iluminación natural, colores pálidos en las paredes, falta de motivos decorativos, etc. Hay que tener en cuenta que el estado de ánimo de la gente que tiene que esperar en estas salas suele ser de decaimiento, desasosiego, preocupación y labilidad emocional por lo que cualquier influencia externa tiene gran repercusión sobre ellos. Por esto, la mejora en pequeños aspectos como la presencia de grandes ventanales, colores alegres, cuadros, flores, láminas, posters, prensa, revistas, etc., pueden ayudar a hacer más llevadero un momento como éste. Tampoco es frecuente encontrar en estos sitios servicios como máquinas dispensadoras de agua, refrescos o café, teniendo que desplazarse a la cafetería del hospital o un bar cercano. Esto no es tampoco algo que modifique en exceso la situación de una de persona que está en una sala de espera de UCI, pero son detalles que ahora pueden parecer inútiles pero que en esa situación se agradecen.

Además, sería conveniente, y tal vez más necesario que lo anterior, la presencia de sillones cómodos y confortables, incluso reclinales, que permitan al familiar mejorar las condiciones durante las largas horas de espera. Asimismo la calefacción, el aire acondicionado, baños cercanos (y porque no con duchas?) e incluso la existencia de "hojas de dudas" donde el familiar pueda anotarse las cuestiones que quiere realizarle al médico cuando le dé el parte clínico, son otros puntos que se podrían considerar para llegar a nuestro objetivo.



Una posibilidad que por otra parte puede ser difícil llevarla a la práctica, es la creación de pequeñas estancias en las que se reúnan como máximo dos familias distintas, de forma que se eviten situaciones de estrés colectivo, irradiado en un momento determinado por algún familiar que por las noticias que reciba o por la situación de presión y nerviosismo continuado, se desmorone emocionalmente.

Otro punto a tener en cuenta, y que después también mencionaré, es el lugar físico en el que el médico se reúne con los familiares para transmitirles la información acerca del estado clínico y evolución de su paciente. Por mi experiencia en los tres servicios de UCI por los que he pasado, esto se soluciona con la existencia de pequeños despachos en los que llegado el momento y por orden de cama, se van llamando a los familiares uno a uno.

Por último destacar la necesidad de una independencia entre la sala de espera y los lugares de paso de los enfermos encamados desde o hacia la UCI. Tenemos que tener en cuenta que los familiares no están acostumbrados a la visión de pacientes sedados, intubados, cate-terizados, monitorizados, etc., y que por otra parte puede ser algo perfectamente normal después de una intervención quirúrgica. Esto lo sabemos el personal sanitario, pero a los ajenos les resulta impresionante y potencia la aparición de angustia y estrés en los familiares, muchas veces no fundamentado.

Con todo lo dicho y a modo de ilustración, inserto otro esquema de lo que podría ser una sala de espera de un servicio de UCI, cumpliendo las sugerencias anteriores: (Figura 2)

En el transcurso de este trabajo, he hecho hincapié en el tema del estrés y ansiedad de los familiares. Con las medidas que antes he propuesto, se combate de forma indirecta a éste, pero la forma directa y principal de reducirlo corre a cargo del propio personal sanitario. Vamos a tratar fundamentalmente tres aspectos: el momento del informe médico, su contenido y la relación médico-familiar; el apoyo psicológico a estos familiares y el tema controvertido de los horarios de visita.

El informe médico es llevado a cabo por el médico intensivista responsable de la sala en ese turno. El primer aspecto a tener en cuenta es que por este motivo, suele ser un individuo distinto cada día, lo que favorece el trato impersonal. Un momento en el que se está dando una información trascendente acerca del estado de un familiar en una situación cuanto menos especial, probablemente requiera más acercamiento, humanidad y comprensión que cualquier otra circunstancia.

Aunque luego trataré más a fondo la necesidad de la figura del psicólogo, creo que en el momento en el que el médico da la información clínica a los familiares, debería encontrarse presente esta figura de apoyo tanto técnico como emocional. Por supuesto más justificado aún, si cabe, si las noticias son negativas (éxitus) pues el impacto emocional y la angustia que viven estas personas es muy grande e incluso puede afectar a su propia salud. Son muchos los pacientes que ingresan directamente en la unidad de cuidados críticos porque se les va a realizar una intervención quirúrgica importante y que requerirá un post-operatorio con cuidados individualizados. Pensemos desde el punto de vista del familiar que ve entrar a su pariente por su propio pie en el servicio y la siguiente imagen va a ser la de la misma persona pero con electrodos, cables, goteros, drenajes, con sonda uretral y nasogástrica, inconsciente e intubado, etc. Evidentemente, el impacto emocional es tremendo. En estos casos podría realizarse una entrevista previa al ingreso, en la sala de informes entre el médico intensivista, paciente y familiares. Ésta sería de carácter informativo, pues muchos pacientes no saben bien lo que va a acontecer a partir del momento en que entre en quirófano.

Ésta es una forma de reducir el estrés que se tiene en el preoperatorio, resolviendo dudas de cómo se encontrara el enfermo antes, durante e inmediatamente después de la operación y que de otra forma, no se despejan hasta que el médico informa a los familiares sobre la situación del paciente, lo cual generalmente, ocurre tras un lapso de tiempo prolongado.

Durante el transcurso de esta conversación se podrían explicar brevemente las normas especiales que poseen la unidad, los horarios, la disposición del hospital, etc. En definitiva, el objetivo de esta comunicación sería servir como un primer contacto de los familiares con el personal del servicio, para así evitar confusiones, desorientaciones, falsas ideas, sorpresas y, sobretodo, el estrés que producen estas unidades en familiares y pacientes.

Durante el transcurso de la intervención, los familiares podrían estar en la sala de espera que les haya sido asignada, hasta que el médico les informe de los resultados de la intervención; aspecto importante, ya que hay ocasiones que no se avisa al familiar del paso del paciente a otras unidades, como la de críticos, y se quedan esperando en la sala de espera del quirófano. Posteriormente se debería poder ver al paciente, si bajo el criterio del médico es conveniente, pero ya sobre aviso del estado en el que se van a encontrar al mismo, reduciendo el impacto visual y con ello la ansiedad y estrés.



artículos científicos

Una posibilidad que por otra parte puede ser difícil llevarla a la práctica, es la creación de pequeñas estancias en las que se reúnan como máximo dos familias distintas, de forma que se eviten situaciones de estrés colectivo, irradiado en un momento determinado por algún familiar que por las noticias que reciba o por la situación de presión y nerviosismo continuado, se desmorone emocionalmente.

Otro punto a tener en cuenta, y que después también mencionaré, es el lugar físico en el que el médico se reúne con los familiares para transmitirles la información acerca del estado clínico y evolución de su paciente. Por mi experiencia en los tres servicios de UCI por los que he pasado, esto se soluciona con la existencia de pequeños despachos en los que llegado el momento y por orden de cama, se van llamando a los familiares uno a uno.

Por último destacar la necesidad de una independencia entre la sala de espera y los lugares de paso de los enfermos encamados desde o hacia la UCI. Tenemos que tener en cuenta que los familiares no están acostumbrados a la visión de pacientes sedados, intubados, cateterizados, monitorizados, etc., y que por otra parte puede ser algo perfectamente normal después de una intervención quirúrgica. Esto lo sabemos el personal sanitario, pero a los ajenos les resulta impresionante y potencia la aparición de angustia y estrés en los familiares, muchas veces no fundamentado.

Con todo lo dicho y a modo de ilustración, inserto otro esquema de lo que podría ser una sala de espera de un servicio de UCI, cumpliendo las sugerencias anteriores: (Figura 2)

En el transcurso de este trabajo, he hecho hincapié en el tema del estrés y ansiedad de los familiares. Con las medidas que antes he propuesto, se combate de forma indirecta a éste, pero la forma directa y principal de reducirlo corre a cargo del propio personal sanitario. Vamos a tratar fundamentalmente tres aspectos: el momento del informe médico, su contenido y la relación médico-familiar; el apoyo psicológico a estos familiares y el tema controvertido de los horarios de visita.

El informe médico es llevado a cabo por el médico intensivista responsable de la sala en ese turno. El primer aspecto a tener en cuenta es que por este motivo, suele ser un individuo distinto cada día, lo que favorece el trato impersonal. Un momento en el que se está dando una información trascendente acerca del estado de un familiar en una situación cuanto menos especial, probablemente requiera más acercamiento, humanidad y comprensión que cualquier otra circunstancia. Aunque luego trataré más a fondo la necesidad de la figura del psicólogo, creo que en el

momento en el que el médico da la información clínica a los familiares, debería encontrarse presente esta figura de apoyo tanto técnico como emocional. Por supuesto más justificado aún, si cabe, si las noticias son negativas (éxitus) pues el impacto emocional y la angustia que viven estas personas es muy grande e incluso puede afectar a su propia salud.

Son muchos los pacientes que ingresan directamente en la unidad de cuidados críticos porque se les va a realizar una intervención quirúrgica importante y que requerirá un postoperatorio con cuidados individualizados. Pensemos desde el punto de vista del familiar que ve entrar a su pariente por su propio pie en el servicio y la siguiente imagen va a ser la de la misma persona pero con electrodos, cables, goteros, drenajes, con sonda uretral y nasogástrica, inconsciente e intubado, etc. Evidentemente, el impacto emocional es tremendo. En estos casos podría realizarse una entrevista previa al ingreso, en la sala de informes entre el médico intensivista, paciente y familiares. Ésta sería de carácter informativo, pues muchos pacientes no saben bien lo que va a acontecer a partir del momento en que entre en quirófano.

Ésta es una forma de reducir el estrés que se tiene en el preoperatorio, resolviendo dudas de cómo se encontrara el enfermo antes, durante e inmediatamente después de la operación y que de otra forma, no se despejan hasta que el médico informa a los familiares sobre la situación del paciente, lo cual generalmente, ocurre tras un lapso de tiempo prolongado. Durante el transcurso de esta conversación se podrían explicar brevemente las normas especiales que poseen la unidad, los horarios, la disposición del hospital, etc. En definitiva, el objetivo de esta comunicación sería servir como un primer contacto de los familiares con el personal del servicio, para así evitar confusiones, desorientaciones, falsas ideas, sorpresas y, sobre todo, el estrés que producen estas unidades en familiares y pacientes.

Durante el transcurso de la intervención, los familiares podrían estar en la sala de espera que les haya sido asignada, hasta que el médico les informe de los resultados de la intervención; aspecto importante, ya que hay ocasiones que no se avisa al familiar del paso del paciente a otras unidades, como la de críticos, y se quedan esperando en la sala de espera del quirófano. Posteriormente se debería poder ver al paciente, si bajo el criterio del médico es conveniente, pero ya sobre aviso del estado en el que se van a encontrar al mismo, reduciendo el impacto visual y con ello la ansiedad y estrés.



Apoyo psicológico

El siguiente punto a tratar, es el tema del apoyo psicológico al familiar durante el tiempo que el paciente este ingresado en la sala de UCI y que ya he repetido varias veces anteriormente. En mi opinión, creo que falta mucho apoyo psicológico en estas situaciones, pues muchas veces se viven escenas dramáticas por parte de algunos familiares y que la proximidad con otras familias en estas salas, hace que se contagie la angustia vivida y se vuelve de alguna forma colectiva.

Una forma de evitarlo, sería la existencia de las salas de espera individuales (o que albergaran como mucho a dos familias, (ver esquema) y por otra algún apoyo psicológico a los familiares, bien sea por personal de enfermería (apoyo inicial) pero idealmente por psicólogos, especialistas en este tema. Así en el momento de las visitas pondría a disposición de los familiares este personal de apoyo. Me gustaría darle la relevancia que se merece a este punto, pues creo que es la principal aportación de este estudio, pues la presencia de esta figura realizaría un papel muy importante fuera de la UCI y así los familiares que esperan no quedarían tan desprotegidos al sentirse acompañados por un profesional en esos momentos de duelo, desconcierto, angustia. Por tanto, si nuestra labor como enfermeros es la de aliviar el sufrimiento físico (enfermedades) y psíquico, mediante diagnósticos enfermeros y posterior tratamiento, tengamos en cuenta que las patologías no sólo están dentro de la UCI sino también fuera, en la sala de espera, donde hay personas que necesitan un apoyo sanitario, diferente tal vez, al de los pacientes ingresados en la sala, pero igualmente importante. Podemos así pues, ayudar a que no sea una experiencia traumática para los familiares e intentar eliminar esa idea que actualmente esta en la mente de la mayoría de las personas, de que el ingreso en una unidad de UCI es prácticamente la antesala de un desenlace fatal.

Horario de Visitas

El tercer y último apartado a tratar va a ser el del horario de visitas. Es un tema que siempre conlleva discusión. ¿Cuál es el número ideal de visitas? La respuesta a esta pregunta bien seguro será distinta si se le hace al familiar o al sanitario. Los primeros pensarán que cuanto más tiempo estén con su pariente tanto mejor atendido estará y evolucionará. Los segundos propondrán reducir el número de visitas para aumentar la funcionalidad del servicio, disminuyendo las interrupciones y el riesgo de infecciones en pacientes con situaciones clínicas críticas. Cualquiera de las dos posiciones tiene su lógica, aunque la de los familiares esta más guiada por el sentimiento emocional que por la realidad objetiva de la situación. Pienso que un número de tres visi-

tas al día es lo más indicado para encontrar una situación de equilibrio entre las posturas anteriores. Con tres visitas se fortalece el vínculo familiar entre el paciente y sus allegados, manteniendo el rol familiar de éstos y reduciendo el estrés de las personas que esperan fuera de la sala. Por otra parte, si se hacen coincidir con las horas del desayuno, comida y cena del ingresado, se puede reducir el impacto funcional que supone tener circulando por el servicio a personal ajeno. Con este número de visitas también se consigue una mayor distracción del paciente consciente, que pasa el resto del día prácticamente inmóvil y sin entretenimiento, potenciando así, una actitud positiva frente a la recuperación de su salud.

Resultados y conclusiones

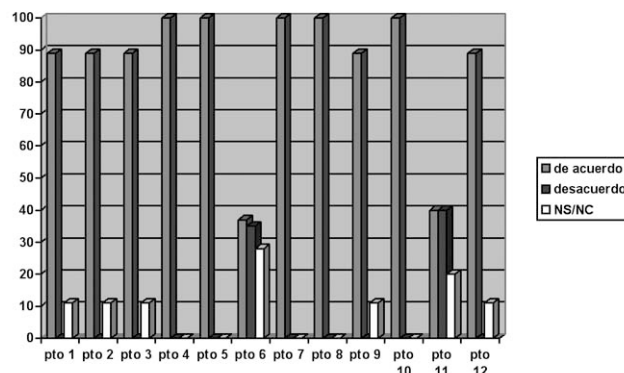
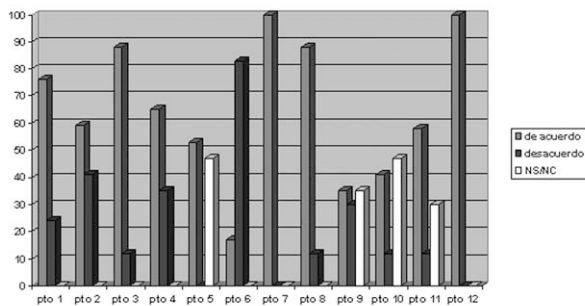
Para valorar en cierta medida mis nuevas ideas, me dispuse a realizar una breve encuesta entre enfermeros y médicos que trabajen o hayan pasado por una unidad de cuidados intensivos y a pacientes que hayan estado ingresados en una UCI. El número de entrevistados no fue alto por la escasez de tiempo de que disponía y por la dificultosa tarea de encontrar pacientes que hubieran pasado por una unidad de estas características, por lo que la mayoría eran personas con las que había mantenido un contacto después del paso por la unidad durante mis prácticas y "amigos" que hizo mi padre durante su ingreso en la sala. Así, pregunté a un total de 8 personas entre pacientes y sus familiares y 17 personas pertenecientes al orden sanitario (los separo para distinguir la diversidad de opiniones de un sector con el otro).

Cambios descritos en mi trabajo para comprobar el grado de acuerdo y desacuerdo de cada grupo y si me sugerían algún dato nuevo. Los resultados fueron los siguientes:

- 1.Falta de apoyo psicológico en la antesala de la unidad
- 2.Boxes individuales
- 3.Numero de visitas 3
- 4.Disposición de sala de espera propuesta
- 5.Disposición de máquina expendedora de bebidas en sala espera
- 6.Visita en preoperatorio por parte del médico asistente a los familiares y pacientes, a ser posible, en el preingreso en la UCI
- 7.Colocación del ascensor entre la doble puerta de la antesala de la unidad, tal como indica el boceto realizado
- 8.Habitaciones individuales en sala de espera
- 9.Disposición de un enfermero cada tres pacientes ingresados
- 10.Facilitar prensa o revistas al paciente
- 11.Facilitar prensa o revistas a los familiares en sala de espera
- 12.Visita después del ingreso con comunicado de valoración del estado del paciente en el momento del ingreso en la UCI .



artículos científicos



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Analizando estos resultados podemos decir que el personal sanitario cree que existe necesidad de un mayor apoyo psicológico en la antesala de la UCI y ven positivamente que exista un personal cualificado para este fin. Los enfermeros/as opinan que tienen demasiado trabajo para realizar esta tarea, por lo que optan por que lo realice un trabajador exclusivamente dedicado a ello, como podría ser el mismo psicólogo del hospital.

Están de acuerdo con la colocación del ascensor en un módulo aparte al igual que con la distribución de la sala de espera, pero coinciden en que puede elevar los costes de la construcción de ésta. Creen que un número de visitas en torno a tres es adecuado, del mismo modo que una entrevista después del ingreso, aunque ésta última se está realizando ya en la mayoría de los hospitales.

No están de acuerdo con una visita en el preoperatorio pues coinciden que sería mucho el tiempo necesario para realizar esta acción, considerando que es suficiente con el parte médico del postoperatorio. Es aquí donde se cree conveniente informar a los familiares sobre el estado clínico del paciente en ese momento. La colocación de una máquina expendedora de bebidas es aceptada por la mayoría del personal, aunque muchos de ellos dudan de los beneficios que aportaría este punto.

Sobre la dedicación de un enfermero por cada tres pacientes, existe gran diversidad de opiniones. Hay consenso en que facilitar el acceso a prensa, revistas, televisión, etc. y la decoración alegre en la sala de espera puede ayudar un poco a hacer más llevadera la misma.

Acerca de los pacientes, la mayoría de ellos apoyan los cambios que expongo. Los únicos puntos que dudan son la visita en el preoperatorio y la colocación de prensa o revistas en la sala de espera.

CONCLUSIONES

Para concluir, decir que la mayoría de los pacientes y familiares creen en la necesidad de un cambio en la unidad de cuidados intensivos que considero apropiado. También soy consciente de la pequeña población en que he basado mi trabajo, pero los datos de los entrevistados son concluyentes con la idea de la necesidad de un cambio.

Por parte del personal sanitario, se considera oportuno una mejora en la disposición de la unidad, al igual que coinciden en la existencia de un déficit a la hora de los cuidados en la antesala, es decir, la necesidad de un mayor aporte psicológico a los familiares de los pacientes mediante la coordinación de un equipo multidisciplinar (sanitarios-psicólogos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano Vindel A, Miguel Tobal JJ. Ansiedad y estrés. Vol 3. 1997
2. Brunner y Suddarth Manual de enfermería Medico-quirúrgica, Joyce Y. Johnson, novena edición McGraw-Hill Interamericana 2001
3. Nanda, diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002, ediciones Harcourt
4. Ana Maria Castañeda Chang. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001
5. (2) Totorica Pagalday, K. ; Caballero López, JM. Et al. La ansiedad en un Hospital General. Am. Psiq. 6: 59-60. 1990.
6. Fundación Paniamor (1997). Duelo: cuando se pierde lo querido. Aportes temáticos Nro. 2-98. 27 de junio de 1997. www.paniamor.or/novedades/aportes/duelo
7. García Hernández, A. (2002). Aproximación al sufrimiento, la

muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos.

