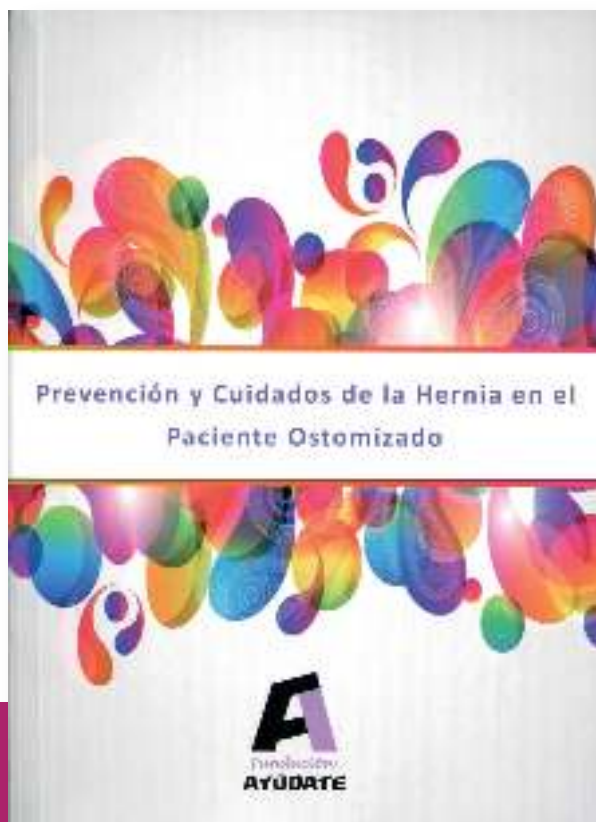




#### ENTREVISTA

- Teresa Girau Pellicer  
Infermera de Salut Mental, Artterapeuta i 'Boja per la Vida'

# Adquisiciones Biblioteca



VIOLENCIA DE GÉNERO  
**DENÚNCIALA**



Enfermería  
de la Comunidad  
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

**Teléfono 016**

# SUMARIO

## EDITORIAL

- 3/ Cremaets...
- 4/ Cremaets...

## ACTUALIDAD

- 5/ 'Desde la puerta del olvido'. Reseña del libro de poemas. El Colegio apuesta por la investigación enfermera a través de su Asesoría Científica. Información sobre protección de datos personales.

## ACTUALIDAD MATRONA

- 6/ La Bolsa o... la Vida!!!

## ASOCIACIÓN DE JUBILADOS

- 8/ Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios". Asamblea General ordinaria para jubilados. Festividad "San Juan de Dios"

## ARTÍCULO DE OPINIÓN

- 10/ Despilfarro de comida: una visión enfermera.

## IN MEMORIAM

- 11/ Amalia Amorós Guerrero. Carta de unos hijos a una madre fallecida.

## ENTREVISTA

- 12/ Teresa Girau Pellicer. Enfermera de Salut Mental, Artterapeuta i 'Boja per la Vida'. "És imprescindible apostar per un model de recuperació que done importància a la autoestima, a la esperança en el futur i a la realització d'un paper valuós en la societat".

## INFORMACIÓN SECRETARIA

- 16/ Convocatoria Asamblea General

## ENFERJURÍDICA

- 17/ Seguro Responsabilidad Civil. Reclamación cláusulas suelo.

## DOCENCIA Y FORMACIÓN

## CURSOS Y CONGRESOS

### ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

- 23/ Estructura factorial y confiabilidad de la versión en español del cuestionario *Quality of life measure for rheumatoid arthritis scale (QOL-RA)* en población colombiana.
- 28/ Cuidados de enfermería especializada a la mujer con una ingurgitación mamaria.
- 33/ Visibilizar a Enfermería y sus actividades.
- 39/ Implementación de una intervención educativa de enfermería en pacientes con trastornos funcionales digestivos.
- 44/ Identificación precoz por enfermería del trastorno espectro autista.
- 50/ Eficacia del cambio postural materno en la rotación de la cabeza fetal de occípito-posterior a occípito-anterior.
- 57/ Diagnóstico de los niveles de estrés y satisfacción laboral de los enfermeros del servicio de urgencias del Hospital de la Ribera.
- 63/ Predicción de la mortalidad de pacientes con neumonía comunitaria grave que precisan ingreso en la unidad de cuidados intensivos.
- 70/ Dolor postoperatorio en el paciente intervenido de cirugía ortopédica y traumatológica. Factores condicionantes.
- 77/ Estiramientos musculares como herramienta preventiva en patología muscular laboral. Trastornos musculoesqueléticos.

# SERVICIOS

## JUNTA DE GOBIERNO

**PRESIDENTE:** Juan José Tirado Darder  
**VICEPRESIDENTE:** Vicente Caballero Hervás  
**SECRETARIA:** Alicia Ten Gil (en funciones)  
**TESORERO:** Antonio Núñez Hernández  
**VOCAL I:** Jesús Juan Ribes Romero  
**VOCAL II:** Andrés Valero García  
**VOCAL III:** Laura Almudéver Campo  
**VOCAL IV:** María Isabel Castelló López  
**VOCAL V:** Julio Tomás Heredia Lloret  
**VOCAL VI:** Alicia Ten Gil  
**VOCAL VII:** Francisco Soto Hernández  
**PRESIDENTE DE HONOR:** Francisco Mulet Falcó

## EQUIPO DE REDACCIÓN

**DIRECTOR:** Juan José Tirado Darder  
**SUBDIRECTOR:** Jesús Juan Ribes Romero  
**COORDINADORA:** Laura Almudéver Campo

**PORTADA:** Juan José Tirado Darder  
**CONTRAPORTADA:** Juan José Tirado Darder

## EDITA

**Colegio Oficial de Enfermería de Valencia**  
Calle Polo y Peyrolón, nº 59 - 46021 (Valencia)  
Tel. 96 393 70 15 Fax 96 393 04 28  
e-mail: enfervalencia@enfervalencia.org  
IMPRIME: Temps Impresores  
ISSN: 0214-0128 Depósito Legal: V-2424-1985  
Revista indexada en la base de datos CUIDEN.



## HORARIO DE ATENCIÓN AL COLEGIADO

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO  
de lunes a jueves horario ininterrumpido de 9 a 19:15 h  
viernes: de 9 a 14 h  
DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE  
de lunes a viernes horario ininterrumpido de 9 a 14 h

## ASESORÍA JURÍDICA

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO  
martes y miércoles de 16 a 19 h  
DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE  
martes y miércoles de 10 a 13 h  
AGOSTO  
martes de 10 a 13 h

## ASESORÍA FISCAL

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO  
lunes de 16 a 19 h  
DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE  
lunes de 10 a 13 h

Servicio gratuito para los colegiados en asesoramiento jurídico-laboral y reclamaciones administrativas.

Asesoría fiscal.

Además reducción máxima de honorarios que permite el Colegio de Abogados de Valencia en procedimientos contenciosos privados. *Enfermería Integral* no se responsabiliza, ni comparte necesariamente las opiniones expresadas en sus páginas por parte de colaboradores o terceros.

## INFORMACIÓN GENERAL

### Publicaciones

Revista *Enfermería Integral* / Boletines Informativos

### Tablón de Anuncios

Funciona con carácter permanente en la sede colegial, insertándose información general de interés para los colegiados.

### Biblioteca

Se pueden retirar dos libros por colegiado/a, debiendo devolverlos en el plazo máximo de 15 días.

### Ayudas económicas

El colegio tiene establecidas Ayudas económicas por asistencia a Jornadas, Congresos, etc. Siempre que se presente Ponencia, Comunicación o Póster.

### Cursos

Además de los cursos de Postgrado el Colegio organiza otros cursos que son gratuitos: Técnicas de búsqueda de empleo, Formación continuada gratuita en las diferentes áreas de Salud, aulas del colegio, etc.

### Seguro de responsabilidad civil

Todos los colegiados tienen asegurada la responsabilidad civil derivada del ejercicio profesional, con una cobertura personal de 3.500.000 de Euros por siniestro y hasta un límite de 22.000.000 anuales por anualidad de seguro.

# Cremaets...



ENERO 2017: PARECE QUE YA TENEMOS BORRADOR DEFINITIVO DEL ANTEPROYECTO DE LA LEY DE EMPLEO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (BORRADOR DEL ANTEPROYECTO... ALGO QUE, DE ENTRADA, RESPIRA SUSPICACIA POR TODOS SUS POROS).

Y junto a la noticia, el estupor. Estupor al constatar que, una vez más, lo que se permite a otras profesiones se veta a la nuestra. El marco legal que nos acoge es el de las Profesiones Sanitarias; una profesión, la nuestra, titulada, regulada y colegiada, como bien queda definida en los artículos 2º y 7º de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Dicha ley ha de ser interpretada de acuerdo a la realidad académica actual desde la puesta en marcha de la Declaración de Bolonia en 1999 hasta la implantación total del Plan en las universidades españolas en el año 2010, que supuso el adiós a las licenciaturas y la bienvenida a los grados, másters y doctorados. La equiparación laboral ha pasado también a ser académica mediante el Real Decreto 967/2014 del 21 de noviembre de 2014, siendo asimismo ratificada por la resolución del Consejo de Ministros 12930 del 30 de octubre de 2015.

La anteriormente citada LOPS incluye en su articulado a los “profesionales sanitarios” y es ahí donde se puede comprobar la coexistencia entre los términos “profesiones” (entre las que se encuentran los enfermeros) y “profesionales”. Cuando de la profesión médica se trata, no caben las dudas: ellos parecen saber en todo momento qué son, qué hacen, etc... Y no es que nosotros, los enfermeros, no lo sepamos; nada de eso, pero el caso es que nos pasamos la vida justificando, interpretando y traduciendo textos para poder ejercer un derecho que, por ley, nos corresponde como profesión con plenas competencias técnicas y científicas, con las subsiguientes consecuencias que ello ocasiona. Como prueba, basta con echar una ojeada a los últimos pleitos y reclamaciones en los que enfermería se encuentra

inmersa en defensa de sus derechos al serle denegada, por ejemplo, la posibilidad de dirección de centros sanitarios según sean los intereses de la Administración, o el acceso a puestos con requisitos que, de hecho, poseemos pero que, de manera absolutamente retrógrada, son obviados por la misma en documentos obsoletos ya desde su promulgación, como el mencionado borrador del Anteproyecto de Ley de Empleo Público.

En ese texto, y sin asomo de pudor, puede verse en el Anexo III, por ejemplo, que en cuanto a las agrupaciones profesionales de los funcionarios y sus escalas en materia de sanidad, los requisitos para el subgrupo A1 son *Licenciaturas* en Medicina, Farmacia, Veterinaria, Química o Biología; reservando para Enfermería el subgrupo A2, con la desfasada categorización de *Diplomaturas*, ignorando las directrices de la declaración de Bolonia y la normativa de aplicación.