8. Carmona Monge, Francisco Javier. Enfermería Cardiológica [en línea].

Dirección en Internet:

* <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/1585/cardiol.htm>>. 2 de Junio de 2004.

* Vernier, Antoine. 1993. Cómo superar el estrés. Barcelona, España, Edicomunicación, S.A.

* Estrés laboral. En: Guía práctica para superar el estrés. Circulo de Lectores. 2000; 36-49.

* Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE 17/01/97.

* Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995 de 8 de noviembre. BOE 10/11/95

* Satse. Guía para la Prevención del Estrés. 1999.

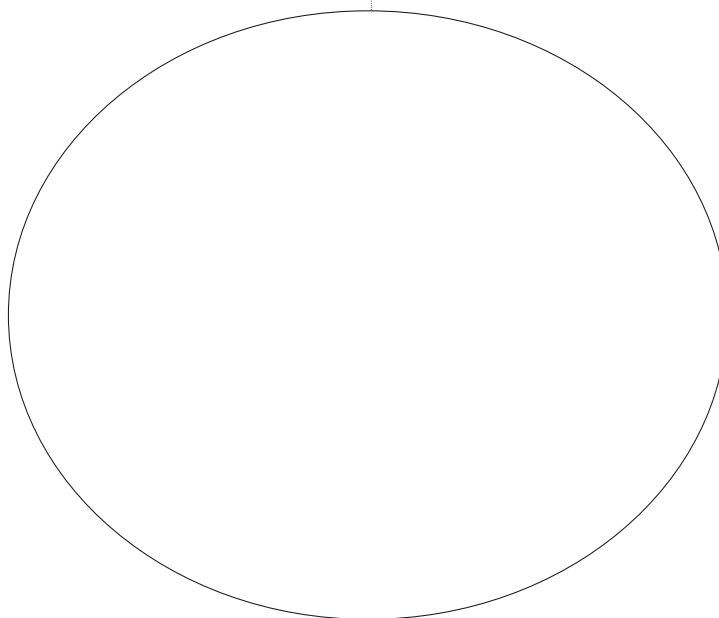
AUTORES

SILVA DE BRITO, D.M

Enfermeira do Hospital São José de doenças infecciosas, Mestre em enfermagem.

LEITE DE ARAÚJO, T

Enfermeira, Doutora em enfermagem, Docente do DENF/UFC. Pesquisadora do CNPq Orientadora da Dissertação



PERCEPÇÃO QUANTO AO RESULTADO DO TRATAMENTO E GRAVIDADE DA DOENÇA DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: estudo em uma Unidade Básica da Saúde de Fortaleza- Ceará- Brasil

: ESTUDO REALIZADO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CEARÁ-BRASIL COM 113 PACIENTES. OBJETIVOU ASSOCIAR A PERCEPÇÃO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SOBRE RESULTADO DO TRATAMENTO E GRAVIDADE DA DOENÇA COM VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS E TEMPO DE TRATAMENTO. A PERCEPÇÃO DO RESULTADO DO TRATAMENTO COMO SENDO A CURA DA DOENÇA, APRESENTOU ASSOCIAÇÃO SIGNIFICANTE, APENAS, COM A IDADE DOS ENTREVISTADOS E A PERCEPÇÃO DE QUE A DOENÇA É GRAVE, TEVE ASSOCIAÇÃO SIGNIFICATIVA SOMENTE COM O TEMPO DE TRATAMENTO, EVIDENCIANDO QUE OS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL QUE MELHOR PERCEBIAM A DOENÇA COMO GRAVE TINHA ATÉ CINCO ANOS DE TRATAMENTO. OS PACIENTES COM MAIS DE CINCO ANOS DE TRATAMENTO, CONTRARIANDO AS EXPECTATIVAS, DEFINIRAM QUE A HIPERTENSÃO É UMA DOENÇA SEM GRAVIDADE. RECOMENDA-SE A REALIZAÇÃO DE OUTRAS PESQUISAS PARA MELHOR ENTENDER OS RESULTADOS ENCONTRADOS BUSCANDO-SE SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE TÉCNICAS E HABILIDADES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

INTRODUÇÃO

Os atuais avanços tecnológicos voltados para assistência à saúde, aliados ao estágio de transição demográfico-epidemiológico vigente têm produzido alterações significativas no quadro de saúde da população brasileira. O Brasil passa por um processo de mudança na estrutura demográfica bastante acentuado, apresentando como principais características a diminuição da fertilidade e o aumento da expectativa de vida¹. Tais aspectos têm ocasionado elevação das

doenças crônico-degenerativas, especialmente as do aparelho circulatório, dentre elas a hipertensão arterial, com maior exposição e susceptibilidade de pessoas a uma série de agravos, prejudicando a qualidade de vida dos atores envolvidos. A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco de morbimortalidade cardiovascular, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo ao trabalho, com alto custo social²



A hipertensão arterial assume uma posição preocupante no âmbito da saúde pública, pois, além de suas complicações, afeta uma parcela da população ainda em fase produtiva. Sua cronicidade aliada à necessidade de manutenção de um estilo de vida saudável dificulta o controle da doença, que pode ser influenciado também pela percepção que o paciente tem de sua doença e tratamento e de como estes podem afetar sua qualidade de vida. Consideramos de grande importância que a enfermeira conheça o estilo de vida dos portadores de hipertensão arterial, pois, ao lado da redução das morbidades incapacitantes, a boa qualidade de vida é a meta mais importante para este segmento social.

A concepção holística do ser humano deve ser o fundamento a permear toda a assistência de enfermagem. O cuidado a ser prestado dependerá, entre outros fatores, da percepção que o portador, na situação presente de hipertensão arterial, tem da doença, do significado que a experiência tem para ele e da forma como a hipertensão interfere em sua qualidade de vida.

O permanente contato com portadores de hipertensão arterial no Programa Saúde da Família (PSF) conduziu a que se refletisse sobre seus variados questionamentos em relação à doença. Daí a vontade de aprofundar o conhecimento sobre suas vidas, a fim de conhecer sua percepção da hipertensão, do resultado do tratamento realizado e da gravidade da doença. Buscou-se, também, investigar se esta percepção apresenta alterações quando se relacionam as variáveis sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes e tempo de tratamento.

Estabelecemos, então, como objetivo do estudo comparar a percepção dos portadores de hipertensão arterial, sobre resultados do tratamento realizado e gravidade da doença com as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes e tempo de tratamento.

Acreditamos que o desenvolvimento da pesquisa fortalecerá o conhecimento acerca da clientela, facilitando intervenções posteriores.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF), situada em Fortaleza-Ceará-Brasil, constituída por seis equipes de saúde, com médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes de desenvolvimento social (ADS), que atendem uma média de 6 000 famílias cadastradas em área de risco. As atividades desenvolvidas na unidade são de ordem primária e secundária (consulta médica e de enfermagem e Educação em Saúde). Os programas são destinados à saúde da criança, da mulher, do homem, do adolescente, do idoso e dos portadores de doenças crônico-degenerativas.

A amostra foi constituída pela própria população de 113 portadores de hipertensão arterial, cadastrados na unidade e acompanhados no Programa de Hipertensão e Diabetes. Foram critérios para inclusão no estudo: Estar em tratamento de hipertensão arterial primária, como doença de base, que podia estar associada a diabetes mellitus, coronariopatia, cardiopatia e nefropatia, esta última se fosse doença secundária à hipertensão; Ser cadastrado no Programa Saúde da Família; Estar consciente e orientado; Ser capaz de se comunicar oralmente; Ter idade acima de 18 anos. A determinação da idade mínima de 18 anos visou uniformizar a amostra quanto aos critérios de diagnósticos

de hipertensão arterial, pois em crianças e adolescentes, a hipertensão primária é rara, sendo mais comum a hipertensão arterial secundária a outras doenças, como: síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primário, nefropatia obstrutiva, entre outras³; E aceitar participar da pesquisa de forma voluntária.

Quanto à coleta de dados, no instrumento são destacadas duas partes:

Parte I - dados relativos à caracterização sócio-econômica dos participantes: sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional e número de dependentes. Além disto, pesquisava tempo de tratamento da doença.

Parte II - fundamentada no estudo de Reis⁴, com adaptações introduzidas para melhor adequá-lo à realidade local. Buscou investigar, em questões fechadas, a percepção do paciente sobre a gravidade da doença e o resultado do tratamento.

A questão referente à percepção do resultado do tratamento da doença tinha três opções de resposta: 1) curável com tratamento; 2) a doença pode ser curada, mesmo sem tratamento; e 3) não cura a doença, mas controla. Porém, após obtenção dos dados no momento da análise estatística, as respostas foram reclassificadas em apenas dois itens: curável com tratamento e não curável, pois o item dois foi citado, somente, por um paciente. Decidiu-se, então, que fosse considerado como pertencente ao grupo dos que responderam que a doença era curável. A questão sobre a gravidade da doença tinha duas possibilidades que eram apresentadas aos entrevistados: grave e sem gravidade.

A pesquisa foi realizada com autorização da Secretaria Regional de Saúde III (SER III), responsável pela unidade. O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, tendo em vista haver atendido às recomendações éticas das pesquisas com seres humanos⁵.

A coleta de dados foi realizada de maio a agosto de 2002. O passo inicial para realização da pesquisa com a população-alvo foi sua identificação por meio do cadastro dos usuários no Programa de Hipertensão e Diabetes. O segundo passo foi realizado com a ajuda dos agentes de saúde, que convidaram os portadores de hipertensão para participarem de uma reunião com a equipe de saúde. Na reunião, foram fornecidos esclarecimentos sobre o estudo e descritos seus objetivos. Os presentes foram convidados a participar, sendo-lhes assegurados anonimato e sigilo das identidades na divulgação dos resultados. A aceitação foi unânime e todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação do formulário, também realizada por uma das autoras deste trabalho, se deu no local de atendimento ou nos domicílios, para os impossibilitados de deslocamento.

Para a correta obtenção das informações, houve a preocupação de certificar-se de que o paciente estava em posição confortável e que as condições do ambiente eram favoráveis, como iluminação, silêncio, privacidade e ventilação. Foi realizada a leitura de cada questão com todas as opções de respostas nas perguntas estruturadas, com a pesquisadora anotando as respostas, buscando ao registrá-las, utilizar as mesmas palavras mencionadas pelo paciente.

Os resultados foram apresentados em tabelas e a análise das associações entre as percepções do resultado do tratamento e gravidade da doença, e as variáveis consideradas, foi estabelecida por meio de: Teste Exato de Fisher, Razão de Verossimilhança e Qui-Quadrado.



artículos científicos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentadas as características sócio-econômicas referentes a sexo, escolaridade, faixa etária, situação conjugal, situação familiar, renda familiar, situação funcional, número de dependentes e tempo de tratamento dos portadores de hipertensão arterial participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização sócio-econômica e tempo de tratamento dos portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA PACIENTES

Para organização dos dados referentes à idade, foram estabelecidas para o grupo entrevistado, três faixas etárias: até 49 anos (31%), de 50 a 64 anos (34,5%) e acima de 65 anos (34,5%), perfazendo um percentual de 69% de portadores de hipertensão arterial, com idade superior a 50 anos. Ao findar o século XX, a enfermagem assistiu a um acentuado crescimento da população idosa, com maior expectativa de vida, evidenciado-se também, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas. A pressão arterial eleva-se na medida em que são acrescidos anos de vida à população e, em conjunto com outras doenças cardiovasculares, torna-se fator de grande

Tabela 1 - Caracterização sócio-econômica e tempo de tratamento dos portadores de hipertensão arterial. Fortaleza, 2003.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA		PACIENTES	
		N	%
Sexo	Mulheres	87	77,0
	Homens	26	23,0
	TOTAL	113	100,0
Escolaridade	Com alguma escolaridade	65	57,5
	Sem escolaridade	48	42,5
	TOTAL	113	100,0
Faixa etária (em anos)	25 - 49	35	31,0
	50 a 64	39	34,5
	? 65	39	34,5
	TOTAL	113	100,0
Situação conjugal	Casado/amasiado	63	55,8
	Solteiro	12	10,6
	Viúvo	27	23,9
	Divorciado/separado	11	9,7
	TOTAL	113	100,0
Situação familiar	Não mora só	105	92,9
	Mora só	8	7,1
	TOTAL	113	100,0
Renda familiar (salário mínimo) *SM R\$ 240,00	? 1	39	34,6
	1 - 2	49	43,3
	> 2	25	22,1
	TOTAL	113	100,0
Situação funcional	Do lar	71	62,8
	Outra atividade	21	18,6
	Aposentado	21	18,6
	TOTAL	113	100,0
Número de dependentes	0 - 2	63	55,8
	3 - 4	32	28,3
	? 4	18	15,9
	TOTAL	113	100,0
Tempo de tratamento	0 - 5	75	67,3
	5 - 10	22	19,5
	> 10	15	13,3
	TOTAL	113	100

Os pacientes, em sua maioria, eram do sexo feminino (77%). Esse perfil de maior número de mulheres sendo atendidas nos programas de hipertensão arterial é uma realidade frequentemente observada no meio local, talvez em razão das características da mulher como cuidadora e também mais atenta aos aspectos de sua saúde. Mascaro⁶ observou que as mulheres apresentaram maiores proporções de conhecimento de sua doença hipertensiva e mais fiel obediência à terapêutica. Outra razão plausível é o fato de se estar trabalhando com uma população na sua maioria formada em grande parte por idosos e das mulheres representarem a maior parcela nessa faixa etária. O grau de escolaridade no grupo estudado foi considerado baixo. Os resultados demonstram que quase metade dos portadores de hipertensão arterial (42,5%) pertenciam à categoria sem escolaridade e 57,5% possuíam alguma instrução. A observação um número alto de pessoas sem escolaridade, com baixo nível de instrução, pode interferir na compreensão da doença pelo portador. Na visão de Freitas et al.⁷, as pessoas com baixo nível educacional têm menos conhecimento sobre como se prevenir contra as doenças, diminuindo a adesão ao tratamento e interferindo, posteriormente, na qualidade de vida.

repercussão nos índices de morbidade e mortalidade geriátrica. A ocorrência de hipertensão arterial em idosos brasileiros alcança o percentual de 65%, com a maioria apresentando elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares².

Dos 113 entrevistados, 55,8% eram casados ou viviam com um parceiro; 10,6% eram solteiros; 23,9% viúvos e 9,7% divorciados/separados.

A tanto, somou-se um percentual significativo de 44,2% sem companheiro, mas morando, na maioria (92,9%), com membros familiares, e apenas 7,1% permanecendo sozinhos.

Em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, Brazil, os autores constataram que os portadores de hipertensão arterial que possuíam companheiro ou moravam com algum componente familiar apresentavam chance duas vezes maior de realização do tratamento do que os portadores solteiros ou que moravam sozinhos.

Há de se reconhecer a importância que a família representa na vida dos portadores de hipertensão arterial, facilitando seu ajuste às dificuldades, proporcionando melhora da qualidade de vida⁸.



Constatou-se, pelos dados coletados, que o nível socioeconômico do grupo avaliado era representado pela renda familiar de dois salários mínimos (43,4%) e por aqueles com renda de um salário mínimo (34,6%). O restante dos portadores de hipertensão somava uma renda acima de dois salários mínimos, com percentual de 22,1%. Este resultado manteve uma correlação com a informação de que a maioria tinha como atividade o trabalho do lar (62,8%), enquanto 21% estavam aposentados ou desenvolviam outras atividades. Alguns autores referem que a percepção do paciente em relação à doença pode estar diretamente relacionada com a situação financeira. A disponibilidade financeira deve ser um ponto importante a ser considerado no processo saúde/doença, podendo interferir na qualidade de vida dos portadores⁹.

Observa-se que a maioria dos entrevistados possuía no máximo dois dependentes (55,8%), os demais contabilizavam de 3 a 4 dependentes (28,3%) e o restante tinha mais de 4 dependentes (15,9%). Talvez a ocorrência de a população estudada ter poucos dependentes tenha relação com o fato de a maioria está inserida na faixa etária acima de 50 anos, com filhos que não se enquadram mais na designação de dependentes. Quanto ao tempo de tratamento, 75 (67,3%) tinham menos que cinco anos, 22 (19,5%) tinham entre 5 e 10 anos de tratamento e 15 pessoas (13,3%) tinham mais de dez anos de tratamento da hipertensão arterial. O tempo de tratamento pode ser similar ao tempo de descoberta da doença, sendo este um fator importante e/ou determinante para o controle terapêutico.

Os resultados das questões relativas à percepção sobre o resultado do tratamento e da gravidade da doença, estão apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Os testes não demonstraram significância para a maior parte dos fatores sócio-econômicos e tempo de tratamento quando comparadas com a percepção do resultado do tratamento e a gravidade da doença, mesmo que alguns dados mereçam comentários. Com relação à percepção sobre o resultado do tratamento encontrou-se associação apenas com a faixa etária. E, com relação à percepção sobre a gravidade da doença, a associação se deu com o tempo de tratamento.

Ao comparar percepção da gravidade da doença com a idade, não houve significância estatística. No entanto, quando comparada a idade com a percepção do portador em relação ao fato de a doença ser curável ou não curável, os dados mostram significância estatística ($p < 0,05$), evidenciando que 54,5% dos pacientes com idade acima de 65 anos acreditam ser a hipertensão arterial curável. Este fato demonstra que os pacientes ainda não compreendem de forma correta os objetivos do tratamento, que estão relacionados, entre outros, com o controle da doença e redução das complicações, internações e mortes, mas não com a sua cura².

Observou-se que os portadores de hipertensão arterial com maior instrução tinham mais consciência de que a doença é grave e incurável. Ressalta-se que 42,5% dos pacientes estudados não tinham escolaridade formal, dado relevante que pode interferir diretamente na assimilação das orientações necessárias, requerendo maior atenção da enfermeira à prática de educação em saúde.

Os pacientes, de um modo geral, sabem pouco sobre sua doença e acerca dos problemas resultantes de seu não-tratamento, haja vista a forma de perceber a enfermidade. Parece

que o fato de conhecer sua condição de saúde, benefícios e limitações do tratamento, contribui para uma maior cooperação, por parte do paciente. O desconhecimento de a hipertensão ser uma doença crônica e, em muitos casos, assintomática, pode levá-lo a pensar que não precisa fazer tratamento contínuo, dificultando a continuidade terapêutica¹⁰.

Alguns autores comentam sobre o conhecimento e a percepção da doença, para a formação de atitudes defensivas, encontrando resultados que confirmam os comentários anteriores. Ao fazer o diagnóstico de enfermagem de uma população com hipertensão arterial, Cruz¹¹ identificou como o achado mais freqüente a deficiência de conhecimento sobre a doença, levando a clientela a ter dificuldades para gerenciá-la e ao seu tratamento. Correlacionando idade, baixo nível de escolaridade e percepção da doença, neste contexto, considera-se de máxima importância a atuação da enfermeira que está em contato direto com o paciente, família e é membro da equipe de saúde.

Verificou-se que o maior percentual de portadores de hipertensão arterial que acreditavam na gravidade da doença e que a percebiam como não curável possuía companheiros e/ou morava com familiares. Corroborando a idéia de Reis⁴, considera-se que o elo afetivo com a família pode interferir na forma de perceber a doença. Este fato é importante de ser trabalhado pela enfermeira, tanto por atuar junto com a família do paciente para melhor adesão terapêutica, como para desenvolver atenção maior aos pacientes que possuem/moram com algum membro familiar.