Consideramos que son gravemente vulnerados nuestros derechos constitucionales relacionados como principios rectores en el camino hacia el empleo público, tal y como dispone el artículo 55 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del empleado público, actual Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, donde se promulga el acceso al empleo público de acuerdo con los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad.

Alegar que esa situación trae causa sea a la ignorancia por parte de los responsables de la redacción de los textos no parece ni serio ni suficiente; el colectivo enfermero ha mostrado siempre su plena disposición a acabar con la separación entre el ideal y la acción, formando parte del proceso de estructuración y puesta al día de numero-

sas leyes y normativas a través de una participación comprometida que no teme ni el debate ni el conflicto, pero se centra en la adecuación y el ajuste a la realidad socio-laboral en la que nos encontramos inmersos. Cuando hablamos de buscar una solución definitiva para acabar con este tipo de agravios comparativos que de continuo padecemos estamos hablando, en realidad, de concertar leyes como la nombrada LOPS o la del Uso Racional del Medicamento, ciñéndonos a las líneas diseñadas en el Plan Bolonia.

Cuando, con aire resuelto y decidido, nos ofrecemos voluntariamente a formar parte del desarrollo del cambio estamos intentando hacer comprender que las cosas tienen arreglo, que es posible unir los extremos de algunas posturas con naturalidad, de una forma circular y lógica que consiga unir el poder de hacer algo con la necesidad de hacerlo. Solo así podremos sacudirnos de una buena vez esta sensación, de un simbolismo tan ramplón como humillante, de vernos reflejados en la fotografía de la portada, de sentirnos así, *cremaets...*



# Cremaets...



## GENER 2017: SEMBLA QUE JA TENIM ESBORRANY DEFINITIU DE L'AVANTPROJECTE DE LA LLEI D'Ocupació PÚBLICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA (ESBORRANY DE L'AVANTPROJECTE... ALGUNA COSA QUE, D'ENTRADA, RESPIRA SUSPICÀCIA PER TOTS ELS SEUS PORUS).

al costat de la notícia, l'estupor. Estupor en constatar que, una vegada més, el que es permet a altres professions es veta a la nostra. El marc legal que ens acull és el de les Professions Sanitàries; una professió, la nostra, titulada, regulada i col·legiada, com bé queda definida en els articles 2n i 7é de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS). Aquesta llei ha de ser interpretada d'acord a la realitat acadèmica actual des de l'engegada de la Declaració de Bolonya en 1999 fins a la implantació total del Pla a les universitats espanyoles l'any 2010, que va suposar l'adéu a les llicenciatures i la benvinguda als graus, màsters i doctorats. L'equiparació laboral ha passat també a ser acadèmica mitjançant el Reial decret 967/2014 del 21 de novembre de 2014, sent així mateix ratificada per la resolució del Consell de Ministres 12930 del 30 d'octubre de 2015. L'anteriorment citada LOPS inclou en el seu articulat als "professionals sanitaris" i és ací on es pot comprovar la coexistència entre els termes "professions" (entre les quals es troba els infermers) i "professionals". Quan de la professió mèdica es tracta, no caben els dubtes: ells semblen saber a tot moment què són, què fan, etc... I no és que nosaltres, els infermers, no ho sapiguem; res d'això, però el cas és que ens passem la vida justificant, interpretant i traduint textos per poder exercir un dret que, per llei, ens correspon com a professió amb plenes competències tècniques i científiques, amb les subsegüents conseqüències que això ocasiona. Com a prova, n'hi ha prou amb fer un cop d'ull als últims plets i reclamacions en els quals infermeria es troba immersa en defensa dels seus drets en ser-li denegada, per exemple, la

possibilitat d'adreça de centres sanitaris segons siguem els interessos de l'Administració, o l'accés a llocs amb requisits que, de fet, posseïm però que, de manera absolutament retrògrada, són obviats per la mateixa en documents obsolets ja des de la seua promulgació, com l'esmentat esborrany de l'Avantprojecte de Llei d'Ocupació Pública.

En aquest text, i sense asomo de pudor, pot veure's en l'Annex III, per exemple, que quant a les agrupacions professionals dels funcionaris i les seues escales en matèria de sanitat, els requisits per al subgrup A1 són **Llicenciatures** en Medicina, Farmàcia, Veterinària, Química o Biologia; reservant per a Infermeria el subgrup A2, amb la desfasada categorització de **Diplomatures**, ignorant les directrius de la declaració de Bolonya i la normativa d'aplicació.

Considerem que són greument vulnerats els nostres drets constitucionals relatats com a principis rectoris en el camí cap a l'ocupació pública, tal com disposa l'article 55 de la Llei 7/2007, de 12 d'abril, de l'Estatut Bàsic de l'empleat públic, actual Reial decret Legislatiu 5/2015, de 30 d'octubre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic, on es promulga l'accés a l'ocupació pública d'acord amb els principis constitucionals d'igualtat, mèrit i capacitat.

Al·legar que aquesta situació porta causa siga a la ignorància per part dels responsables de la redacció dels textos no sembla ni seriós ni suficient; el col·lectiu infermer ha mostrat sempre la seua plena disposició a acabar amb la separació entre l'ideal i l'acció, formant part del procés d'estructuració i posada al dia de nombroses lleis i normatives a través d'una participació compromesa que no tem ni el debat ni el conflicte, però

se centra en l'adequació i l'ajust a la realitat soci-laboral en la qual ens trobem immersos. Quan parlem de buscar una solució definitiva per acabar amb aquest tipus de greuges comparatius que de continu patim estem parlant, en realitat, de concertar lleis com la nomenada LOPS o la de l'Ús Racional del Medicament, cenyint-nos a les línies dissenyades en el Pla Bolonya.

Quan, amb aire resolt i decidit, ens oferim voluntàriament a formar part del desenvolupament del canvi estem intentant fer comprendre que les coses tenen solució, que és possible unir els extrems d'algunes postures amb naturalitat, d'una forma circular i lògica que aconseguix unir el poder de fer alguna cosa amb la necessitat de fer-la. Solament així podrem sacsejar-nos d'una vegada aquesta sensació, d'un simbolisme tan 'ramplón' com humillant, de veure'ns reflectits en la fotografia de la portada, de sentir-nos així, *cremaets*...



# 'Desde la puerta del olvido'



## RESEÑA DEL LIBRO DE POEMAS



El pasado 16 de febrero el Colegio de Enfermería de Valencia acogió la presentación del libro de poemas 'Desde la puerta del olvido', escrito por el enfermero Ángel García García-Muñoz.

Un libro con el que el autor pretende transmitir a cada lector un sentimiento o emoción cuando lo lean; versos escritos tan solo para él y para ese momento de intimidad.

Ángel García García-Muñoz nació en el año 1953 en Viso del Marqués (Ciudad Real), pero reside en Valencia. Doctor en Filosofía, Máster en

Bioética, y formado en diversas técnicas de terapias no convencionales, ha desarrollado su vida laboral en diversos puntos y ámbitos de este país. Otra de sus grandes pasiones es la escritura y muestra de ello es este libro de poemas que aquí presentamos.

## El Colegio apuesta por la investigación enfermera a través de su Asesoría Científica

En marzo de 2015 el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia puso en marcha el servicio de Asesoría Científica con el objetivo que los colegiados puedan solventar sus dudas sobre investigación.

A través de este recurso se procura dar apoyo a todos los enfermeros colegiados que tengan interés en realizar un trabajo científico de calidad en cualquiera de los campos de la profesión, desde proyectos de fin de máster o especialidad EIR, hasta la revisión de trabajos antes de su envío a congresos.

Desde la Asesoría Científica del Colegio, os animamos a que preguntéis cualquier duda que tengáis sobre investigación a través del correo:

**enfercientifica@enfervalencia.org.**

Como nos gusta decir: tú pones la motivación y las ideas, y la Asesoría Científica te ayuda a llevarlas a cabo.

## Información sobre protección de datos personales

Les informamos que los datos que poseemos de ustedes se encuentran recogidos en los ficheros del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia para la gestión del Colegio-Colegiado y el envío de nuestra revista e información sobre los acuerdos de colaboración del Colegio con otras entidades y deben de ser permanente actualizados para los cual nos ha de hacer llegar las modificaciones. Así mismo se incluirán en los listados del Grupo Profesional, salvo que nos manifieste su negativa.

Estos datos podrán ser cedidos al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana para el envío de su revista informativa

y entidades bancarias para el abono de los recibos, además de otras cesiones previstas en la Ley pudiendo cederse a Hospitales y Centros Sanitarios para comprobar el requisito obligatorio de colegiación y a las Administraciones Públicas que nos lo requirieran. Puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos referentes a su persona, incluidos en nuestra base de datos, dirigiendo solicitud firmada y por escrito ante el Responsable del fichero Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en la siguiente dirección: C/ Polo y Peyrolón, nº 59. CP 46021. Valencia.



Colegio Oficial de  
Enfermería de Valencia



# La Bolsa o... la Vida!!!

**D**e nuevo me encuentro sentada frente al ordenador para intentar resumir todas las cosas que han ocurrido en este corto periodo de tiempo. Pero ya sabemos que en nuestro colectivo no importa el tiempo que pase porque siempre estamos en alerta, al pie del cañón, a ver por dónde nos caerá la siguiente.

Bien, pues la más acuciante ha sido la apertura de la bolsa de especialistas. Clama al cielo lo que están haciendo desde los servicios centrales. No es de recibo que la bolsa no se actualice todos los meses y que las/os compañeras/os no puedan incluir sus méritos mensualmente.

Y con todo esto se dan situaciones tan graves como no poder contratar a matronas en un hospital como La Fe de Valencia porque no se puede hacer fuera de bolsa, eso implica deficiencias en la asistencia, acumulo de días para las compañeras, etc. Amén de todo lo que se debe en días acumulados del año pasado a muchas compañeras de otros hospitales.

Otra irregularidad detectada es que algunas compañeras, casualmente, nunca acceden a algunas plazas vacantes y siempre hacen bajas de menos de 3 meses, casualmente... por decir algo!!! Y ya el colmo, las matronas que hicieron su residencia fuera de España se les contabiliza como tiempo trabajado, que no sería inconveniente si no fuera porque a las formadas en España no les cuenta lo mismo, en fin, a esto se llama "agravio comparativo" e injusto, claro!

Y ¿dónde están los sindicatos? ¿Quién vigila la bolsa de trabajo? Sé la ansiedad que genera el estar pendiente, vigilante de estos temas, pues muchas vidas dependen de ello. Sí, vidas que están con incertidumbres, que no tienen una seguridad laboral, que no pueden planificar ni a corto ni a medio plazo, en definitiva, vidas pendientes de una bolsa de trabajo que ni funciona, ni es operativa ni cubre las demandas

existentes. Todas de una manera u otra nos hemos visto en la situación de estas/os compañeras/os, pero la gestión de la bolsa de trabajo funcionaba mucho mejor.