Para a variável número de dependentes, tem-se que os pacientes que mais percebiam a doença como curável e sem gravidade, possuíam menor número de dependentes, aparentemente evidenciando que os dependentes de graus diferentes de parentesco podem influenciar de forma positiva na percepção da doença pelo portador, seja pelo afeto, troca de experiências, cuidados recíprocos, entre outros.

A percepção dos pacientes de que a doença é curável relacionada ao tempo de tratamento, não obteve significância estatística, porém, ao relacionar o tempo de tratamento com a percepção da gravidade da doença, o estudo mostrou-se significativo ($p < 0,05$), denotando que as pessoas com hipertensão que melhor perceberam a doença como grave tinham até 5 anos de tratamento. O fato de ter sido possível identificar que as pessoas com menor tempo de tratamento, percebiam melhor a gravidade da doença, foi intrigante, uma vez que seria de esperar que as que são acompanhadas há mais tempo, demonstrassem maior conhecimento sobre a doença. Essa questão é importante e deve ser mais estudada, já que a hipertensão arterial é uma doença crônico-degenerativa e, quanto maior for o tempo de portador, maiores serão os riscos e complicações que poderão se desenvolver, devendo, o portador, estar sempre ciente da sua gravidade e evolução.

CONCLUSÕES/

O estudo foi realizado com 113 pessoas portadoras de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. O grupo foi constituído na sua maioria por mulheres, com o seguinte perfil: alguma escolaridade; idade acima de 50 anos; com companheiro; que moravam com outras pessoas; de renda familiar baixa; com atividades ocupacionais no lar; cuidando de, no máximo, dois dependentes e que estavam em um programa de tratamento há cerca de cinco anos.



artículos científicos

Ao se buscar associar a percepção sobre o resultado do tratamento realizado e a gravidade da doença com os aspectos sócio-econômicos e o tempo de tratamento da doença, na maioria das análises não se evidenciou, pelos testes aplicados, associação significativa. A percepção do resultado do tratamento como sendo a cura da doença, no entanto, apresentou associação com a idade dos entrevistados e a percepção de que a doença é grave, teve associação significativa com o tempo de tratamento, evidenciando que os portadores de hipertensão arterial que melhor percebiam a doença como grave tinha até cinco anos de tratamento.

Os pacientes com mais de cinco anos de tratamento, contrariando as expectativas, definiram que a hipertensão é uma doença sem gravidade. Este é um fato inquietante, que deve ser mais estudado, porque, sendo a hipertensão arterial uma doença crônico-degenerativa, quanto maior o tempo decorrente de instalação, maiores serão os riscos de complicações que poderão se desenvolver. E acredita-se que as complicações tendem a comprometer a quantidade e qualidade de vida.

Os resultados encontrados conduzem para a recomendação de formação de grupos com portadores de hipertensão arterial, a fim de ampliar conhecimentos, favorecer o tratamento da hipertensão arterial e aumentar a adesão terapêutica do paciente. A educação em saúde possibilita melhor compreensão e percepção da doença, com possível mudança de comportamento. O envolvimento da família no tratamento deve ser buscado como forma de ampliar o suporte oferecido aos portadores de hipertensão arterial e para que ela possa ser agente facilitador e reforçador dos componentes de saúde junto ao paciente e equipe de saúde. Para a continuidade dos estudos sobre o tema, buscando aprofundar o conhecimento sobre o assunto, recomenda-se a realização de pesquisas similares em outras regiões e em grupos com diferentes características sócio-econômicas. Outros estudos devem abordar as crenças e percepções que os profissionais de saúde têm sobre a hipertensão arterial, bem como sobre seus portadores, a fim de que possam melhor entendê-los e procurar desenvolver técnicas e habilidades para melhoria da qualidade de vida, dentro do contexto social em que vivem.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lessa I. Epidemiologia do tratamento e da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. In: _____. Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998. cap. 13, p.223-239.
2. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4., 2002, Campos do Jordão. 40p.
3. Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial. São Paulo: Ateneu, 1996. 231p.
4. Reis MG. Hipertensão arterial em adultos hospitalizados: fatores de risco, percepção da doença e qualidade de vida. 2000. 163p. Dissertação (Mestrado)- Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196/96 Decreto no. 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, vol. 4, no. 2, supl., pág 15-25, 1996.
6. Mascaro SA. O que é velhice. São Paulo: Brasiliense, 1997.
7. Freitas OC. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. Arq. Bras. Cardiol., v.77, n.1, p. 16-21, 2001.
8. Chor D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. Arq. Bras. Cardiol., v. 71, n.5. 100-119, nov. 1998.
9. Sarquis, LMM. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: análise de produção científica. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.4, p. 335-353, dez., 1998.
10. Teixeira ACA. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório. 1998. 113p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Fortaleza, 1998.
11. Cruz ICF. O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. Rev. Enfermagem UERJ, v. 3, n. 1, p.71-4, mai/1995.



AUTORES

Cabañero Alejandro, Juani.*

Faulí Marín, Alicia.*

García Navalón, Vanesa.*

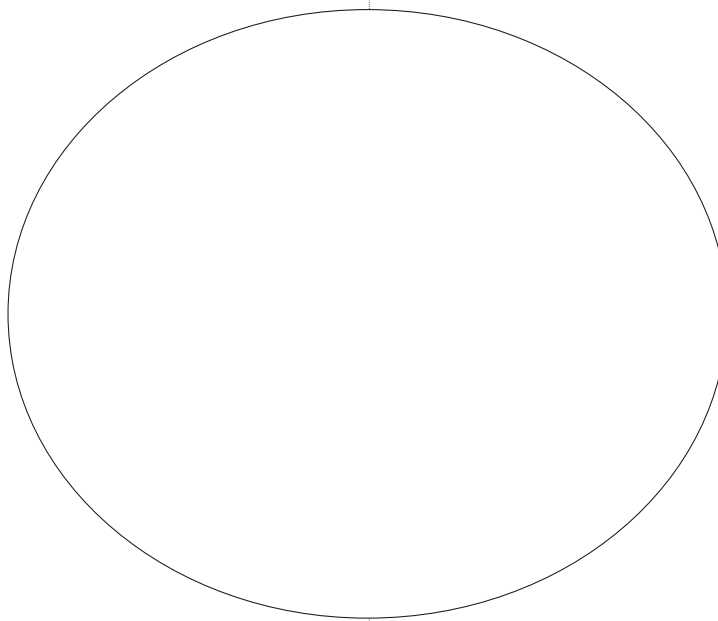
Raya Jiménez, M^a Ángeles.*

Rodrigo Simarro, Sergio.*

*Estudiantes de enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Valencia. Actualmente DUE (diplomados de enfermería).

Vidal Blanco, Gabriel

Profesor asociado asistencial del departamento de enfermería de la Universidad de Valencia. Enfermero asistencial del centro de salud de Alaquás.



Educación para la salud en la escuela: El Rally de la Salud

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA COMO INSTRUMENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD, ES UN INSTRUMENTO VÁLIDO QUE PUEDE PERMITIR EN UN FUTURO ASEGURAR TANTO DE FORMA INDIVIDUAL COMO COLECTIVA ALCANZAR UNA VIDA MÁS SALUDABLE PARA TODA LA SOCIEDAD. POR ELLO ES NECESARIO SU POTENCIACIÓN DESDE LA FORMACIÓN DE LOS FUTUROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. AQUÍ PRESENTAMOS UNA MODALIDAD PARTICIPATIVA, PARA LA COMUNIDAD ESCOLAR, DENOMINADA RALLY DE SALUD, COMO UNA FORMA DIFERENTE DE ACERCAMIENTO ENTRE EL SECTOR EDUCATIVO Y EL SOCIOSANITARIO.

Uno de los objetivos a llevar a cabo los profesionales de enfermería en atención primaria es la educación para la salud en la escuela.

Una actividad de este tipo fue puesta en práctica por nosotros en un centro educativo en el periodo que realizábamos nuestras prácticas de enfermería, al cual asisten niños con problemas sociales en horario extraescolar.

En concreto dicha experiencia fue realizada en junio del año 2000.

Aquí tratamos de presentar dicha experiencia y la metodología para la realización de la misma, con la idea de que ello mismo pueda servir a otros profesionales en una situación semejante.

Primeramente través del centro de salud contactamos con los servicios sociales y desde aquí con los educadores del centro.

Una vez visto el centro y hablado con los niños, que abarcaban edades comprendidas entre los 6 y 16 años, decidimos que la mejor forma de aproximarnos a ellos para impartirles conocimientos de salud era mediante la práctica, en forma de juego. De este modo nos propusimos preparar una serie de actividades relacionadas con la salud y las clasificamos tomando como marco de referencia los patrones funcionales de Marjory Gordon.



OBJETIVOS

El objetivo principal de este tipo de actividades es que los niños aprendan cómo pueden cuidar su salud a través de una forma lúdica y participativa.

Hoy en día, el objetivo que perseguimos, es mostrar a todos los profesionales de enfermería que un tema tan arduo de abordar como es la salud, puede ser enfocado hacia la población infantil a través de actividades como la que nosotros proponemos con esta experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología llevada a cabo fue la siguiente: intentamos crear una prueba adecuada a cada patrón funcional, y obviamente, que cada una de ellas pudiera enseñarles aspectos sobre la salud.

No obstante y para que no fuera excesivamente largo todo el desarrollo, nos intentamos ajustar a aquello que consideramos de más utilidad en función de la edad.

Una vez en el centro, nos organizamos de forma que cada prueba se realizara en una sala distinta y en ella estábamos uno de nosotros junto a un monitor. En total eran 8 pruebas por las que debían pasar un grupo tras otro.

Colocamos carteles con el lugar de realización de cada prueba, para evitar cualquier desorientación. Nos reunimos todos en el patio, y les explicamos en qué consistía el juego. Se realizaron grupos con edades homogéneas para evitar posibles ventajas de unos respecto a otros.

A cada grupo que realizara la prueba se le firmaba en una hoja, y en caso de superarla, se les daba un punto en forma de estrella, con una letra. Cada prueba disponía de una letra, de forma que al final, cuando habían reunido todos los puntos, podrían formar dos palabras: NIÑO SANO. Les motivamos diciéndoles que a cada componente del grupo ganador se le ofrecería un regalo.

De este modo se prepararon las siguientes actividades:

1. Patrón percepción-cuidado de la salud:

==> PRUEBA DE HIGIENE BUCO-DENTAL:

-Material: cepillos de dientes, pasta dentífrica, pastillas reveladoras de placa.

-Procedimiento: en esta prueba el objetivo principal consistía en enseñar como realizar una correcta higiene buco-dental, valorando previamente los conocimientos que los niños tenían, y comprobando si el procedimiento era correcto.

- En primer lugar se les entregó a cada niño del grupo un cepillo de dientes, y se les puso un poco de pasta dentífrica. Posteriormente, se les explicó los diferentes pasos a seguir en el cepillado. Tras finalizar el cepillado, se les dio media pastilla reveladora de placa y se comprobó si el proceso había sido correcto o no.

==>PRUEBA DE CURA DE UNA HERIDA SUPERFICIAL:

-Material: gasas, povidona yodada (betadine), suero fisiológico, esparadrapo.

-Procedimiento: les explicamos como se procede a la curación de una pequeña herida, realizándolo de forma práctica, en forma de simulacro, para que conozcan cuales son los materiales básicos y la forma de realizarlo.

-Posteriormente deberían repetir dicho procedimiento.

2. Patrón nutricional metabólico:

==>PRUEBA NUTRICIONAL:

-Material: 2 cajas grandes, alimentos saludables (manzana, tomate, naranja, botella de agua, pepino, lechuga, espinacas, zanahoria, leche, yogurt, queso fresco, aceite de oliva...), y alimentos no saludables (envoltorio de gusanitos, bollería, chupa-chups, caramelos, zumos, mantequilla, cola, gominolas, envoltorio de hamburguesas...).

-Procedimiento: pondremos en la mesa los alimentos saludables y los no saludables mezclados entre sí. Después deberán introducir los alimentos saludables en una caja y los no saludables en la otra. En caso de dudas se explicará la elección correcta y el por qué y deberán repetirlo de nuevo.

3. Patrón actividad-ejercicio:

==>PRUEBA DEL CIRCUITO:

-Material: sillas, bancos, balones, tiza, cuerda.

-Procedimiento: en esta prueba se realizaban varias actividades como son saltar a la cuerda, botar balones, saltar los bancos, correr en zig-zag entre las sillas, encestar el balón en la canasta, carreras de velocidad... y todo ello realizándolo en el menor tiempo posible.

4. Patrón de eliminación:

==>PRUEBA DE SOPA DE LETRAS SOBRE EL PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

-Procedimiento: en esta prueba se reunieron todos los grupos, entregándoles a cada uno un cartón con la sopa de letras y otro con las definiciones de las palabras que debían buscar. Las palabras a buscar fueron las siguientes: orina, vejiga, riñón, diarrea, estreñimiento, cuarto de baño, incontinencia, heces, sonda, supositorio.

-Posteriormente deberían realizar correctamente dicha sopa de letras.

5. Patrón sueño-descanso:

==> PRUEBA DEL TABÚ SOBRE SUEÑO-DESCANSO:

-Procedimiento: la finalidad de esta prueba es que los niños manejen mejor el vocabulario entorno al sueño, y que desarrollen por un momento su capacidad de expresión y su imaginación. Para cada palabra salía un componente del grupo, al cual se le entregaba un cartón con la palabra que debe explicar y las tres palabras que no debe pronunciar. El resto del grupo debía averiguar la palabra a la que se refería.

-Las palabras a definir eran las siguientes: sueño, insomnio, cama, despertador, bostezo, siesta, despierto, roncar, sonámbulo, pijama, sábana, almohada, acostarse, pesadilla.

6. Patrón cognoscitivo-perceptivo:

==>PRUEBA DE LOS SENTIDOS:

-Material: pepino, tomate, pimienta negra, canela, pepinillos, lechuga, pasta de dientes, limón, mermelada, mahonesa, plátano, bolígrafo, canica, pelota de tenis, despertador, tenedor, campanilla, botella, pasas, ciruelas, almendras, cepillo de dientes, jeringa, algodón.

-Procedimiento: se elegían tres participantes de cada equipo, y con los ojos vendados, se les proporcionaban de uno en uno, objetos y alimentos para que a través de los órganos de los sentidos, pudiera adivinar de qué se trataba.



7. Patrón rol-relaciones:

==>PRUEBA DE MÍMICA:

-Procedimiento: al igual que en la prueba del tabú, de cada grupo iba saliendo una persona a la que dábamos un cartón con una palabra que deberían representar mediante mímica.

-Las palabras a representar eran: estar enfermo, cuidar, vendar, operar, pinchar/sacar sangre, enfermera, ambulancia, poner el termómetro, curar una herida, poner una tiritita, hacer deporte, donar sangre, hospital, auscultar, tomar la tensión.

==>PRUEBA DE CAMBIO DE PAÑAL:

-Material: un muñeco, pañal.

-Procedimiento: se explicaba a cada niño cómo se realiza el cambio de un pañal, y posteriormente tenía que repetirlo él. Esta prueba se realizaba con el objetivo de ver cómo trataba y cuidaba al que podría ser su propio hijo.

8. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés:

-Material: una baraja de cartas.

-Procedimiento: esta prueba fue ideada con el objeto de ver cómo los niños se enfrentan al estrés, teniendo que realizar un castillo con una baraja de cartas.

CONCLUSIONES

Una vez comentado el procedimiento realizado, queremos señalar que nosotros realizamos la actividad y utilizamos esa metodología como forma de innovación y experiencia, que de forma casual, pudo ser aplicada en una actividad de educación para la salud en el ámbito escolar.

En un principio todo quedó como un hecho anecdótico, puesto que se puso en práctica cuando aun éramos estudiantes de enfermería de último curso.

Posteriormente, y con el paso del tiempo, ya somos titulados y creemos conveniente intentar recuperar aquella experiencia educativa, para poder emplearla en nuestros puestos de trabajo, y mostrarla para que pudiera servir a otros profesionales que se encuentren en la misma situación.

Con ello, hemos querido presentar otras experiencias y alternativas a la hora de trabajar con la comunidad escolar, en el ámbito de la educación para la salud.

RESULTADOS

Hay que señalar que algunos patrones como el de sexualidad o valores y creencias, no se pudieron realizar por falta de tiempo.

Una vez finalizadas todas las pruebas hicimos recuento de puntos, obteniendo la máxima puntuación todos los grupos, y sabiendo formar la frase: NIÑO SANO.

Después de deliberar los cinco sobre el grupo que merecía ganar, salimos al patio, donde nos esperaban todos y ofrecimos a todos una bolsa de golosinas como premio, preparada con anterioridad por los educadores del centro. Seguidamente, dijimos el nombre del equipo ganador, y a cada componente de este grupo le entregamos una bolsa de aseo. El resto de equipos aplaudieron al grupo ganador, y se felicitaron todos los participantes.

En resumen, el juego nos pareció un éxito, ya que todos se mostraron muy motivados y entusiasmados durante la realización de las pruebas, así como satisfechos al finalizar el juego.

No hubo ningún incidente durante la realización de las pruebas y cada una de ellas se realizó tal y como estaba planificada.

Tanto monitores como niños nos felicitaron, comentando además que todos habían aprendido algo nuevo con respecto a la salud



BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Cuesta A, Benavent M^a, Guirao J.A.
Diagnóstico de enfermería. Ed Díaz de Santos S.A. Madrid.1994
- 2.** Programa de educación para la salud en la escuela. Ed Conselleria de sanidad y consumo. Valencia.1992.
- 3.** Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Ed Díaz de Santos S.A. Madrid.1985.
- 4.** Serrano Gallardo P. El trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad. Rev. Metas de enfermería n^o 3, pág. 54-60. Marzo 1998
- 5.** Gordon M. Diagnóstico enfermero, proceso y aplicación. Ed. Mosby/Doyma libros S.A. Madrid.1996.



AUTORES

Pilar Tarín Andrés

Profesora en Psicología y Pedagogía
I.E.S. Miguel Ballesteros Viana.
Utiel- Valencia

Edelmira Sánchez Verduch

Trabajadora Social
Biblioteca Municipal de Chestre-Valencia

Lourdes Romero Martínez

Estudiante 2º ciclo de Psicología.
Universidad de Valencia.

Raquel Romero Martínez

Unidad de Sépticos y Quemados.
Hospital La Fe. Valencia

La sexualidad en la adolescencia: un proyecto integral

"LA SEXUALIDAD ES UNA PARTE FUNDAMENTAL PARA DESARROLLARSE EN PLENITUD". PARTIENDO DE ESTA PREMISA HEMOS CREADO UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA CON EL OBJETIVO DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, ASÍ COMO ORIENTAR Y EDUCAR AL ADOLESCENTE SOBRE LOS ASPECTOS AFECTIVOS, EMOCIONALES Y SOCIALES DE LA SEXUALIDAD Y FOMENTAR LA MISMA COMO ACTIVIDAD DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS.

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la sexualidad? Para poder responder a esta aparente sencilla tarea remitimos a diversas definiciones como la de la Real Academia de la Lengua Española que afirma: "Sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo". Atendiendo a la Enciclopedia Larousse se dice: "Sexualidad es el conjunto de comportamientos afectivos y fisiológicos que intervienen en la función sexual, entendiendo ésta desde un punto de vista exclusivamente biológico". Se tratan de definiciones en las que se acentúa el aspecto fisiológico de la sexualidad, no la visión holística que, a nuestro juicio, sería necesaria para comprender y comprender la sexualidad.

Haremos hincapié en las funciones de la sexualidad para tener un conocimiento mayor de dicho fenómeno. La sexualidad cumple las siguientes funciones: (a) biológica: función energética reguladora y la reproducción, de modo que resulta útil para liberar la tensión sexual y llegar de este modo al equilibrio homeostático, así como para perpetuar la especie; (b) hedónica-lúdica: fuente de placer, en este punto queremos matizar que la genitalidad (excitación sexual focalizada en los órganos sexuales) tan sólo es una forma de sexualidad y no la exclusiva, ya que el placer se mueve en el plano de la multisensorialidad, en donde las caricias, besos, cosquillas, masajes, etc. cobran una relevante importancia.