En otro orden de cosas y por cambiar un poco el tono de la indignación, paso a informaros de la oferta formativa para este trimestre:

## ABRIL - MAYO

### CURSO DE TÉCNICAS DE ANALGESIA OBSTÉTRICA

(30h). 1ª edición. Solicitada acreditación EVES. Días 18, 20, 25, 27 de abril de 16 a 20h; 2 y 4 de mayo de 16 a 20h, y 9 y 11 de mayo de 16 a 19h. Dirigido a: Matronas/ Enfermeras (EIR Matronas). Plazas limitadas. Precio 15€.

### XVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS (AEM).

*"El aquí y ahora de las matronas españolas"*.  
Málaga, del 25 al 27 de mayo 2017.  
Más información: [www.aesmatronas.com](http://www.aesmatronas.com)

## JORNADA

### "SALUD PERINEAL"

2ª edición. Hospital Dr. Peset.  
Día 5 de mayo de 2017.  
Más información: [jornadapeset2017@gmail.com](mailto:jornadapeset2017@gmail.com)

## JUNIO

### CURSO DE LACTANCIA MATERNA:

*"DESDE LA PRÁCTICA"*  
(20h). 2ª edición. Días: 6, 8, 13, 15 y 20, de 16 a 20h.  
Solicitada acreditación EVES. Dirigido a: Matronas/ Enfermeras Pediátricas/ Enfermeras (EIR Matronas). Plazas limitadas. Precio 10€.

### CURSO DE DUELO PERINATAL

(20h). 4ª edición. Solicitada acreditación EVES. Días: 5, 7, 12, 14 y 19, de 16 a 20h. Plazas limitadas. Dirigido a Matronas/ enfermeras (EIR matronas). Precio 10€.

Bueno espero que os guste y todas aquellas que no hayáis podido hacerlo en ediciones anteriores tengáis ahora la oportunidad. Quedo abierta a sugerencias para otras actividades que puedan realizarse desde nuestro colegio. Solo quiero recordaros que actualicéis vuestros datos para que os llegue toda la información correctamente vía mail, sms o podáis recibir la revista digital diariamente.

Desde aquí desearos suerte en todos los frentes, que no son pocos, que las matronas tenemos abiertos y que aún siendo consciente de la realidad, y de la necesidad de tener un trabajo que proporcione estabilidad, la vida es mucho más que eso, así que, ante la bolsa o la vida... siempre nos quedemos con la vida!!



NO PIERDA TIEMPO EN IR A TRÁFICO

**OFERTA ESPECIAL**  
PARA COLEGIADOS DEL COLEGIO  
OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA



**RENOVACIÓN  
PERMISO DE  
CONDUCCIÓN**  
**TASAS DE TRÁFICO INCLUIDAS  
+ GESTIÓN EN EL ACTO**  
**55 €**



Más de 30 años  
a su servicio

**OTROS  
CERTIFICADOS MÉDICOS**

Conductores, Armas,  
Seguridad,  
Titulaciones náuticas,  
Grúas, Pirotecnia, Deportes,  
Animales Peligrosos,  
Oposiciones, Matrículas,  
Certificados  
Ordinarios...

**DESCUENTO  
25%**

**Amplios Horarios**

De 9:00 a 13:30 H.  
De 16:00 a 19:30 H.  
SÁBADOS  
De 10:00 a 13:00 H.



COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

**CERTIFICADO MÉDICO  
PARA EL EXAMEN  
TEÓRICO DE  
CUALQUIER PERMISO  
DE CONDUCCIÓN  
+ 8 FOTOS GRATIS**

**25 €**

-Presentar el carnet de Colegiado/a  
-Oferta extensible a familiares  
(Oferta no acumulable con otras promociones)

| 963 623 278



CITA PREVIA EN NUESTRA WEB  
[www.ipmt.es](http://www.ipmt.es)

C/Gascó Oliag 8 . Piso 1º  
46010 VALENCIA  
(Situado frente Aulario / Facultad Fisioterapia)

CENTRO OFICIAL V-0007. Autorizado por la Jefatura Provincial de Tráfico

## ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA PARA JUBILADOS

# Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios"

Se convoca Asamblea General Ordinaria para el día 26 de abril de 2017, a las 11h horas en primera convocatoria y a las 11:30h horas en segunda convocatoria, con el siguiente orden del día:

- 1) Estado de cuentas, ingresos y gastos.
- 2) Actividades de la Asociación realizadas y futuras.
- 3) Aprobación de una subida del 10% de la cuota, 2€ al año, se pagaran en junio.
- 4) Aprobación de la incorporación de una nueva vocal de la junta, "Mª Luz Martínez Ons.
- 5) Ratificación de la junta actual: se presenta listado.
- 6) Ruegos y preguntas.

Se ruega el máximo de asistencia a la asamblea general.

### Otras actividades:

Se va a cambiar el whatsapp "senderismo" por "TAICHI & SEND". Estamos en el proceso de cambio, estoy observando que lo mismo introducimos nombres que se van borrando porque están en el otro, esto significa que alguien está perdiendo su tiempo para nada, quien no quiera estar que se salga, pero quien desee estar en este whatsapp solo tiene que no hacer nada, lo agradezco, porque como presidente tengo muchas cosas que hacer.



Si quieres mandar mensajes créalos tu y envía los que quieras, no reenvíes basura, respeta las religiones y la política en los grupos.