Además, el placer también deviene del hecho de compartir con la otra persona y con uno mismo sentimientos y sensaciones que resultan agradables y diferenciales en intensidad con respecto a otros estímulos; (c) comunicativa: expresión de sentimientos, se trata de la comunicación llevada al máximo exponente con la otra persona y con uno mismo, ya que la interacción resulta muy íntima y el autoconocimiento exclusivo e intransferible y (d) psicológica: propicia el autoconocimiento de nuestra orientación sexual (fantasías sexuales), nuestra identidad sexual (qué posición adoptamos en el continuo: heterosexualidad-bisexualidad-homosexualidad) y nuestra identidad de género (masculinidad-feminidad) y con ello, la conformación de nuestro autoconcepto. También propicia el desarrollo de la autoestima, ya que incide en nuestra autoimagen. Y, en última instancia, afecta al nivel de estrés y de la relajación de la persona. De ahí que sea tan importante promocionar la salud sexual, entendida como "la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor" (OMS. Ginebra. Febrero de 1994).

Una dimensión multisensorial

Llegados a este punto nos gustaría comentar que la sexualidad es una dimensión multisensorial presente a lo largo de todo el ciclo vital del individuo, sujeta a cambios constantes e influenciada por las vivencias personales y sobretodo, por las apreciaciones y percepciones de dichas vivencias, esto es la forma en que las vemos.

Desde nuestro punto de vista y haciendo referencia a la teoría ecológica de sistemas de Bronfenbrenner (1995), que postula que el niño (la persona) está desarrollándose dentro de un sistema complejo de relaciones afectadas por múltiples niveles del ambiente, desde los escenarios más cercanos de la familia y la escuela a los valores y programas culturales más extensos, entendemos que la cosmovisión de la sexualidad en ésta nuestra sociedad está viciada y cargada de tabúes (como por ejemplo que la masturbación provoca locura, ataques epilépticos, reumatismo, impotencia, acné, idiocia, asma, ceguera y crecimiento de vello en la palma de la mano o, como el que una mujer menstruante está sucia, entre otros) y mitos (como que el hombre siempre está dispuesto y desea llevar a cabo interacciones sexuales; otro ejemplo, el sexo sólo deba suceder por iniciativa del hombre y que ni el hombre ni la mujer pueden decir nunca que "no" al sexo), que limitan el margen de libertad intraindividual e interindividual del sujeto en relación a la comprensión y toma de decisiones de su sexualidad por lo que se hace necesario una educación sexual que promulgue el desarrollo de la persona y no su "castración".

Según Sanz (1990), las raíces de nuestros comportamientos pueden tener distintos orígenes. Las actitudes vivenciales y comportamentales guardan relación con la tradición cultural a la que se pertenece (que en nuestra cultura judeo-cristiana no permite la experimentación del placer per se, ya que todo es pecaminoso), con la estructura social, con el sexo de la persona -que determina no sólo las especialidades psicobiológicas, sino también con diferentes subculturas- y, con el proceso concreto que ha vivido esa persona a través de los diferentes agentes socializadores como son el núcleo familiar, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares, etc., y que van dando lugar al mundo particular que la persona se crea, un conglomerado de sensaciones, emociones, pensamientos, modos de comportarse y relacionarse, que generan la estructura de su personalidad, y que es lo que está a la base de su apreciación sobre la vivencia de la sexualidad.

Aludiendo a la figura de Barragán, en su libro "La Educación Sexual, guía teórica y práctica" expone la existencia de diferentes modelos de educación sexual, a saber: el represivo (no deja salir a la luz el tema de la sexualidad), el preventivo (principalmente informativo) y un tercer modelo que apuesta por un punto de vista comprensivo de los fenómenos que atañen a la sexualidad, en el que se incluyen aspectos del modelo preventivo y se integran los planos afectivos, emocionales y comunicacionales que definen la realidad sobre la sexualidad humana, lo que coincide con nuestra visión de la sexualidad.

Para finalizar nuestra breve introducción nos gustaría resaltar la Declaración de Valencia de los Derechos Sexuales del XIII Congreso Mundial de Sexología, Sexualidad y Derechos Humanos

Derecho a la libertad	Excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.
Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal	Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones, y violencias de toda índole.
Derecho a la igualdad sexual.	Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respecto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que se pertenece.
Derecho a la salud sexual.	Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las ETS requieren de más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.
Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana	Que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.
Derecho a una educación sexual integral desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida.	En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.
Derecho a la libre asociación	Significa la posibilidad de contraer o no, matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.
Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable.	Al tener o no tener hijos, al espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño tiene derecho a ser deseado y querido.
Derecho a la vida privada	Que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

JUSTIFICACIÓN

Nuestro proyecto esta basado en un enfoque integral de la sexualidad en la etapa adolescente, abordando para ello la promoción de la salud a través de la educación para la salud a fin de permitir elevar los índices de calidad de vida en este grupo de la comunidad.

Entendemos al ser humano como un todo, siendo la sexualidad una parte fundamental para desarrollarse en plenitud y como factor indispensable para conseguir un estado de vida saludable. En la adolescencia se asientan las bases para este desarrollo con lo que con el proyecto pretendemos poner al alcance del adolescente habilidades y capacidades para influir sobre los factores que determinan su sexualidad de manera que sea capaz de elegir de entre ellas las opciones más saludables y que en la etapa adulta viva de acuerdo a ellas.

Puesto que consideramos al ser humano como un todo y hay que valorarlo de una forma integral, si decidimos abordar un aspecto del mismo hemos de ser consecuentes y por lo tanto también considerar el aspecto biológico, psicológico y social del mismo, en nuestro caso la sexualidad en la adolescencia.

Para conseguir que exista un desarrollo saludable de la sexualidad hemos propuesto un abordaje holístico, de ese modo vemos la influencia en el plano físico, psíquico y social y de que forma podemos actuar para conseguir los cambios esperados, no solamente centrándonos en el plano biológico o físico y concretamente en la prevención de ETS y de los embarazos no deseados ya que aunque creemos que son importantes estos temas, la sexualidad no la podemos entender si no contemplamos al adolescente desde todos los ámbitos de la persona, todo ello trabajado en el seno de un equipo multidisciplinar.

Todo el proyecto está elaborado y desarrollado dentro de un equipo multidisciplinar, aspecto que nos parece básico puesto que de este modo el trabajo recibe una variedad amplia de aportaciones de disciplinas diferentes pero siempre utilizando una misma metodología para conseguir el fin que hemos propuesto.

El proyecto de salud integral en el adolescente que se presenta otorga a la educación para la salud la función de facilitar el aprendizaje de conductas y actitudes que hagan que el ado-

lescente adquiera unos recursos individuales para elegir y mantener un estilo de vida saludable a fin de que los prolongue en su etapa de adulto y por el hecho de pertenecer a una comunidad lo haga extensible a la misma durante el proceso de interrelación con su grupo social.

Por tanto podemos concluir que nuestro fin principal sería provocar unos cambios en el estilo de vida tanto de orden físico, psicológico como social, determinantes fundamentales en nuestra desarrollo como personas a través de la sexualidad en la adolescencia, aspecto muchas veces olvidado injustamente siendo un pilar básico que necesita asentarse en un suelo sólido para poder crecer sin derrumbarse.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Proporcionar información sobre los aspectos biológicos, así como orientar y educar al adolescente sobre los aspectos afectivos, emocionales y sociales de la sexualidad y fomentar la misma como actividad de comunicación entre las personas.

Objetivos específicos:

1. Proporcionar información objetiva y real sobre los aspectos biológicos, afectivos, emocionales y sociales relacionados con la sexualidad.
2. Naturalizar los cambios corporales con la finalidad de promocionar la autoestima.
3. Desarrollar una identidad sexual y de género, saludables.
4. Desmitificar pensamientos, conductas y actitudes sobre sexualidad.
5. Sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
6. Integrar en la vida del adolescente la existencia de diferentes orientaciones sexuales, a fin de conseguir una interrelación respetuosa.
7. Conocer y aceptar la capacidad de nuestro cuerpo para proporcionarnos sensaciones placenteras.
8. Fomentar la educación sanitaria en la instauración de hábitos higiénicos que inculcados en estas edades van a impactar en toda la vida del sujeto.
9. Identificar los diferentes agentes externos que influyen en el desarrollo sexual, con la finalidad de que el adolescente sea capaz de realizar elecciones autónomas.



CONTENIDOS

Los contenidos quedan contemplados en cuatro grandes bloques que desarrollamos a continuación:

BLOQUE 1: SEXUALIDAD.

Taller 1. ¿Qué es la sexualidad?

BLOQUE 2: CAMBIOS CORPORALES.

Taller 2. Cambios sexuales primarios y secundarios.

Taller 3. Ciclo Menstrual. Poluciones nocturnas

Taller 4. Masturbación.

Taller 5. Fases de la conducta sexual.

BLOQUE 3: CAMBIOS PSÍQUICOS.

Taller 6. Autoestima, como paso previo a una sexualidad sana.

Taller 7. Identidad sexual, identidad de género y orientación sexual.

BLOQUE 4: ENTORNO SOCIAL Y SEXUALIDAD.

Taller 8. Enfermedades de Transmisión Sexual.

Taller 9. Métodos anticonceptivos.

Taller 10. Higiene.

Taller 11. Influencia de los métodos de comunicación.

Taller 12. Placer.

ACTIVIDADES

Taller 1. ¿Qué es la sexualidad?

Desarrollaremos un concepto amplio de sexualidad, no sólo centrado en los aspectos biológicos, sino también contemplando los aspectos psicológicos y sociales.

Actividades:

- 1) En grupos de 4 o 5, se responderá a la pregunta: ¿Qué es la sexualidad? Se trataría en definitiva de conocer las distintas concepciones que tienen los jóvenes con respecto a la sexualidad. Debemos estar atentos, especialmente, a las ideas erróneas sobre este término.
- 2) Charla introductoria, haciendo hincapié en dos conceptos clave: el sexo como una parte de la sexualidad y la sexualidad como un acto de comunicación.
- 3) Vídeo documental "La sexualidad en la adolescencia" y coloquio sobre el mismo.

Taller 2. Caracteres sexuales primarios y secundarios en el desarrollo adolescente.

Se trata de que el joven conozca los principales cambios fisiológicos en la figura corporal y los acepte con naturalidad.

Actividades:

- 1) La siguiente actividad es un trabajo de investigación cooperativa que se realiza en grupos distribuidos heterogéneamente y tiene como objetivo que el adolescente reconozca los cambios físicos, sociales, intelectuales y emocionales por los que esta pasando.

Se reparten entre los jóvenes preguntas del tipo: ¿Cuáles son las etapas de la adolescencia y cuánto dura cada una?, ¿Cuáles son los cambios que se producen en la adolescencia?, ¿Cuáles son los cambios físicos externos en la chica?, ¿Cuáles son los cambios físicos internos en la chica?, ¿Cuáles son los cambios físicos externos en el chico?, ¿Cuáles son los cambios físicos internos en el chico?, ¿Que diferencias ves entre como eras antes y cómo eres ahora?, ¿Que diferencias ves entre como eres ahora y cómo es un adulto?, ¿Cómo te sientes ahora a diferencia de cuando eras más pequeño?.....

Se les da un tiempo para que respondan; pasado el mismo se les entrega por escrito las respuestas a las preguntas. Deben relacionar las respuestas con las preguntas y corregir sus posibles errores. Hay preguntas que no tienen una respuesta concreta. Estas se comentarán en el gran grupo, con la finalidad de que cada uno exprese sentimientos o reconozca en los demás sus propias emociones.

Taller 3. Ciclo menstrual. Poluciones nocturnas.

Pondremos al alcance del adolescente estos dos conceptos, con la finalidad de desmitificar posibles creencias erróneas. Se insiste en que la madurez sexual viene marcada en las chicas por el ciclo menstrual y en los chicos por las poluciones nocturnas.

Actividades:

- 1) Se les explica de forma gráfica- transparencia- las diferentes fases del ciclo menstrual: regla, preovulación, ovulación y postovulación. Se explica también el fenómeno de las poluciones nocturnas o "sueños mojados". Se finaliza la sesión preguntando dudas que han podido surgir.
- 2) Debate con la siguiente temática: "Mitos y falsas creencias sobre la menstruación".



artículos científicos

Taller 4. Masturbación.

El objetivo principal de esta sesión es el de destruir los mitos relacionados con la masturbación.

Actividades:

1) Se leerá una frase relacionada con la masturbación y los jóvenes deberán de señalar si es verdadero o falso. Ejemplos: Si te masturbas mucho te salen granos, las chicas no se masturban, la masturbación mejora las relaciones sexuales, cuando tienes pareja ya no debes masturbarte... Posteriormente se realiza una puesta en común y se exponen las conclusiones a las que se han llegado tras realizar la actividad.

Taller 5. Fases de la conducta sexual.

Se trata, en definitiva, que el adolescente conozca las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución. Además se proporciona información sobre algunos de los problemas en cada una de las fases.

Actividades:

1) Se expondrá mediante soporte gráfico, las distintas fases de la respuesta sexual. Se resolverán las dudas que vayan surgiendo durante la explicación.
2) Actividad de dramatización. Se tratará además, de dar respuesta a algunos de los problemas que pueden surgir durante las fases de la conducta sexual: vaginismo (cierres involuntarios del orificio de la vagina, haciendo imposible la introducción del pene en ella o resultando muy dolorosa), dispareunia (dolor que se produce durante la penetración), anorgasmia, falta de erección, eyaculación precoz...
El ejercicio consistirá en proporcionar por escrito casos ficticios de posibles problemas, e intentar trabajando en grupo, dar solución a algunos de ellos.

Taller 6. Autoestima.

Promocionaremos el desarrollo de la autoestima, mediante la aceptación de la imagen corporal, con la finalidad de favorecer el desarrollo de una identidad sexual sana.

Actividades:

1) Actividad individual: "El espejo". El adolescente, mediante un listado de adjetivos-ya sean positivos, negativos o neutros- tratará de describirse tanto física como psíquicamente.
2) Actividad grupal: "¿Cómo me ven los demás?". Todo el grupo de participantes deberá aportar un adjetivo, siempre en sentido positivo, de cada uno de sus compañeros.
3) Una vez obtenidas las conclusiones de estas dos actividades, el educador ayudará al adolescente a reformular los aspectos negativos de su descripción.

Taller 7. Identidad de sexo, de género y orientación sexual.

Al finalizar la sesión el adolescente debe ser capaz de diferenciar estos tres conceptos. El objetivo es que el joven sea capaz de aceptar que existen diferentes opciones sexuales y que es importante respetarlas: homosexualidad, transexualidad, travestismo...

Actividades:

1) Visionado de una película que tenga relación con la temática. Algunas que pueden utilizarse, teniendo en cuenta la edad del adolescente, son: "Boy don't cry" o "Mi vida en rosa".
2) Actividad lúdica: "El amor es ciego". Se vendan los ojos a uno de los participantes y posteriormente se piden dos voluntarios, un chico y una chica. Los dos chicos, de forma alternativa, deben acariciar suavemente la cara, los brazos, las manos,...del compañero que tiene los ojos vendados. Posteriormente el joven expresa las sensaciones que ha tenido y si estas han sido diferentes en uno u otro caso.
3) Charla coloquio con la siguiente temática: "La homosexualidad en la adolescencia".



Taller 8. Enfermedades de transmisión sexual.

El objetivo principal es que el adolescente conozca diferentes enfermedades de transmisión sexual. Sífilis, gonorrea, herpes genital, hepatitis B y SIDA serían algunos ejemplos. Además se trataría de sensibilizar al joven sobre la utilización del preservativo como método eficaz para prevenir este tipo de enfermedades.

Actividades:

- 1) Se realizará una breve exposición gráfica sobre las distintas enfermedades que hemos enumerado anteriormente, sus síntomas y consecuencias al no tratarlas. Posteriormente se resolverán todas las dudas que existan.
- 2) Ejercicio de dramatización: "Voy a comprar un condón", cuyo objetivo es familiarizar al adolescente con la experiencia de entrar en una farmacia a comprar preservativos.
- 3) Visita guiada al centro de planificación familiar de la zona, utilizando el transporte público.

Taller 9. Métodos anticonceptivos.

Al finalizar la sesión el adolescente debe conocer los distintos métodos anticonceptivos, sus ventajas e inconvenientes.

Actividades:

- 1) Se les explicará algunos de los métodos anticonceptivos más conocidos, ya sean naturales ("coitus interruptus" o marcha atrás, abstinencia periódica...), de barrera (preservativo o "condón", diafragma, métodos químicos- geles, espumas, cremas...-), mecánicos (dispositivo intrauterino o DIU) u hormonales (píldora, parches, óvulos...). Al finalizar se estimulará la formulación de preguntas.
- 2) Ejercicio de dramatización: "Voy a ponerme el condón", cuyo objetivo es familiarizar al adolescente con el preservativo y su modo de uso. Los participantes se colocan en un círculo, y cada uno de ellos se les da un vaso alto con agua, dos pastillas efervescentes y un preservativo. A continuación, se echan las dos pastillas efervescentes y rápidamente se inserta el preservativo en el borde superior del vaso, debido al gas desprendido el preservativo se enderezará simulando cómo queda en un pene erecto. Posteriormente se realiza un puesta en común y aclaración de dudas y normas de uso.
- 3) Ejercicio basado en la expresión de creencias, sentimientos y fantasías sobre "La primera vez". Se explica que es el himen, qué es la virginidad, y algunos de los temores más difundidos sobre esa "primera vez". Posteriormente, en grupos de 10 o 15 jóvenes, se contarán fantasías o experiencias, temores y miedos. Entre todos se desdramatiza la cuestión y se aclaran dudas al respecto.

Taller 10. Higiene.

Haremos una reflexión sobre las buenas prácticas, tanto en lo que se refiere a la higiene íntima, como a la higiene durante una relación de tipo sexual.

Actividades:

- 1) Se divide a los participantes en grupos heterogéneos y se les hace entrega de una serie de preguntas del tipo: ¿me puedo bañar con la regla?, ¿qué es mejor utilizar compresas o tampones?, ¿tengo que lavarme después de una relación sexual?... Se les pide que, además de estas, realicen otras preguntas sobre las que tengan dudas. Posteriormente se leen todas y se intenta responder a las que no han sido resueltas o las que se han resuelto de forma incorrecta.

Taller 11. Influencia de los agentes externos en el desarrollo sexual.

El objetivo es reconocer los diferentes factores que están influyendo en desarrollo de la sexualidad del adolescente. Se hace especial hincapié en los siguientes: familia, grupo de iguales y medios de comunicación.

Actividades:

- 1) Estudio de casos y dramatización. Se distribuye a los participantes en grupos heterogéneos de 5 o 6 personas. Se les hace entrega de diferentes casos ficticios sobre la temática que se está tratando. Los jóvenes deben estudiar y posteriormente dramatizar cada uno de los casos. Posteriormente cada uno de los grupos debe extraer las conclusiones a las que ha llegado. Se expondrán las conclusiones y se debatirán con todos los compañeros.
- 2) Análisis de consejos publicitarios. Tras seleccionar algunos consejos publicitarios con carga sexual, se invita a los jóvenes que los vean analicen detenidamente. Posteriormente en grupos de 4 o 5 personas se extraen las conclusiones más relevantes y se exponen en el gran grupo.

artículos científicos

Taller 12. El placer.

El objetivo principal es que el joven sea capaz de reconocer su cuerpo como una fuente de placer y la sexualidad como un mecanismo de comunicación entre las personas.