### IMPORTANTE:

Ruego por favor que no se reenvíe todo lo que nos llegue a cada uno de nosotros, porque se saturan los teléfonos y además todos estos mensajes que buscan cadenas diciendo que lo envíes son caza números de teléfono, cuando se envía a un grupo, el autor del mensaje recibe todos los números de teléfonos del grupo, cosa que vende luego a las telefonías o a empresas de publicidad.

Solo pido prudencia, si quieres mandar mensajes créalos tu y envía los que quieras, no reenvíes basura, respeta las religiones y la política en los grupos, es necesario respetar a los demás como nos gusta que lo hagan con nosotros.

Un saludo.

**Francisco Soto Hernández**

## FESTIVIDAD "San Juan de Dios"

El pasado día 5 de marzo, la Asociación de Jubilados de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios" celebró la festividad de nuestro santo Patrón.

Primeramente tuvo lugar una Santa Misa en honor de nuestro Santo Patrón San Juan de Dios a las 12:45h en la Parroquia María Auxiliadora de Salesianos, Avd. de la Plata

nº 10, Valencia. A las 14h en el Restaurante Rosiña, situado en la calle Font de Sant Lluís 72, frente a la iglesia, se ofreció un aperitivo en recepción y a continuación, una comida de hermandad para todos los jubilados asistentes.

Después del café comenzaron los actos de entrega de premios de fotografía "Amalia Amorós" y de literatura "Rodolfo Bordetas"; así como los Diplomas de honoríficos a los compañeros/as por el 50 aniversario

en el Colegio, y los nombramientos de Colegiados de Honor a los compañeros/as con una gran trayectoria profesional y méritos personales a lo largo de su vida laboral.

Como presidente de la Asociación de jubilados, deseo y agradezco la participación de los jubilados en este tipo de actos tan entrañables.

**Francisco Soto Hernández**



DESCUBRA NUESTRAS  
**COBERTURAS  
EXCLUSIVAS**

PENSADAS  
PARA USTED  
Y SU HOGAR

Hasta un

**25%<sup>\*</sup>**  
dto.

**en su Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10**

Síganos en     

MAS INFORMACIÓN EN EL



**COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA**

Calle Polo y Peyrolón, 59 Bajos, 46021 Valencia  
Tel. 96 393 70 15 · Fax 96 393 04 28  
enervalencia@enervalencia.org · www.enervalencia.org

**A.M.A. VALENCIA**

Pza. América, 6; esquina Avda. Navarro Reverter, 17  
Tel. 963 94 08 22 [valencia@amaseguros.com](mailto:valencia@amaseguros.com)

(\*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

# DESPILFARRO DE COMIDA: una visión enfermera

Cuando Álvaro Saiz Ruiz, presidente y fundador de G.B.G.E. (Galdakaoko Boluntarioen Gizarte Elkartea), inauguraba el 29 de abril de 2015 la primera Nevera Solidaria en la sede de la asociación, quizás no era consciente de la viralidad de su propuesta: once neveras funcionando a pleno rendimiento por los cuatro costados del país y dos más inminentemente.

¿El secreto? Una (aparente) sencillez y toda la fuerza de la razón y la ética en el planteamiento de la iniciativa, que consiste en la instalación de una nevera en plena calle, al alcance de cualquiera, en la que depositar los alimentos que no vamos a poder consumir y que otras personas podrán utilizar librándolos, así, de acabar en la basura.

Al decir “en plena calle” se hace referencia al hecho de su disponibilidad en cualquier momento, tanto para dejar como para coger lo que en la nevera se encuentra, por lo que la misma debe estar ligada a alguna entidad que responda por ella y se encargue de que las normas de funcionamiento sean cumplidas.

El propósito de la iniciativa entronca directamente con la lucha ante el desperdicio de alimentos que se promueve desde el movimiento #la comida no es basura.

Casi la mitad de los alimentos que se producen en todo el mundo no llegan ni siquiera a comercializarse; según un reciente estudio de la FAO unos 1300 millones de toneladas de comida acaban cada año en la basura. Una cifra esperpéntica.

Las consecuencias nocivas de ello no afectan solamente al inadecuado uso de bienes comunes como el agua y otros recursos naturales, sino que afecta también al clima, la contaminación y la biodiversidad del planeta. Paralelamente a la huella ecológica que supone el despilfarro de comida, no puede obviarse la injusticia social que supone para los millones de personas que sufren hambre y desnutrición en el mundo.

La existencia de la Nevera garantiza que pequeños comerciantes y particulares puedan depositar alimentos, ya sean frutas, verduras, envasados o comida cocinada y, al mismo tiempo, quien necesite de los mismos tenga alcance a ello con la mayor naturalidad, preservando en todo momento la dignidad de las personas. Porque ahí reside el núcleo duro de la



propuesta: la universalidad de la misma. Todos somos depositantes y usuarios al mismo tiempo. No se trata de caridad (para eso ya existen multitud de iniciativas) ni de ecologismo al margen de las personas; ni siquiera de hacer tambalear el consumismo atroz que nos rodea y soñar con que otro modelo de consumo responsable es posible, se trata más bien de una síntesis de lo que es necesario hacer por el planeta y lo que tantas personas, en estos momentos de crisis socio-económica, necesitan que se tenga en cuenta a la hora de impulsar medidas contra la pobreza.