Actividades:

1) Actividad en gran grupo: "La relajación progresiva de Jacobson". El educador debe dinamizar una sesión de relajación con el objetivo de que el adolescente sea consciente de las partes de su cuerpo y de las diferentes sensaciones que le provocan.

2) Actividad en parejas: "Masaje". En este caso lo importante, ya no es la sensación de placer que nuestro cuerpo provoca, sino la que los demás son capaces de provocar en nosotros. Se pueden utilizar distintos tipos de masaje (con la manos, con pelotas...). Se instruirá a los jóvenes sobre algunas nociones básicas y posteriormente, por parejas, se pondrá en práctica.

METODOLOGÍA

En líneas generales la metodología a utilizar se basará en la búsqueda de actitudes de participación e interés a través de actividades marcadas por la curiosidad y potenciando el desarrollo personal. La dinámica de trabajo debe proporcionar la interacción entre los educadores y los participantes de manera que los primeros resulten guía y recurso de los segundos. Las actividades facilitarán el aprendizaje, lo cual a su vez favorecerá el pleno desarrollo de la personalidad del adolescente para conseguir un desarrollo autónomo e integral dentro del ámbito de la sexualidad. Los diferentes apartados metodológicos son:

a. Carácter educativo y motivador de las actividades.

La educación en sexualidad debe ser una actividad enriquecedora, atractiva y significativa, por ello un elemento clave es la motivación. La motivación será un aspecto básico a la hora de conseguir el interés y un clima de trabajo atractivo, donde el educador dada su experiencia y conocimientos, sirva de guía y oriente al participante.

b. El adolescente como actor de su aprendizaje.

Para el educador no existe proceso educativo de maduración sin la implicación personal del destinatario. El educador debe tener en cuenta la situación real del grupo con el que trabaja creando un clima positivo. En la intervención es importante el intercambio de ideas entre compañeros y adultos, estructurando y organizando las experiencias de cada uno desde una actitud crítica y constructiva. En definitiva, el adolescente debe ser el autor de su propio aprendizaje, capacidades, hábitos y actitudes con los que poder dar respuesta a las exigencias futuras.

c. Actividad basada en el concepto de educación vivencial.

El adolescente se implicará en el aprendizaje, a través de las diferentes situaciones presentadas por el educador, las cuales podrían tener significación personal por haberlas vivido de cerca.

d. Actividades basadas en el aprendizaje significativo.

Se atribuye significado al aprendizaje partiendo de lo conocido; lo que desemboca en la realización de aprendizajes que pueden ser integrados en la estructura cognitiva de la persona que aprende.

Para construir este aprendizaje significativo el contenido propuesto debe ser coherente, claro y organizado, partiendo de los conocimientos previos y construyendo otros nuevos sobre la misma base cognitiva. Para lograrlo se necesita una actitud favorable y materiales atractivos.

e. Enfoque globalizador.

Las propuestas de las actividades tienen un enfoque metodológico globalizador al interrelacionarse aspectos que provocan el funcionamiento de todos los mecanismos de la personalidad del adolescente.

La educación sexual debe atender a la persona y sus circunstancias. Así pues hablaremos de una educación integral orientada hacia un crecimiento global del individuo: físico, psíquico y social, interrelacionando estas tres dimensiones en beneficio de la unidad de la persona.

f. Metodología activa y participativa.

Se desarrollarán un conjunto de estrategias didácticas que permitan al adolescente participar como sujeto activo de su propio aprendizaje, analizando y observando las diferentes situaciones que se le presenten.

Participar significará tomar parte, compartir y mantener una actitud abierta y una disposición sincera, aceptando las opiniones planteadas como complemento y mejora de las propias.

g. Trabajo en grupo

Se fomentará la cohesión e identidad de grupo para así favorecer las habilidades de razonamiento y la participación de los más tímidos, de esta forma a la vez que crecen como grupo desarrollan la confianza mutua, abriéndose a nuevas experiencias y puntos de vista. El hecho de pertenecer a un colectivo con unas características y experiencias similares permitirá establecer vínculos emocionales y afectivos y se adquirirán hábitos de interacción con los compañeros, desarrollando y descubriendo la propia identidad personal.

RECURSOS

a. Materiales

Lápiz y papel.

Material gráfico para las explicaciones, retroproyector, Material impreso con ejercicios, preguntas,...

Películas y vídeos documentales.

Muestra de métodos anticonceptivos: preservativos, diafragma, píldoras...

Vasos largos y pastillas efervescentes.

Videos sobre consejos publicitarios.

Material para masajes(pelotas, esterillas,...).

Materiales de consulta(libros, artículos,...).

b. Personales

Psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as

c. Físicos

Aula con capacidad para 30 personas.



TEMPORALIZACIÓN

La totalidad de los contenidos del programa se desarrollará en 15 sesiones, distribuidas de la siguiente forma:

1º sesión: Taller 1. ¿Que es la sexualidad?.

2º sesión: Taller 2. Caracteres sexuales primarios y secundarios.

3º sesión: Taller 3. Menstruación. Poluciones nocturnas.

4º sesión: Taller 3. Mitos y creencias sobre la menstruación.

5º sesión: Taller 4. Masturbación.

6º sesión: Taller 5. Fases de la conducta sexual.

7º sesión: Taller 6. Autoestima.

8º sesión: Taller 7. Identidad sexual, identidad de género y orientación sexual. Película.

9º sesión: Taller 7. Ejercicios. Coloquio: La homosexualidad en la adolescencia.

10º sesión: Taller 8. Enfermedades de Transmisión Sexual.

11º sesión: Taller 8. Visita a un centro de planificación familiar.

12º sesión: Taller 9. Métodos anticonceptivos.

13º sesión: Taller 10. Higiene.

14º sesión: Taller 11. Influencia de agentes externos en el desarrollo sexual.

15º sesión: Taller 12. El placer.

EVALUACIÓN

Al inicio del proyecto se realizará una PREEVALUACIÓN con el objetivo de determinar el grado de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes sobre la sexualidad.

Se realizará también, durante el desarrollo de las sesiones, una evaluación informativa con la finalidad de reajustar el proyecto en caso de que sea necesario.

Al finalizar el proyecto, mediante un cuestionario, se valorará el grado de consecución de los objetivos.

Asimismo, se llevará a cabo un seguimiento de los participantes del proyecto, transcurrido un año.

BIBLIOGRAFÍA

1. - Rosa Abenoza Guardiola "Sexualidad y Juventud. Historias para una guía". Comunidad de Madrid. Editorial Popular 1994

2. Concha Gómez- Ocaña- Mercedes Rius Lozano". "Educación para la Salud. Una transversal Curricular". Comunidad Valenciana/Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP) 1998.

3. Fernando g. Lucini. "Temas Transversales y Educación en Valores". Madrid Anaya 1994.

4. Sanz. "Psicoerotismo femenino y masculino". Barcelona. Kairós, 1991(13-26)

5. Berk. "Desarrollo del niño y del adolescente" Cuarta edición. Prentice may Iberia. Madrid, 1999(33-37).

6. Cortadellas. "Secretos de la pareja". Volumen 1. Barcelona 1994(260-262).

7. Maria Pérez Conchillo, Juan José Borrás Valls. "La sexualidad: un derecho humano universal". Información psicológica nº69. (5).

AUTORES

Borrás Monzó, Raquel

Diplomada en enfermería
Nº Col.; 18416
Supervisora de la Unidad de Endoscopias,
Hospital de la Ribera

Cuellar Vargas, Noelia

Diplomada en enfermería
Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

Gómez García, Francisca

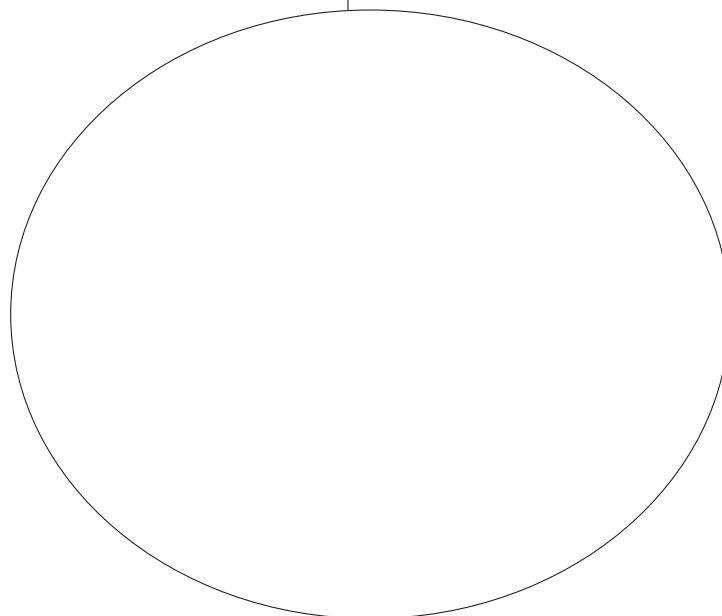
Diplomada en enfermería
Nº Col.; 14851
Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

Margaix Margaix, Luís

Diplomado en enfermería
Nº Col.; 13753
Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)

Rubio Valverde, Amparo

Diplomada en enfermería
Nº Col.; 16115
Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia)



Encuesta sobre el grado de satisfacción del usuario de la unidad de endoscopias

LA ENFERMERÍA DEBE OFRECER LOS MEJORES CUIDADOS A LOS PACIENTES DURANTE Y DESPUÉS DE LAS EXPLORACIONES A LAS QUE SE SOMETEN EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DONDE TRABAJAMOS. PARA CONSEGUIRLO ES NECESARIO EVALUARNOS, Y PARA ELLO DECIDIMOS DISTRIBUIR UNA ENCUESTA PARA QUE LOS PACIENTES DIERAN LIBREMENTE SU OPINIÓN ACERCA DE NUESTRO TRABAJO. FINALMENTE, ANALIZAMOS LOS DATOS OBTENIDOS POR SI FUERA NECESARIO MODIFICAR ALGÚN ASPECTO.

PALABRAS CLAVE: Endoscopia, Encuesta, Satisfacción, Usuario, Información

Se ha diseñado el presente estudio con la finalidad de analizar el "nivel de calidad asistencial" de nuestra Unidad de Endoscopias, utilizando el "grado de satisfacción del usuario" como indicador. Siendo los objetivos planteados:

1. Conocer y evaluar el grado de información que el paciente/usuario de la Unidad de Endoscopias tiene acerca de la exploración a la que va a ser sometido.
2. Analizar lo que el paciente piensa y conoce acerca del documento del Consentimiento Informado.
3. Evaluar la opinión del paciente/usuario sobre el funcionamiento y trato dispensado por el personal de esta Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

A todos los pacientes en régimen ambulatorio, a los que se les había solicitado una exploración endoscópica, se les proporcionó tras su realización una encuesta de tipo "respuestas múltiples". Dicha encuesta ha sido recogida con carácter voluntario y anónimo. Las exploraciones realizadas corresponden a cualquiera de las especialidades médicas que compartimos en esta área funcional (Urología, Neumología, Ginecología y Medicina Digestiva).

La encuesta ha sido previamente elaborada y consensuada por los miembros de la unidad, su diseño se realizó en dos fases:



artículos científicos

En primera instancia, entre el personal de enfermería se propusieron unas preguntas que se consideraron de interés para el proyecto. La propuesta fue discutida con detenimiento, estableciéndose por consenso un primer modelo de encuesta.

En una segunda fase, y con la finalidad de comprobar si dicha encuesta era asequible a todos nuestros usuarios, se proporcionó este primer modelo a 250 pacientes consecutivos. Con ello pretendíamos analizar la comprensión de las preguntas por parte de los usuarios, y en caso contrario, modificarlas para hacerlas más asequibles, evitando en la medida de lo posible, preguntas cuya respuesta se viera determinada por la forma de su elaboración.

Los resultados de esta encuesta preliminar sólo se han utilizado para la elaboración del modelo definitivo de encuesta (ANEXO1)

Antes de iniciar el estudio se decidió por unanimidad excluir de este trabajo aquellas exploraciones realizadas en pacientes ingresados, el motivo de su descarte era que presumiblemente su situación clínica basal era peor a la del paciente que acude de forma ambulatoria y para evitar sesgos no se hicieron discriminaciones entre los pacientes ingresados.

RESULTADOS

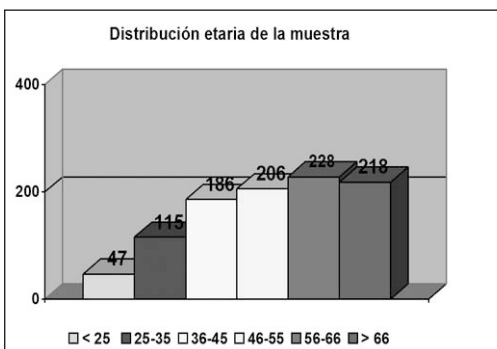
Se presentan los resultados obtenidos del análisis de 1.000 encuestas recogidas, entre el 1-4-02 y el 1-9-02.

En este periodo se realizaron un total de 2643 exploraciones endoscópicas entre todas las especialidades médicas que compartimos esta área funcional. De ellas 786 (29,8%) eran sobre pacientes ingresados.

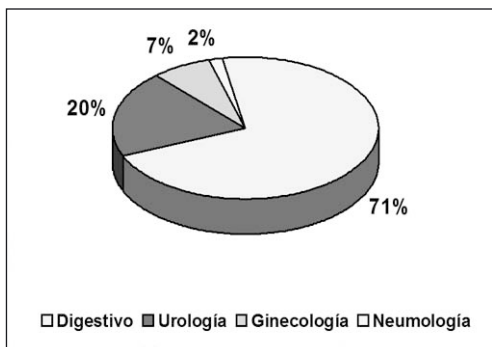
ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En nuestra muestra 512 eran mujeres (51,2%) y 488 varones (48,8%)

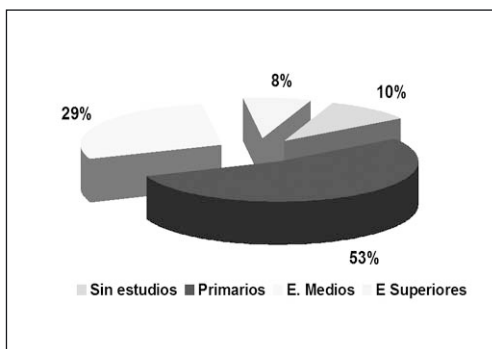
La distribución de la muestra por grupos de edad se representa en el siguiente gráfico:



El análisis del tipo de exploración realizada arrojó los siguientes resultados:



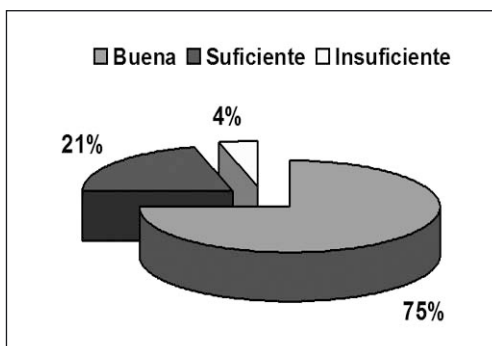
Se distribuyó también la muestra en función de su nivel cultural, los resultados se encuentran representados en el siguiente gráfico:



ANÁLISIS SOBRE EL GRADO DE INFORMACION DEL USUARIO

Se analizó según el paciente el grado de conocimiento que tenía acerca de la exploración a la que iba a ser sometido, en función de la información previa recibida, la cual fue proporcionada por el médico solicitante de la técnica endoscópica. Para ello, el usuario clasificaba en buena/suficiente/insuficiente dicha información.

Los resultados se expresan en el siguiente gráfico:



artículos científicos

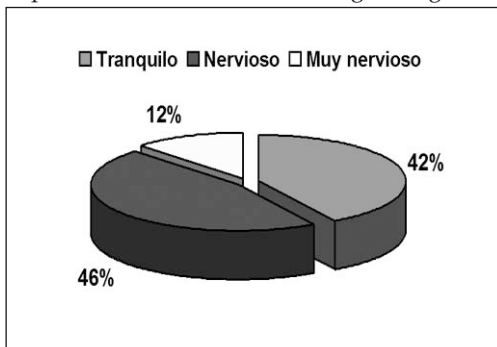
Al tener dicha información se evaluó la opinión del usuario, cual creía que era la causa que motivaba la realización de la prueba:

un 86,3% respondió que era para alcanzar un diagnóstico (863/1000)

un 10,5% consideraba que era por indicación de su médico responsable (105/1000)

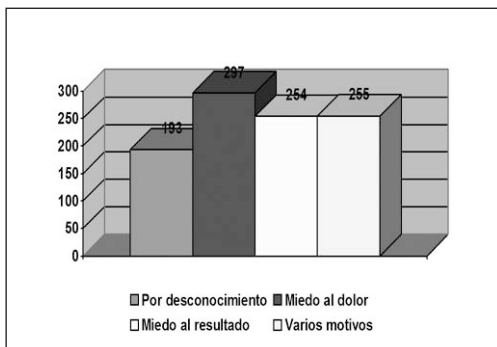
y un 3,2% afirmaba desconocer el motivo (32/1000)

Se evaluó también cual era el estado de ánimo del paciente previo a la realización de la prueba, expresándose los resultados en el siguiente gráfico:



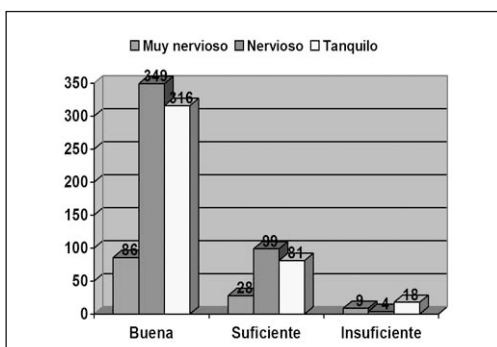
El origen de este estado de ánimo, según los datos obtenidos de estas encuestas, es el miedo al dolor lo que más preocupa.

Podemos ver el resultado en el siguiente gráfico:



Se comparó si existía relación entre el grado de conocimiento previo acerca de la técnica endoscópica, sobre la base de la información proporcionada por el médico solicitante de dicha exploración y el estado de ánimo del usuario.

Los resultados se reflejan en el siguiente gráfico:



ANALISIS SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DEL USUARIO ACERCA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

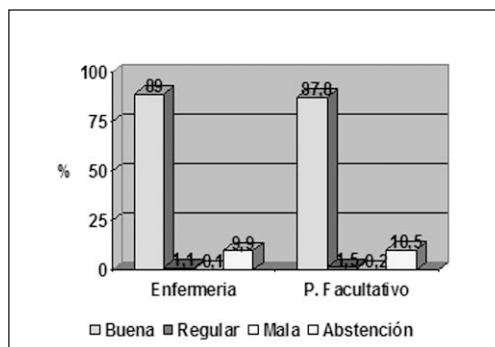
Solo el 10% de la muestra encuestada afirmaba no estar de acuerdo ni comprender la necesidad de tener que cumplimentar el documento del consentimiento informado. Este subgrupo de pacientes aducía en un 43% que este documento sólo tenía como finalidad la de exculpar al médico de toda responsabilidad.

ANALISIS SOBRE EL GRADO DE SATISFACCION ACERCA DEL PERSONAL E INSTALACIONES DE NUESTRA UNIDAD

Mediante nuestra encuesta se pedía a los usuarios calificasen en: Buena, Regular y Mala su impresión acerca de la atención recibida por parte del personal sanitario, los resultados se reflejan en el siguiente gráfico:

Con los mismos criterios se les solicitaba evaluar su opinión acerca de las instalaciones de la Unidad de Endoscopias, así como su impresión sobre si consideraban se había preservado su intimidad. Un 86% de los encuestados se mostró satisfecho acerca de este punto y sólo un 3% contestó haberse encontrado incómodo.