Se trata también de entender la economía

desde una óptica colaborativa, fuera de las lógicas que el capitalismo ha acabado por imponer y que han desembocado en la estigmatización de la pobreza. Son muchos los prejuicios y estereotipos asociados al hecho de “ser pobre”, suspicacias ancladas en obsoletos y absurdos modelos teóricos que constituyen conclusiones socialmente aceptadas como ciertas y a las que se accede a través del tortuoso camino de las identidades de grupo, proporcionando el suelo a conceptos como cultura y subcultura. Porque lo que sí es cierto es que nadie viene al mundo con una visión de grupo preconcebida, eso es algo que se

aprende y por lo mismo, se puede llegar a desaprender.

La solidaridad, en sí misma, no implica un atropello a la dignidad de las personas, pero en el caso del acceso a la alimentación el terreno se torna resbaladizo. La desaparición de derechos sociales y el despojo al que sectores poblacionales, cada vez más amplios, se ven sometidos anticipan una vuelta a tristes épocas que pensábamos haber dejado atrás. Comedores sociales dirigidos por ciertas ONGs, asociaciones benéficas y filantrópicas, etc. constituyen la faceta más desnuda de un tipo de caridad que pisotea derechos, dignidad y autoestima al mismo tiempo. Un tipo de "solidaridad" desigual de vía única que no cuestiona lo que no funciona y se empeña en detener la hemorragia a base de tiritas.

Y sí, ya salió la enfermera que llevo dentro desde hace tantos años.

Cuando empecé mi primer trabajo en un gran hospital una de las cosas que más llamaron mi atención fue la descomunal cantidad de comida que, impuesta por

un estrambótico protocolo sanitario con normativas de los años 70 del pasado siglo, acababa diariamente en la basura. Diversos estudios a nivel internacional (uno de ellos, el llevado a cabo por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido) concluyen de forma unánime en que el 85% de los residuos sanitarios es muy similar a los residuos municipales ordinarios y solamente un 5% de ellos son infecciosos y potencialmente peligrosos.

Ninguna separación entre lo orgánico y lo inorgánico (por lo menos en la actualidad se dispone de tecnología para triturar y desecar los restos y fabricación de compost, pudiendo así hacer de un residuo un recurso) y enormes lagunas comunicativas entre quienes solicitan las dietas y quienes las reciben. Ninguna recogida del aceite usado para reconvertirlo en biocombustible. Ningún acuerdo con los proveedores para devolución de alimentos vencidos o en mal estado. Ninguna intención, en suma, de un cambio de rumbo en las prácticas a fin de conseguir centros hospitalarios un poco más verdes y saludables.

Pero ahí es donde, una vez más, las enfermeras debemos estar presentes a la hora de reconducir la transformación de unas instituciones que, en ocasiones, olvidan políticas promotoras de salud ambiental. El estudio y propuesta de prácticas sostenibles en términos medioambientales, además de económicamente sensatas, supone un reto al que no podemos dar la espalda.

Priorizar la salud ambiental y reducir la huella ecológica, con el aporte extra a la carga de morbilidad que lleva asociada, debería estar presente en todas y cada una de las tareas que llevamos a cabo a lo largo de nuestra jornada laboral.

Acciones concretas a pequeña escala pueden llegar a ser extremadamente potentes cuando juntamos esfuerzos.

¿Quizás sea ese uno de los ingredientes de la receta secreta de nuestra Nevera Solidaria?

**Fernanda Gadea,**  
miembro de G.B.G.E. y enfermera

## > IN MEMORIAM

# Amalia Amorós Guerrero

El pasado día 30 de enero del presente año, falleció Doña Amalia Amorós Guerrero, matrona, colegiada con el nº 423 desde 1950, y desde hace 8 años, Vicepresidenta de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia.

Ha colaborado hasta los últimos momentos en todas las actividades, buena compañera, mejor persona, extraordinaria profesional, todos los que tuvimos la suerte de conocerla, hemos sentido su pérdida.

Descansa en paz querida amiga, el día 5 de marzo a las 12:45h en la Santa Misa de San Juan a Dios, en la Parroquia María Auxiliadora de Salesianos de Valencia le dimos el último adiós.



## Carta de unos hijos a una madre fallecida

### Carta a nuestra madre

Tus tres hijos hemos sido afortunados porque nos has dado muchos años de tu vida. Hoy no estás con nosotros pero nos has dejado lo mejor de ti; los valores que te trasmitieron tus padres nos los fuiste inculcando desde pequeños: a ser buenas personas, honestas y honradas. A ser fuertes frente a las adversidades. Nos diste todas las herramientas para labrarnos nuestro futuro, y no dudaste en ningún momento cuando flaqueábamos en darnos toda tu fuerza. Nos enseñaste la libertad, y tu espíritu viajero caló muy hondo

en nosotros. Guerrero incansable como tu apellido. Amante de la lectura, la música, la pintura, con ansias de saber hasta tal punto que no dudaste en ir a la universidad cuando te jubilaste.

Nos diste todo tu amor y sabiduría y tus ojos tiernos azul grisáceo no dudaron en endurecerse cuando nos hacía falta una lección.

Tu fuerza y tu cariño nos guiaron y nos dieron alas para seguir nuestras vidas.

**Gracias MADRE**



## Teresa Girau Pellicer

Infermera de Salut Mental, Artterapeuta  
i 'Boja per la Vida'

Teresa no és una infermera qualsevol, és una enamorada i defensora de una Salut Mental digna i de qualitat, ni més ni menys que des de l'any 1980. La seua curiositat per les coses diferents, junt a la experiència familiar de visitar a una tia materna en l'antic manicomi de Jesús, van augmentar el seu interès per aquest àmbit. Una llarga trajectòria marcada per molts anys d'aprenentatge, il·lusió i lluita per posar en marxa aquest projecte de Rehabilitació a través de l'art, la creativitat i l'acció social.