Finalmente solicitábamos a los pacientes respondiesen si volverían a elegir nuestro centro y nuestro personal en el caso de tener que volverse a repetir la prueba. Un 88,5% lo elegiría nuevamente y sólo un 0,6% respondió que no.

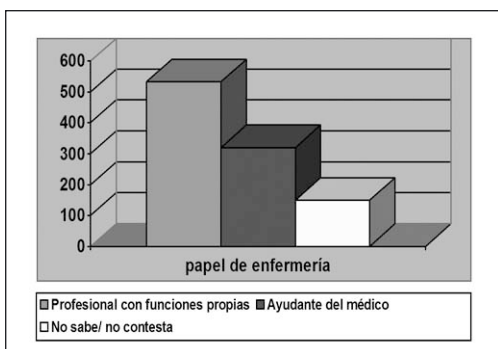


artículos científicos

ANÁLISIS SOBRE EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS

Existía un interés por parte de enfermería por saber la opinión de los usuarios acerca del papel que desempeñamos en la sociedad, ya que percibíamos que nuestro trabajo es infravalorado y el término Enfermería les resulta ambiguo.

Los resultados obtenidos son:



CONCLUSIONES

En relación a los pacientes encuestados se observa que el porcentaje de mujeres es un poco superior al de varones y la edad mayoritaria del estudio es la comprendida entre los 56-66 años. Las exploraciones mayoritarias que realizamos correspondieron a la especialidad de digestivo. En cuanto al nivel de estudios de las personas encuestadas, el 53% realizaron estudios primarios.

En relación al grado de información acerca de la prueba, los usuarios contestaron que habían recibido buena información, se deduce de ello que no disminuye notablemente la ansiedad.

En cuanto al consentimiento informado, la respuesta más frecuente fue que conocían el significado del consentimiento, aunque en nuestra experiencia diaria observamos que existe un gran rechazo a la firma y la comprensión del mismo.

En relación al nivel de satisfacción parece que la mayoría de los pacientes entrevistados se encuentran satisfechos tanto con el personal, el funcionamiento, las instalaciones y el trato recibido.

Cabe destacar que un 31.9% de los entrevistados, consideran a la enfermería como ayudante del médico, a pesar de que en nuestra opinión la pregunta estaba un tanto dirigida. Esto más reafirma, nuestro sentir y nos debe reforzar en nuestra labor informativa y divulgativa acerca de nuestra profesión.



¿Qué opinión le merece el Servicio de Endoscopias del Hospital de la Ribera?

Le rogaríamos que dedique unos instantes a cumplimentar esta encuesta, que tiene como objetivo la mejoría de la Unidad de Endoscopias. Para ello, solo tiene que marcar con una cruz la opción que más se ajuste a su opinión.

Si no entiende alguna pregunta, no dude en preguntarnos.

Esta encuesta es totalmente anónima. Por favor, después de rellenarla, deposítela en el lugar habilitado para ello. Muchas gracias.

<p>1. Su edad es:</p> <p>a) menor de 25 años b) 25-35 años c) 36-45 años d) 46-55 años e) 56-65 f) mayor de 66 años</p> <p>2. Sexo</p> <p>a) mujer b) varón</p> <p>3. Su nivel de estudios es</p> <p>a) Ninguno b) primarios c) bachiller d) universitario</p> <p>4. Su médico ha solicitado esta exploración. Usted considera que la información sobre la prueba que el médico le dio fue:</p> <p>a) Mala. b) Suficiente. c) Buena.</p> <p>5. ¿Sabe por qué tiene que realizarse la prueba?</p> <p>a) No lo sé. b) Porque el médico lo dice. c) Para intentar averiguar lo que me pasa.</p> <p>6. Antes de la realización de la prueba, su estado de ánimo era:</p> <p>a) Tranquilo. b) Algo nervioso. c) Muy nervioso.</p> <p>7. En caso de que estuviera preocupado o nervioso, ¿a qué cree que es debido?</p> <p>a) A que la prueba fuera dolorosa b) Al resultado de la prueba c) A que desconozca lo que van a hacer. d) Otros motivos.</p> <p>8. Antes de la realización de esta prueba se le ha pedido que de su consentimiento por escrito. Usted ve eso.</p> <p>A) Mal B) Bien</p> <p>9. ¿Comprende por qué tiene que firmar el Consentimiento antes de la realización de la prueba?</p> <p>a) Sí. b) No.</p> <p>10. El tiempo transcurrido desde que su médico le solicitó la prueba hasta el día de hoy ¿le parece?</p> <p>a) corto b) normal c) excesivo</p> <p>11. ¿Cuanto tiempo ha pasado desde que se solicitó la prueba ha sido:</p> <p>a) Menor de 10 días. b) Entre 10 días y un mes. c) Más de un mes.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohigas L. La satisfacción del paciente (Editorial).Gac Sanit 1995; 9(50): 283-5

2. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción (usuarios). Aten Primaria 1995; 16(6): 314-21

3. Rodríguez Martín, Jorge A; Gonzalez Aguilar, Osvaldo; Pardo Hugo; Yazde Yamil. "Consentimiento informado. ¿un dilema ético o legal?". Rev. Argent. Cirug., 1999; 77:229-241.

4. Manrique J, Cottely E, Rossi R et al. "Consentimiento informado: Fundamento ético, médico y legal. Rev Argent. Cirug., 1991; 61; 99.

5. IESA (1998): Encuestas de calidad de vida en Andalucía (datos básicos de investigación E98-04), Códova: IESA/CSIC

6. Mira, J.J y Aranaz, J. (2000): "La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria", Medicina Clínica, 114.

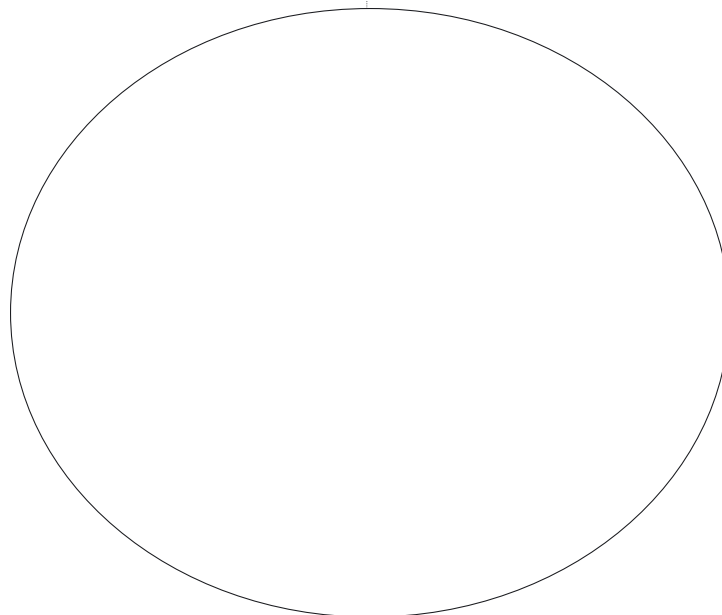
7. Navarro, D. (1994): Encuestas de calidad, Madrid: Centro de investigaciones Sociológicas, en la colección "Cuadernos Metodológicos"

8. Palacio Lafuente F, Marquet PalomerR; Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Expectativas de los pacientes: ¿Qué aspectos de un centro de salud valoran? Aten primaria 2003 Mar 30; 31 (5): 307-314

9. "Estudio sobre Rol de la Enfermería en el Sistema Nacional de Salud" Santiago de Chile, 1994. Biblioteca Colegio de Enfermeras.

10. Milos P., Lange IIta, Urrutia Mila, artículo "Rol y responsabilidades de la Enfermera en el Acto Médico". Biblioteca Colegio de Enfermeras.

11. Figueroa María, Artículo "Rol de la Enfermera Profesional". Biblioteca Colegio de Enfermeras.



AUTORES

M^a Francisca Marco Ubeda
Diplomada en Enfermería
Hospital LLUIS ALCANYIS. Xativa.

Verónica Sanchis Bueno
Diplomada en Enfermería
Hospital C. S. LA FE. Valencia

Interpretación de una Gasiometría

LA GASOMETRÍA ARTERIAL ES UNA DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS MÁS FRECUENTEMENTE SOLICITADAS, TENIENDO UNA UTILIDAD DIAGNOSTICA, PARA LA VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Y DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE DE UN PACIENTE, Y ADEMÁS TERAPÉUTICA O PRONOSTICA

La patología que de forma general requiere esta práctica exploratoria con carácter urgente se enumeran a continuación:

- Patología cardiorrespiratoria aguda:
- Parada respiratoria o cardiorrespiratoria.
- I. cardiaca aguda: EAP.
- EPOC.
- TEP.
- Neumonías.
- Asma.
- Intoxicaciones agudas
- Shock de cualquier origen.
- Coma de cualquier etiología.
- I. renal.
- I. suprarrenal.
- Descompensaciones diabéticas.
- Trastornos hidroelectrolíticos.

Valores gasometricos normales		
En sangre arterial y venosa	Sangre arterial	Sangre venosa
Ph	7,35-7,45	7,32-7,38
P _a O ₂ (mmHg)	P _a O ₂ 80-100 (> 80)	P _v O ₂ 40 (38-42)
P _a CO ₂ (mmHg)	P _a CO ₂ 35-45	P _v CO ₂ 42-50
CO ₃ H ⁺ (mmol o meq / L)	22-27	22-27
Saturación de O ₂	S _a O ₂ 95-100%	S _v O ₂ 65-75%



Valores normales de PaO₂ y PaCO₂

- La PaO₂ varía con la edad. Se considera una PaO₂ normal 80 mmHg (entre 80-100).

Cuando en un paciente existe una PaO₂ por debajo de su valor normal (PaO₂ entre 80-100 mmHg), hablamos de que existe hipoxemia (PaO₂ = 80 mmHg); y cuando la PaO₂ es < 60 mmHg (tenga o no además una PaCO₂ > 45 mmHg), presenta una hipoxemia grave o severa que se define como insuficiencia respiratoria.

- La PaCO₂ no varía con la edad y en condiciones normales oscila entre 35-45 mmHg.

Definición de insuficiencia respiratoria

En la práctica existe IR cuando en reposo, vigilia, al nivel del mar y respirando aire ambiente, la PaO₂ es 60 mmHg (hipoxemia arterial grave o severa) con o sin una PaCO₂ > 45 mmHg (hipercapnia).

- Si solo tiene una PaO₂ 60 mmHg se encontrará en insuficiencia respiratoria parcial.

- Si además de tener una PaO₂ 60 mmHg, tiene una PaCO₂ > 45 mmHg, se encontrará en insuficiencia respiratoria global.

Valor de la pulsioximetría

Es la técnica de monitorización respiratoria más utilizada hoy en día, formando parte del equipo básico imprescindible en Urgencias y plantas de hospitalización. Se basa en la espectrofotometría, al detectar la absorción de luz de los diferentes componentes sanguíneos cuando atraviesan el lecho tisular de los dedos de la mano, del pie o del lóbulo de la oreja, siendo las dos longitudes de onda utilizadas, la de 660 nm (luz roja, que absorbe la Hb reducida) y 940 nm (luz infrarroja, que absorbe la oxihemoglobina).

Nos permite conocer la SaO₂, el estado de oxigenación del paciente, de forma rápida y atraumática (sin necesidad de realizar una gasometría arterial). A partir de conocer el dato concreto que nos mide el pulsioxímetro (SaO₂), podemos conocer de forma indirecta y más o menos aproximada la PaO₂ que presentará el enfermo, sabiendo la correspondencia de valores que en la curva de disociación de la Hb existe entre SaO₂ y PaO₂:

- A una SaO₂ de 90% le corresponde una PaO₂ de 60 mmHg.

- A una SaO₂ de 60% le corresponde una PaO₂ de 30 mmHg.

Si el enfermo presenta en el pulsioxímetro una SaO₂ de 90, le corresponderá aproximadamente una PaO₂ de 60, y por tanto, presenta una hipoxemia importante, se encuentra en el límite de la insuficiencia respiratoria.

Los factores que alteran la exactitud de la pulsioximetría son muchos, variados y a tener en cuenta (pueden inducir resultados de lectura erróneos):

- Pueden dar valores incorrectos o falta de lectura:

- Pacientes con arritmia por FA rápida, flutter auricular, etc.,

- Baja perfusión periférica como hipotensión, hipotermia, bajo gasto y vasoconstricción.

- Uso de fármacos vasoconstrictores.

- Raza negra.

Dan unos valores de SaO₂ superiores a lo normal:

- La metahemoglobinemia de los pacientes tratados con nitroglicerina o lidocaína.

- La carboxihemoglobinemia de la intoxicación por CO o hiperbilirrubinemia.

- Las lámparas fluorescentes o de xenon y la alta luz ambiental.

Dan unos valores de SaO₂ inferiores a lo normal:

- Laca de uñas de color azul, verde, negro o metalizado,

- Anemia con Hb < 8 g/dl,

- Colorantes (azul de metileno, verde indocianina e indigo carmin)

- Lámparas de luz infrarroja.

Es una herramienta útil de seguimiento del estado de oxigenación que presenta un paciente (SaO₂); su facilidad de uso, portabilidad, ausencia de riesgos y bajo coste, son sus ventajas. Entre sus limitaciones, no valora la eficacia de la ventilación (intercambio pulmonar), sino la eficacia de la oxigenación, por lo que no sustituye toda la información aportada por la gasometría arterial, mucho más sensible y completa, aunque puede disminuir la frecuencia en sus determinaciones. Al contrario que la gasometría arterial, no mide la PaCO₂, no aportando datos sobre la ventilación del paciente, por lo que en algunas situaciones clínicas, p.e., pacientes con agudización grave de asma, TEP, insuf. respiratoria crónica agudizada en pacientes EPOC portadores de OCD o neumonía por pneumocystis carinii en pacientes HIV, patologías habituales en Urgencias, la pulsioximetría podría ser normal, y sin embargo, el paciente podría presentar hipocapnia, normocapnia o hipercapnia, información no aportada por la pulsioximetría, por lo que precisarían una gasometría arterial.

INTERPRETACIÓN BÁSICA DE UNA GASIOMETRÍA

En su lectura nos fijaremos en 5 parámetros fundamentales (PaO₂, PaCO₂, bicarbonato, pH y SaO₂):



artículos científicos

PaO₂:

- Si es > 80 es normal.
- Si es = 80 presenta una hipoxemia:
 - +Entre 70-80 presenta una hipoxemia leve.
 - +Entre 60-70 presenta una hipoxemia moderada.
 - +Si es < 60 se encontrara en insuficiencia respiratoria. Si además:

- *PaCO₂ es normal (entre 35-45 mm Hg): se tratara de una IR parcial.
- *PaCO₂ es mayor de límite superior normal > 45 mmHg: IR global.

PaCO₂:

- Si esta entre 35-45 mm Hg es normal.
- Si es > de lo normal (> 45 mm Hg) se encuentra en acidosis respiratoria (se habla de que retiene carbónico). Si además de tener una PaCO₂ > 45, tiene una PaO₂ < 60, se encontrara en IR global.
- Si es < de lo normal (< 45 mm Hg) se encuentra en alcalosis respiratoria.
- Tanto si la PaCO₂ es > o < de lo normal, es decir, si existe una acidosis respiratoria o una alcalosis respiratoria, miraremos a continuación el valor del pH, si existe una acidosis respiratoria, el pH será ácido, pH < de lo normal (< 7.35), si no se ha compensado; por lo contrario si existe una alcalosis respiratoria, el pH será alcalino, o sea, > de lo normal (> 7.45), si no se ha compensado.

Bicarbonato (CO₃H⁻)

- Si esta entre 22-27 mmol o meq/L es normal (la cifra de normalidad varían algo dependiendo del laboratorio que lo determine).
- Si es > de lo normal (> 27 mmol o meq/L) hablamos de que el paciente se encuentra o de que existe una alcalosis metabólica.
- Si es < de lo normal (< 27 mmol o meq/L) existe una acidosis metabólica.
- Tanto si el bicarbonato es > o < de lo normal, es decir, si existe alcalosis metabólica o acidosis metabólica, miraremos a continuación el valor del pH, si existe una acidosis metabólica, el pH será ácido, pH < de lo normal (< 7.35), si no esta compensada; por lo contrario existe una alcalosis metabólica, el pH será alcalino, pH > de lo normal (> 7.45), si no se ha compensado.

pH

- En las acidosis (metabólica o respiratoria) de entrada (si no se ha compensado) pH ácido (pH < normal: pH < 7.35).
- En las alcalosis (metabólica o respiratoria) de entrada (si no se ha compensado) pH alcalino (pH > normal: pH > 7.45)

RESUMEN

Acidosis respiratoria	P _a CO ₂ > normal, pH ácido (< normal: < 7.35) ↑↑ P _a CO ₂ / ↓ pH ----- compensación ↑ CO ₃ H ⁻ (alcalosis M)
Alcalosis respiratoria	PaCO ₂ < normal, pH alcalino (> normal: > 7.35) ↓↓ P _a CO ₂ / ↑ pH ----- compensación ↓ CO ₃ H ⁻ (acidosis M)
Acidosis metabólica	Bicarbonato < normal, pH ácido (< normal: < 7,35) ↓↓ CO ₃ H ⁻ / ↓ pH ----- compensación: ↓ P _a CO ₂ (alcalosis R)
Alcalosis metabólica	Bicarbonato > normal, pH alcalino (> normal: > 7.35) ↑↑ CO ₃ H ⁻ / ↑ pH ----- compensación: ↑ P _a CO ₂ (acidosis R)



Respuesta compensadora de los trastornos del equilibrio ácido-base (por parte de pulmón y riñón)

1. Acidosis Metabólica

Respuesta compensadora: Por parte del aparato respiratorio con una hiperventilación, con un aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria que ocasiona PaCO_2 (alcalosis respiratoria secundaria); y por tanto, la acidosis metabólica se acompaña de una alcalosis respiratoria compensadora que trata de normalizar el pH, si lo normaliza, se tratará de una acidosis metabólica compensada por una alcalosis respiratoria.

PaCO_2 (alcalosis respiratoria secundaria)

2. Alcalosis Metabólica

Respuesta compensadora: Por parte del aparato respiratorio con una hipoventilación, con una disminución de la frecuencia y profundidad de la respiración que ocasiona un PaCO_2 (acidosis respiratoria secundaria); y por tanto, la alcalosis metabólica se acompaña de una acidosis respiratoria compensadora que trata de normalizar el pH, si lo normaliza, se tratará de una alcalosis metabólica compensada por una acidosis respiratoria.

? PaCO_2 (acidosis R secundaria)

3. Acidosis Respiratoria

Respuesta compensadora: Por parte del riñón, con disminución de la eliminación y aumento de la formación de bicarbonato, que ocasiona un CO_3H^- (alcalosis metabólica), que trata de normalizar el pH, si lo normaliza, se tratará de una acidosis respiratoria compensada por una alcalosis metabólica.

? CO_3H^- (alcalosis metabólica)

4. Alcalosis Respiratoria

Respuesta compensadora: Por parte del riñón, con aumento de la eliminación y disminución de la formación de bicarbonato, que ocasiona un CO_3H^- (acidosis metabólica), que trata de normalizar el pH, si lo normaliza, se tratará de una alcalosis respiratoria compensada por una acidosis metabólica.

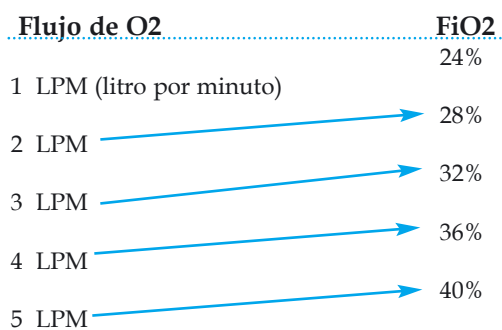
? CO_3H^- (acidosis metabólica)

SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO

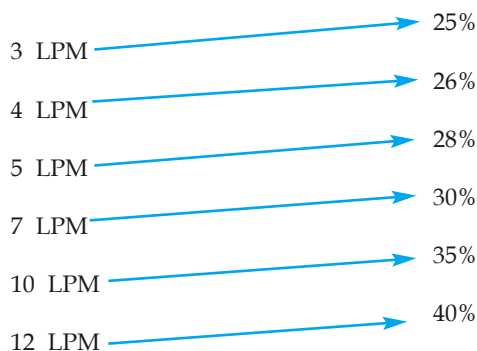
El oxígeno se administrará mediante cánula nasal (gafas nasales) o mascarilla con efecto venturi (VENTIMASK) para corregir la hipoxia e hipoxemia, tratando de conseguir al menos una PaO_2 entre 55-60 mmHg y una SaO_2 de 90 mmHg, con la menor FiO_2 posible (con el menor flujo de oxígeno necesario). Con la administración de O_2 existe el riesgo de que se produzca o aumente la retención carbónica ($\text{PaCO}_2 > \text{normal}$), al disminuir el estímulo que la hipoxemia produce en el cen-

tro respiratorio (CR), sin embargo, hay que tratar de conseguir corregir la hipoxemia grave aun a riesgo de aumentar la hipercapnia, ya que la hipoxemia es más grave que la hipercapnia, por el riesgo de esta última de provocar una parada cardiorrespiratoria.

CÁNULA NASAL



MASCARILLA CON EFECTO VENTURI (VENTIMASK)



artículos científicos

BIBLIOGRAFÍA

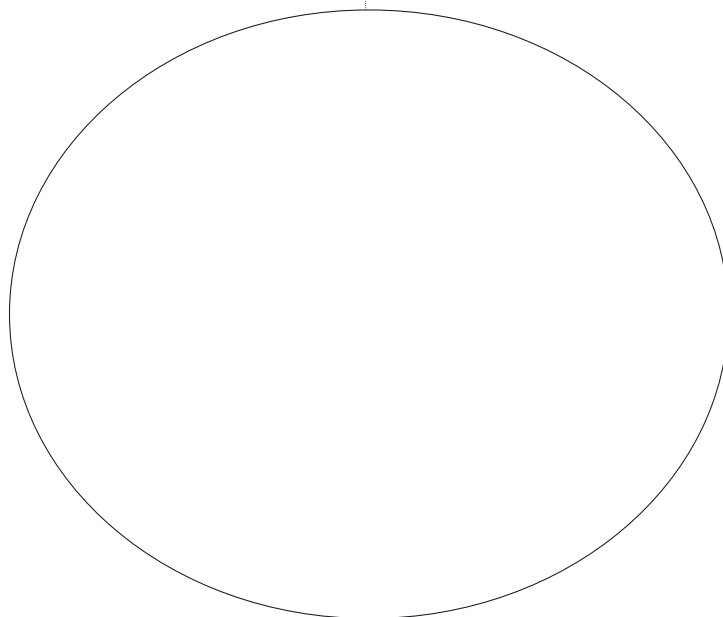
- 1.** Rey Terron L, Hernandez Martinez G, Diaz Cambriles T. Insuficiencia respiratoria aguda. Manual de diagnóstico y terapéutica medica. Hospital 12 de Octubre. 5ª ed, 2003: 290-296.
- 2.** Donado Uña JR, Perez Vela JL, Orche Galindo S. Insuficiencia respiratoria aguda. Manual de diagnóstico y terapéutica medica. Hospital 12 de Octubre. 4ª ed, 2000: 233-242.
- 3.** Nieto Barbero MA, Diaz Simon R, Gascon Pinto F. Insuficiencia Respiratoria crónica. Manual de diagnóstico y terapéutica medica. Hospital 12 de Octubre. 4ª ed, 2000: 243-249.
- 4.** P. L. Rubio Núñez y M. Pérez Sánchez. Insuficiencia respiratoria. JANO. 2003; 65 (1489): 72-78.
- 5.** Martin Vicente MJ, Rubio Gonzalez M. Tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica domiciliaria: dispositivos utilizados. V Congreso de la SEMFYC 2001.
- 6.** M. L. Iglesias Lepine, J. Gutierrez Cebollada, M. J. Lopez Casanova y E. Skaf Peters. Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona. Emergencias 2000; 12: 151-152.
- 7.** Candela MD, Fernandez C, Del Rio F, Jiménez de Diego. Factores asociados y validez de la pulsioximetría frente a la PaO2 basal en pacientes con patrón respiratorio ineficaz en sala de urgencias de agudos.
- 8.** J.C. Rodríguez-Yanez, I. Diaz-Torres, M. T. Esquinas, P. L. Quiros, C. Ramon, I. Romero. Trastornos de los electrolitos y del equilibrio acido-base. En: Luis. M. Torres Morera, editor. Tratado de Cuidados Críticos y Emergencias. Tomo I. Ed, Aran Editores, S. L. 2001: 997-1011.
- 9.** J. M. Calderon de la Barca Gazquez, L. Jiménez Murillo y M. Durán Serantes. Gasometría arterial y pulsioximetría. En: Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3ª ed. 2004: 58-63.
- 10.** J. M. Calderon de la Barca Gázquez, L. Jiménez Murillo, L. López Miranda y J.M. Gonzalez Barranco. Alteraciones del equilibrio acidobasico. En: Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. 2004: 474-478.



AUTORES

J. Hervás Martín
Diplomado en Enfermería.
Hospital Universitario Dr. Peset.

E.J. Escalera Aznar
Supervisor de Enfermería.
Hospital Universitario Dr. Peset.



Revisión de enfermería: Principios y prácticas ante la hemorragia digestiva alta

LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS GRAVES DEL APARATO DIGESTIVO Y UN FRECUENTE MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN. LAS DOS CAUSAS MÁS HABITUALES SON LA OCASIONADA POR ÚLCERA PÉPTICA Y LA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTAL. A PESAR DE LOS AVANCES TERAPÉUTICOS ACTUALES, LA MORTALIDAD DE LOS EPISODIOS AGUDOS SIGUE SIENDO CONSIDERABLE (4-10% EN LA HEMORRAGIA NO RELACIONADA CON HIPERTENSIÓN PORTAL Y DEL 18-30% EN LA HEMORRAGIA VARICOSA), PUDIENDO LLEGAR AL 70% EN LAS PRIMERAS HORAS DEL EPISODIO AGUDO. SU INCIDENCIA VARÍA DE 50-150 PACIENTES POR 100.000 HABITANTES/AÑO. ES MÁS FRECUENTE EN EL SEXO MASCULINO (2:1) Y EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 50 Y 60 AÑOS.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia digestiva alta (HDA), endoscopia digestiva alta, enfermería.

La finalidad primordial del presente artículo es presentar un estudio sistematizado de una emergencia medicoquirúrgica tan trascendental como lo es la Hemorragia digestiva alta. Importancia suscitada por su elevada mortalidad pese a los avances terapéuticos de los últimos años.

DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES

La hemorragia digestiva alta (HDA) podría definirse como toda pérdida de sangre originada en el tracto digestivo superior, entre la región faringoesofágica y el ángulo de Treitz,

incluyendo en este concepto también las originadas por órganos vecinos, que drenan su sangrado a esta parte del tubo digestivo, por orificios naturales (p. ejem. el árbol biliar o conductos pancreáticos), o por orificios patológicos (p. ejem. fístulas aortodigestivas). Dependiendo de la intensidad de la hemorragia y/o rapidez del tránsito, algunos pacientes pueden cursar con hematemesis (vómito de sangre roja o en poso de café), melenas (deposición de sangre oxidada en su paso a lo largo del intestino delgado y colon de color negro, brillante y adherente) o en

artículos científicos

menor frecuencia, rectorragia (expulsión de sangre roja por el ano). Asimismo, otro grupo de pacientes con pérdidas importantes de sangre por una HDA, se manifestarán inicialmente por un cuadro de mareos, debilidad general, hipotensión e incluso shock, sin evidenciar hematemesis, melenas o rectorragias.

La HDA que acostumbra ser más grave desde el punto de vista hemodinámico, suele ser la que se manifiesta con hematemesis franca, o con rectorragia.

Esta patología constituye uno de los cuadros urgentes más frecuente en todos los países occidentales, situándose su incidencia entre 50 y 150 casos anuales por 100.000 habitantes. Por otra parte, su trascendencia se agranda por el hecho de la alta mortalidad, que, a pesar de todos los avances diagnósticos y terapéuticos, sigue estando en una horquilla entre el 5 y 10% de los casos.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Una minuciosa historia clínica y una concienzuda exploración física son fundamentales para alcanzar el diagnóstico etiológico, y, por otra, evaluar la situación hemodinámica e instaurar las primeras medidas terapéuticas ante un paciente con HDA. Para ello es trascendental conocer las características del sangrado (sangre fresca o antigua, aparición del vómito con sangre como primera o única manifestación o tras arcadas repetidas...), así como la historia digestiva reciente y pasada, y la existencia de otras enfermedades asociadas, o antecedentes de cirugía digestiva o vascular abdominal, o de terapéutica endoscópica. La ingesta reciente de alcohol y/o medicamentos, sobre todo AINES, anticoagulantes o antiagregantes, es otro factor importante a tener en cuenta. La exploración física debe ser metódica, evaluando la situación hemodinámica por medio de TA, FC, cambios posturales, y circulación periférica (color y temperatura de la piel). Dentro del examen físico general y segmentario debe buscarse signos de daño hepático crónico, masas abdominales y signos de anemia. Es imprescindible una exploración abdominal y anorrectal escrupulosas. A todo paciente con HDA se le debe solicitar un hemograma completo, electrolitos, urea, creatinina, estudio de coagulación y sangre cruzada para eventual transfusión. Además, es conveniente efectuar un electrocardiograma. La gran mayoría de casos de HDA van a ser secundarias a un número muy concreto de lesiones pese a que existen muy diferentes procesos. A continuación enumeramos las que con mayor frecuencia se observan:

Úlcera Péptica, Gástrica o Duodenal.

Varices Esofagogástricas.

Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica (LAMG).

Tumores.

Desgarros de Mallory-Weiss.

Úlcera Péptica.

Patología de origen multifactorial que se caracteriza por la lesión localizada y en general solitaria de la mucosa del estómago o del duodeno y que se extiende como mínimo, hasta la muscularis mucosae. Responsable de entre el 40 y el 50% de todas las HDA. La incidencia en torno a su localización varía de unas áreas de población a otras. La ausencia de síntomas no debe hacernos descartar nunca esta etiología dado que muchas úlceras sangrantes no son diagnosticadas previamente al accidente hemorrágico. Los factores agresivos que pueden comprometer la resistencia de la barrera mucosa más comúnmente identificados son la infección por *Helicobacter Pylori* y la ingesta de AINES. Ésta última documentada en el 20-50% de los casos de HDA secundarias a úlcera péptica. La existencia de malignidad, el hábito tabáquico y el enolismo son otros factores a tener en cuenta.



Imagen 1

Imagen endoscópica de una úlcera gástrica de gran tamaño con fondo con fibrina, sin estigmas de sangrado.

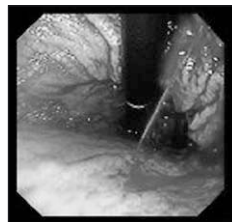


Imagen 2

Imagen endoscópica de una úlcera gástrica que, en el momento de la endoscopia, presenta sangrado en jet.

Varices Esofagogástricas.

La existencia de hipertensión portal promueve la apertura de vasos que comunican el sistema porta con las venas cava superior e inferior. Esta circulación colateral da lugar a varices esofagogástricas, principal complicación dada su gravedad. La HDA secundaria a la rotura de varices esofagogástricas, causa de muerte más común en los pacientes cirróticos, tiene una tasa de mortalidad del 30% dentro de los treinta días siguientes al primer accidente hemorrágico en muchas de las series. La incidencia de hemorragias varicosas se sitúa entre el 10% y el 22%. Las diferentes morbilidad y mortalidad de las HDA varicosas y las no varicosas, hacen que su manejo se estudie de forma separada en todos los libros y tratados de la especialidad, como también haremos nosotros.



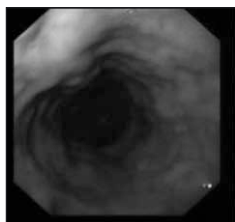


Imagen 3

Imagen endoscópica de varices esofágicas.



Imagen 4

Imagen endoscópica de ligadura con bandas elásticas de varices esofágicas.

Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica (LAMG). Este término engloba una serie de lesiones superficiales y agudas del estómago que habitualmente, pero no en todos los casos, producen HDA. Algunos autores hablan de gastritis hemorrágico-erosiva para referirse a este grupo lesional. Las LAMG, en el mayor número de casos son secundarias al estrés o al consumo de AINES. Este tipo de lesiones agudas pueden verse también en la mucosa duodenal y esofágica, esta última habitualmente secundaria a vómitos reiterados.

Tumores. Un frecuente motivo de HDA son los tumores del tracto digestivo superior, tanto benignos como malignos. A diferencia de lo que pueda pensarse suelen ser más graves las hemorragias producidas por los tumores benignos submucosos ulcerados, que requieren en diversas situaciones cirugía urgente, que los tumores malignos.



Imagen 5

Imagen endoscópica de tumor maligno de esófago (adenocarcinoma). A la izqda. de la imagen se observa la colocación del kit introductor de una prótesis autoexpandible.

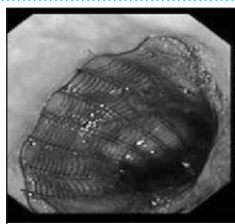


Imagen 6

Imagen endoscópica de la prótesis de esófago ya colocada.

Síndrome de Mallory-Weiss.

Término que comprende los desgarros longitudinales de la región de la unión esofagogástrica, en general hacia la cara posterior, que aparecen en un paciente con crisis de vómitos. En un principio esta expresión se creó para incluir los desgarros en pacientes

alcohólicos que se provocaban el vómito para continuar bebiendo. Por extensión, hoy se habla de síndrome de Mallory-Weiss siempre que una HDA es causada por desgarros, secundarios al vómito, de la unión esofagogástrica, independientemente de si el paciente es o no bebedor. Es una causa frecuente de HDA, entre un 2 y un 7% según las diferentes series, y tiene una mortalidad cercana al 5%. Endoscópicamente se localizan en la unión esofagogástrica, o en un margen de 2 cm por encima o por debajo de la misma. Suelen ser lesiones de tipo longitudinal, más o menos profundas, y en ocasiones presentan un coágulo centinela.

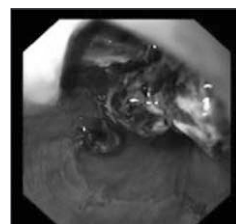


Imagen 7

Imagen endoscópica de síndrome de Mallory-Weiss. Observamos el cambio de mucosa (Línea Z) de mucosa esofágica a mucosa gástrica y un desgarro longitudinal con coágulo centinela a ese nivel.

Otras causas de HDA.

Existen muchas más causas etiológicas de las HDA, menos frecuentes que las comentadas anteriormente, pero indudablemente a tener en cuenta por su potencial peligrosidad para la vida de los pacientes. En este apartado nos encontramos la esofagitis por reflujo, responsable de hasta el 3% de los casos, las malformaciones vasculares, tanto congénitas como adquiridas, entre las que merecen especial mención la enfermedad de Rendu-Osler, la enfermedad de Dieulafoy, responsable de hasta el 2% de los casos, y las ectasias vasculares gastroduodenales, asociadas o no a la hipertensión portal. También deben ser incluidas las HDA secundarias a procedimientos endoscópicos previos, como polipectomía, esfinterotomía..., e incluso toma de biopsias en paciente con coagulopatía.



Imagen 8

Imagen endoscópica de lesión angiodisplásica sangrando activamente.



Imagen 9

Imagen endoscópica mismo paciente anterior tras fulguración con argón.

artículos científicos

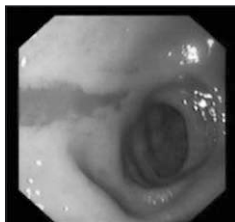


Imagen 10

Imagen endoscópica de una lesión de Dieulafoy de un sangrado babeante activo.

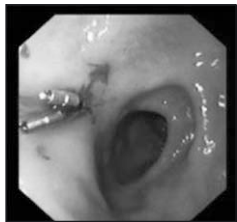


Imagen 11

Imagen endoscópica mismo paciente anterior tras colocación de clips hemostáticos.

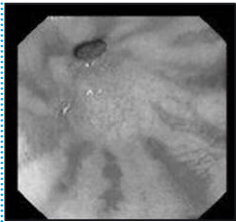


Imagen 12

Imagen endoscópica de antro gástrico con lesiones compatibles con estómago en sandía (Watermelon stomach).

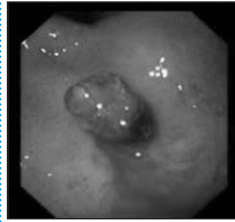


Imagen 13

Imagen endoscópica de un pólipo semipediculado en antro gástrico.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Endoscopia Digestiva Alta. El desarrollo y la amplia difusión de la endoscopia han hecho de ésta la piedra angular y el avance más importante de los últimos años en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva. Esta técnica ha demostrado su elevado valor para identificar la lesión responsable de la hemorragia, establecer el pronóstico y aplicar un tratamiento hemostático si estuviese indicado.

En función de los medios propios, la realización de ésta de forma precoz, una vez lograda la estabilización hemodinámica, ofrece importantes ventajas: 1) nos permite detectar aquellos pacientes con lesiones de bajo riesgo y que pueden ser dados de alta precozmente; 2) en pacientes con lesiones de alto riesgo se podrá aplicar un tratamiento hemostático, lo que disminuye la recidiva, la cirugía y la mortalidad, y 3) tiene un efecto positivo sobre el coste de la asistencia, evitando ingresos innecesarios y acortando la estancia de aquellos con lesiones de alto riesgo.

De forma ideal, la endoscopia precoz sería aquella realizada dentro de las 6 horas siguientes al ingreso. En determinadas circunstancias debe valorarse el posible riesgo que supone realizar la endoscopia, como en el infarto agudo de miocardio reciente, la insuficiencia respiratoria grave y la cirugía reciente a la que se haya sometido el paciente.

En un alto número de casos en los que se practica endoscopia de urgencia no se eviden-

TABLA I. PRINCIPALES CAUSAS DE HDA E INCIDENCIA

Úlcera Duodenal	20-30%
Úlcera Gástrica	15-25%
Varices Esofagogástricas	10-20%
Lesiones Agudas de la Mucosa Gástrica	12-18%
Síndrome de Mallory-Weiss	2-7%
Esofagitis por Reflujo	1-3%
Otras Lesiones	8-12%

Principales causas de HDA e incidencia

cia sangrado de la lesión responsable. Ello nos hace servirnos de unos criterios endoscópicos para el diagnóstico etiológico de las HDA. Años atrás ya se consideraba a una lesión responsable de una HDA en cualquiera de los 3 supuestos siguientes:

a.- Lesiones con hemorragia activa durante la endoscopia.

b.- Lesiones con signos de sangrado reciente.

c.- Lesiones únicas potencialmente sangrantes.

Uno de los primeros trabajos que se publicaron en este sentido estaba firmado por Forrest et al., por lo que la costumbre ha hecho que se conozcan como "Tipos de Forrest" a los criterios anteriormente señalados.

Estos criterios son de utilidad para la correcta descripción de las lesiones, aspecto de vital importancia por su capacidad para condicionar el pronóstico y tratamiento del paciente. En la siguiente tabla observamos los Tipos de Forrest en las úlceras pépticas, y su influencia en el pronóstico de una HDA.

TABLA II. TIPOS DE FORREST EN ÚLCERAS PEPTICAS, RIESGO TEÓRICO DE RESANGRADO

FORREST	HALLAZGO ENDOSCÓPICO	RECIDIVA HEMORRÁGICA
Hemorragia activa		
Ia	Hemorragia en chorro	55%
Ib	Hemorragia babeante	
Hemorragia reciente		
IIa	Vaso visible fresco no sangrante	43%
IIb	Coágulo adherido	22%
IIc	Hematina	7%

Arteriografía.

La arteriografía selectiva del tronco celíaco permite observar extravasaciones de contraste que localizan el punto sangrante cuando la hemorragia está activa en el momento de la exploración. Con una baja incidencia de complicaciones y una tasa de diagnósticos positivos del 50%, su principal indicación la constituyen los casos en los que la endoscopia no ha podido establecer el diagnóstico, o cuando se plantea esta técnica con un fin diagnóstico y terapéutico.

Radiología gastroduodenal con contraste baritado. De escaso rendimiento, ha caído en desuso para esta indicación y en la actualidad la única aplicación de esta exploración radica en los casos en los que existe una contraindicación absoluta para la práctica de la endoscopia.

Otras técnicas de imagen. En todo paciente sangrante en el que la endoscopia no es diagnóstica debería realizarse ecografía y/o TAC abdominal para descartar la presencia de posibles lesiones pancreáticas, como pseudoaneurismas o pseudoquistes,

que pudieran condicionar un cuadro de wirsunrragia o para descartar fístula aorto-duodenal espontánea desde aneurisma aórtico roto. En caso de bypass aortofemoral, se debe descartar también fístula aorto-entérica aunque generalmente el orificio fistuloso está por debajo del Treitz. Laparotomía exploradora. En situaciones de hemorragia persistente, o recidivante, grave, en que las técnicas anteriormente citadas no permitan establecer el origen de la hemorragia, se considerará la posibilidad de realizar una laparotomía exploradora, sobre todo cuando la HDA no es debida a varices esofagógicas. Dada la posibilidad de necesidad de endoscopia peroperatoria en caso de realizar laparotomía exploradora, es importante la presencia del endoscopista en quirófano.

TRATAMIENTO

El punto inicial en el tratamiento de todos los pacientes con HDA es la estabilización hemodinámica, las maniobras de reanimación son prioritarias, y el diagnóstico etiológico pasa a un segundo plano.

TABLA III. ESTADO HEMODINÁMICO

ESTADO HEMODINÁMICO (Signos vitales)	PÉRDIDA SANGUÍNEA (%) Porcentaje volumen intravascular	SEVERIDAD DEL SANGRADO
Shock (hipotensión sin ortostatismo)	20 - 25	Masiva
Postural (taquicardia e hipotensión ortostática)	10 - 20	Moderada
Normal	< 10	Leve

En condiciones de compromiso hemodinámico, la reposición de la volemia debe hacerse con controles hemodinámicos, que nos permitan situar la TA por encima de 100 mmHg, la FC alrededor de 100 latidos/m, y la PVC entre 5-12 cc de agua. Con ello, la diuresis se mantendrá por encima de los 25-30 ml/h, y la perfusión periférica será buena. Será preciso la monitorización de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y saturación de oxígeno. Es prudente disponer de dos vías periféricas (una será central en caso de compromiso hemodinámico) por donde se le pasará volumen en forma de suero fisi-

ológico, expansores del plasma y/o hemoderivados. La reposición de líquidos, cualitativa y cuantitativamente, estará en función de la situación hemodinámica de cada caso y de la respuesta inicial. En general, en casos de inestabilidad hemodinámica se pasarán 500 ml. de un expansor en un tiempo de media a una hora, seguida por la administración rápida de suero fisiológico. El ritmo de la infusión puede acelerarse, en caso de shock. Se valorará posible transfusión al paciente cuando la pérdida sanguínea sea del 30% de la volemia, o cuando el hematocrito sea inferior a 25%, o la Hb a 8 g./ dl.

TABLA IV. MEDIDAS GENERALES EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Actuaciones iniciales
Catéteres venosos: 1-2 vías periféricas gruesas
Reserva de concentrados de hematies
Análisis con pruebas de coagulación
Sonda nasogástrica
Reposición de la volemia
En hemorragia grave, valorar oxigenoterapia, vía central, sonda vesical, intubación traqueal o necesidad de ingreso en unidad de cuidados intensivos
Transfusión
Valorar transfusión de concentrados de hematies con:
Hematocrito < 25%
Hb < 8 g/dl
Valorar transfusión de plasma fresco en caso de politransfusión
Control de constantes vitales
Alimentación: Aconsejable ayuno o dieta líquida durante las primeras 24 h



artículos científicos

TABLA V. MODALIDADES DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN LAS HDA

MEDIDAS TÓPICAS	MEDIDAS MECÁNICAS	MEDIDAS TÉRMICAS SIN CONTACTO	MEDIDAS TÉRMICAS CON CONTACTO	MEDIDAS TÉRMICAS	INYECCIÓN DE SUSTANCIAS
Tejidos Adhesivos Colágeno	Clips	Láser	Electrocoagulación	Sonda Calorífica	Salina Hipertónica Adrenalina
Factores de Coagulación Tamponada Ferromagnética	Bandas Elásticas Suturas	Gas Argón	Monopolar Electrohidrotérmica Bipolar / Multipolar		Alcohol Esclerosantes Agua Destilada Adhesivos

Tratamiento específico de las HDA no varicosas.

Como hemos comentado anteriormente, el diagnóstico endoscópico clasifica a las HDA en dos grandes grupos: HDA no varicosa y HDA varicosa. Grupos que tienen un manejo farmacológico, endoscópico y quirúrgico diferentes. (Véase algoritmo anexo al final del presente documento). Pese a que todas las lesiones no varicosas son subsidiarias de TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO, la

práctica de ésta debe ser siempre muy meditada. Las diferentes posibilidades pronósticas extraídas de distintas variables como; edad (< ó > 60 años), el estado circulatorio (taquicardia, hipotensión, shock), enfermedades asociadas (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, cirrosis hepática, neoplasia...), diagnóstico endoscópico y signos de hemorragia reciente (sangre fresca, coágulo...) guiarán a la hora de hacer una selección de pacientes para terapéutica

TABLA VI. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS MEDIDAS HEMOSTÁTICAS MÁS USADAS

Medida Terapéutica	Ventajas e Inconvenientes
Inyecciones de Sustancias	Muy eficaz (HDA varicosas y no varicosas). Fácil. Económica.
Electrocoagulación Monopolar	Eficaz (HDA no varicosas). Severo daño tisular. Fácil. Económica.
Electrocoagulación Bi/Multipolar	Eficaz (HDA no varicosas). Poco daño tisular. Fácil. Costes medianos.
Sonda de Calor	Eficaz (HDA no varicosas). Poco daño tisular. Fácil. Costes medianos.
Nd: YAG Láser	Eficaz (HDA no varicosas). Severo daño tisular. Difícil. Cara. Transporte difícil.
Bandas Elásticas	Muy eficaz (HDA varicosas y algunas no varicosas). Dificultad mediana en urgencia varicosa. Económica.
Gas Argón	Muy eficaz (HDA no varicosas). Fácil. Económica.

Con esos condicionantes que hemos citado, las indicaciones para realizar terapéutica endoscópica las resumimos de la siguiente manera:

- Úlcera péptica con:
- Hemorragia activa
- Vaso visible no sangrante
- Coágulo adherido

En presencia de estos signos de hemorragia reciente, puede aplicarse tratamiento endoscópico a: úlcera esofágica, esofagitis, Dieulafoy, Mallory-Weiss y angiodisplasia.

En cuanto a la técnica hemostática:

-Inyectar 5 a 20 ml. de adrenalina al 1/10.000 + 5-10 ml. de polidocanol al 1% (opcional)
Se pueden utilizar métodos térmicos o mecánicos (clips hemostáticos)

En lo que respecta a los controles endoscópicos:

-No es necesario control endoscópico rutinario de lesiones tratadas
-Sólo es necesario en caso de recidiva o para obtener biopsias (se deben realizar siempre en úlceras gástricas y esofágicas para descartar neoplasia)

Del TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO se podría apuntar que la inhibición intensa de la secre-

ción ácida gástrica mediante la administración de antagonistas de H₂, e inhibidores de la bomba de protones, según determinados estudios, podría tener un efecto beneficioso en determinados pacientes

En caso de fracasar el tratamiento médico y el endoscópico se debe indicar TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Las indicaciones para cirugía en las HDA no varicosas son las siguientes:

- Hemorragia masiva
- Hemorragia arterial activa que no se controla con el tratamiento endoscópico
- Fracaso del tratamiento endoscópico

Las técnicas quirúrgicas a destacar son:

- Úlcera gástrica; resección en <<cuña>> de la lesión o sutura simple. En algunos casos puede ser necesario realizar gastrectomía parcial más gastroenteranastomosis en Y de Roux.
- Neoplasia gástrica; gastrectomía parcial o total más reconstrucción en Y de Roux.
- Úlcera duodenal; sutura del ulcus. Si se realiza piloroplastia es necesario practicar una vagotomía troncular. Se puede ligar la arteria gastroduodenal.
- Angiodisplasia gástrica y lesión de Dieulafoy; sutura simple o resección en <<cuña>>.



Tratamiento específico.

Una vez estabilizado el paciente, los tres pilares fundamentales en los que se apoya el tratamiento específico son el tratamiento médico-farmacológico, el tratamiento endoscópico, y el tratamiento quirúrgico. Pilares condicionados tanto por la situación clínica del paciente como por los hallazgos endoscópicos.

Los hallazgos percibidos en el momento de la endoscopia de urgencia decidirán la inclusión de la HDA en uno de estos dos grupos; HDA varicosa o HDA no varicosa. Grupos que debemos diferenciar por su distinto pronóstico y manejo.

Generalidades del tratamiento endoscópico en las HDA. El objetivo fundamental del tratamiento endoscópico es conseguir la hemostasia y prevenir la recidiva. Para el tratamiento endoscópico de las HDA se han utilizado, con diferente resultado, un buen número de modalidades terapéuticas, que, según su modo de aplicación, se pueden agrupar en cuatro categorías: 1.- Medidas tóxicas; 2.- Medidas mecánicas; 3.- Medidas térmicas; 4.- Inyecciones de sustancias. En la Tabla V, se recogen los métodos más conocidos de cada medida, de las que a continuación analizaremos, brevemente, lo más significativo de cada una.

TABLA VII. FACTORES DE RIESGO EN LAS HDA NO VARICOSAS

Pacientes de edad avanzada

Necesidad de más de 6 unidades de sangre en 24 horas

Presencia de otra enfermedad grave acompañante

Lesiones tipo Forrest Ia

Úlceras agudas con vaso visible fresco (rojo)

Úlceras de la pared duodenal posterior

_ Medidas Tóxicas: Sustancias aplicadas sobre la lesión sangrante con fines hemostáticos. No han mostrado una eficacia real en la práctica clínica.

_ Medidas Mecánicas: Dentro de esta categoría, los dos métodos que realmente se han mostrado útiles son los clips y las bandas elásticas.

Los clips son un sistema hemostático particularmente útil cuando el sangrado proviene de una boquilla arterial y la mucosa perilesional es blanda y poco friable (lesiones agudas, úlceras pépticas, enfermedad de Dieulafoy, y algunos tumores submucosos). Aunque los clips actuales son fáciles de colocar, el porcentaje de migración, y, por ello, de posible resangrado, no es despreciable (véase imagen 11).

Las bandas elásticas son unas arandelas elásticas de gran difusión, sobre todo en el tratamiento de las HDA secundarias a varices y algunas secundarias a lesiones vasculares del tracto digestivo superior (véase imagen 4).

_ Medidas Térmicas: Métodos que utilizan el calor para producir sobre los tejidos; edema, muerte celular, coagulación proteica, retracción del colágeno

y contracción vascular, con el fin de conseguir la obliteración vascular deseada para el cese de la hemorragia, e impedir el resangrado.

Existen dos medios generadores de calor: a) mediante corriente alterna de alta frecuencia (electrocoagulación), aplicándolo luego por contacto instrumental con los tejidos; b) por la energía transmitida a distancia, tanto a través de un haz luminoso (foto coagulación con láser), como por la incandescencia de un gas (argón plasma ionizado), modalidades en las que no hay necesidad de contacto tisular (véase imagen 9).

_ Inyecciones de Sustancias. Las técnicas de inyección de sustancias (vasoconstrictoras, tromboflebógenas, o con poder esclerosante), es el método que cuenta con más seguidores, y hoy en día se emplean tanto para las varices sangrantes como para una gran variedad de lesiones no varicosas (úlceras, lesiones vasculares, tumores, enfermedad de Dieulafoy...).

En la Tabla VI, se resumen las ventajas e inconvenientes de las medidas hemostáticas más utilizadas.

artículos científicos

Tratamiento específico de las HDA varicosas.

En la hemorragia digestiva alta de origen varicoso (varices esofágicas y/o gástricas) se hace de forma habitual un tratamiento combinado, mediante la inyección de sustancias esclerosantes o ligadura con bandas elásticas y medidas farmacológicas. En caso de fracaso terapéutico se puede recurrir al taponamiento con balones (Sengstaken-Blakemore para las varices esofágicas y el de Linton para las varices gástricas), a la colocación de un TIPS y a la cirugía derivativa urgente.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la HDA secundaria a varices esofágicas, varices gástricas y/o la gastropatía de la hipertensión portal, son la somatostatina y sus análogos. Se suele comenzar con la administración en forma de bolo al inicio del tratamiento, para continuar con una pauta de infusión continua durante un máximo de cinco días. Otros fármacos utilizados son la vasopresina (hoy en desuso por lo efectos secundarios) y la terlipresina (también utilizada en el síndrome hepato-renal).

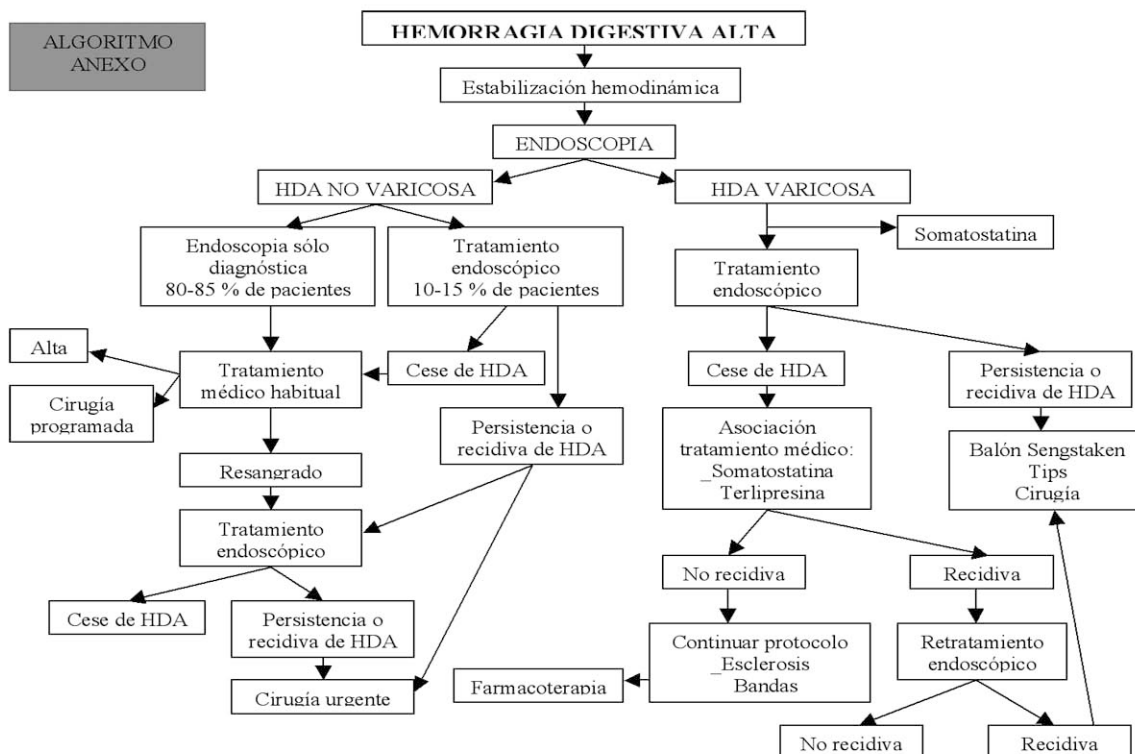
La esclerosis de varices (inyección de sustancias en la pared esofágica con el fin de conseguir una fibroesclerosis de los tejidos y/o la obliteración de las varices) es la medida terapéutica endoscópica más antigua. La ligadura con bandas elásticas ha adquirido un importante auge en los últimos años, llegando a desplazar a la esclerosis en algunos centros.

La esclerosis de varices consigue el cese del sangrado entre el 82-94% de los pacientes en el episodio agudo. Posteriormente, deben programarse una serie de sesiones (segunda sesión del 3º al 7º día, tercera sesión del 7º al 12º

día, y se continúa con sesiones separadas por un intervalo de 30 días) con el objeto de prevenir el resangrado. Las sustancias que se inyectan son variadas (morrurato sódico, alcohol absoluto, polidocanol, oleato de etanolamina...), siendo las más utilizadas el oleato de etanolamina como esclerosante intravaricoso y el polidocanol como esclerosante paravaricoso.

La ligadura de varices con bandas elásticas consigue detener el sangrado en el 80% de los pacientes, y se asocia a menos complicaciones que la esclerosis endoscópica, motivo por el cual su uso se está extendiendo, y de ser una técnica electiva para la erradicación de varices cuando el paciente estaba estable, se está utilizando también en el episodio de sangrado agudo por varices esofágicas, aunque en este caso, la existencia de sangre puede dificultar la colocación de las bandas. Una vez superado el episodio agudo también se programan sesiones de bandas para lograr la erradicación total de las varices esofágicas.

Cuando falla el tratamiento médico y endoscópico (10-20% de los pacientes) se debe recurrir a otras medidas. La colocación de balones gástricos y/o esofágicos con el objeto de comprimir la variz sangrante logra controlar el sangrado en un porcentaje elevado de los casos. La duración del taponamiento no debe ser superior a las 24 horas, siendo frecuente la recidiva hemorrágica una vez retirado el balón, por lo que, actualmente, este sistema se suele usar solo como un tratamiento intermedio para intentar estabilizar a un paciente para luego ponerle un TIPS y/o realizar una cirugía derivativa urgente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Iglesias, J. L.: De los Signos y Síntomas al Diagnóstico y Tratamiento en Patología Digestiva. Ed. Sociedad Española de Patología Digestiva, 2003.
2. Feldman, M., Sleisenger, M. H.: Gastrointestinal and Liver Disease. Ed. Saunders 7th Edition, 2003.
3. Feu, F., Brullet, E.. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Rev; Gastroenterol Hepatol 26 (2), 2003.
4. Bosch, J., Abraldes, J. G.: Current management of portal hipertensión. Rev; Journal of Hepatology 38, 2003.
5. Farreras Valentí, P., Rozman, C.: Medicina Interna. Ed. Harcourt Brace 13ª Edición, 1997.
6. Navarro-Beltrán, E.: Diccionario terminológico de ciencias médicas. Ed. Masson 13ª Edición, 1996.

Páginas web consultadas:

- *www.aeed.org/aeednews/aeedn02.htm
- *www.cirugest.com/revisiones/Cir12-09/12-09-01.htm
- *www.epes.es/publicaciones/protocolos/capitulo25.pdf25
- *www.enferurg.com/articulos/hda.htm
- *www.escuela.med.puc.cl/paginas/alumnos/Quinto/temasQuinto/cirugia/11.12fillipi.htm
- *sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_i/Cap_10-1-2_Hemorragia%20digestiva.htm
- *www.jarpyo.es/salud%20rural/sr01/Diagnostico1.pdf