Sens dubte, a través d'aquesta entrevista podreu conèixer a Teresa; una persona sense prejudicis que reivindica el dret a la bogeria i el respecte per les peculiaritats humanes. Destaca per la seua senzillesa i gran destresa per empatitzar amb els altres, però sobre tot, per entendre que amb la diversitat de cadascun dels éssers humans, és on es troba la riquesa de la vida.



**ÉS IMPRESCINDIBLE APOSTAR PER UN MODEL DE RECUPERACIÓ QUE DONE IMPORTÀNCIA A L'AUTOESTIMA, A L'ESPERANÇA EN EL FUTUR I A LA REALITZACIÓ D'UN PAPER VALUÓS EN LA SOCIETAT**

Ens trobem en Gandia, a la Casa de la Natura, una Alqueria construïda en la primera meitat del segle passat i que ara, cedida per l'Ajuntament, alberga el Centre de Teràpies Creatives per a la Recuperació i Promoció de la Salut Mental. Una experiència que coordina la infermera de Salut Mental Teresa Girau i que gestiona el "Col·lectiu Obertament", una associació formada per persones creatives amb malaltia mental.

### **On va estudiar Infermeria?**

En l'Escola d'ATS "Ntra. Sra. de l'Esperança", una escola, ja desapareguda, situada enfront del que ara és la facultat de Biologia. Entre els anys 1976-79.

### **En acabar els estudis, quin va ser el seu primer contracte laboral?**

Només acabar els estudis, en juny del 79 vaig tindre l'oportunitat d'anar de cooperant a treballar com a infermera, durant 3

mesos, a l'Hospital de Dogbó en l'antiga República Popular del Benín, a l'Àfrica de l'Oest. Allí va ser el primer aprenentatge de creativitat aplicada a la infermeria. Quan els recursos són tan extremadament reduïts

“

El Taller de Creativitat i Rehabilitació del Servei de Salut Mental és un projecte que va nèixer amb la idea de crear espais on persones amb una malaltia mental prengueren la paraula i a través de l'art pogueren ampliar i reforçar la identitat de cada ú o de cada una.

et veus obligada a estimular la imaginació. Però el meu primer contracte laboral va ser en maig de 1980 a l'Hospital Psiquiàtric Pare Jofre de Bétera, concretament al Servei d'alcoholisme i toxicomanies, que estava dirigit pel doctor Emilio Bogani, un dels psiquiatres pioners en l'atenció comunitària. Allí vaig tindre la sort de poder formar part de l'equip de professionals de "Casa Lanza", la primera Comunitat Terapèutica Professional per a toxicòmans a l'Estat Espanyol. Es tractava d'una masia rural, propietat de la Diputació de València, on ateníem a joves amb problemes d'addicció a les drogues, sobre tot a la heroïna. Amb ells i elles vaig compartir els primers anys de vida laboral i de immersió en el món de la salut mental.

#### Què va aprendre d'aquella experiència?

Vaig aprendre, bàsicament, l'essència del que faig servir ara: la importància del treball en equip, de saber mirar i escoltar sense judici, de saber esperar (perquè els processos en salut mental són de llarg recorregut) i el significat que té la creativitat com a potencial de salut, és a dir, treballar amb el valor dels propis recursos, i amb les parts més sanes de la persona.

#### En quin moment es va traslladar a treballar a Gandia?

L'any 1986 amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat es va dur a terme la Reforma Psiquiàtrica, que va suposar l'inici del procés de desinstitucionalització, així com la sectorització de l'assistència. Aprofitant eixa conjuntura ens van donar la possibilitat de traslladar-nos a altres centres de treball. Així, l'any 1987 me'n vinc a Gandia amb dos companys més: Alfredo Cortell, psiquiatra i la meua companya, Pau López Anquela. En aquell moment, el tancament dels

manicomis no estava acompanyat per la creació de nous recursos assistencials. Recorde la duresa del moment, de com les famílies acabaren suportant gran part del pes d'aquesta reforma i reclamant l'apertura de nous centres psiquiàtrics. Eren anys molt combatius perquè els professionals que havíem lluitat pel tancament dels antics models d'assistència i custòdia tradicional ens vam veure pressionats per una societat desinformada que no volia als pacients 'fora'. Quan l'ingrés en l'hospital psiquiàtric va ser restringit, en alguna comarca com la nostra plantejarem l'ingrés de pacients psiquiàtrics (de vegades molt joves) en residències geriàtriques com a única alternativa possible.



En la Unitat de Salut Mental l'atenció era bàsicament ambulatoria i en alguns casos domiciliària. Els pacients acudien al centre i els episodis aguts eren atesos a l'Hospital Psiquiàtric de Bétera, fins que van habilitar la 4ª planta de l'Hospital de Gandia.

#### Com va començar a organitzar tot el programa rehabilitador del 'Col·lectiu Obertament' a la Casa de la Natura?

Tot començà en gener de l'any 2000. La Diputació de València va convocar una sèrie d'ajudes per a projectes rehabilitadors. Presentarem un projecte de taller de creativitat, junt a una musicoterapeuta i ens ho varen concedir.

Al mateix temps, en algunes residències geriàtriques de la zona residien alguns dels nostres pacients i en la de Rafelcofer (a 4 km de Gandia) ingressaren algunes persones amb problemes greus de salut mental, arribant inclòs a superar al número de iaies.

La nostra història comença en aquest moment. Vam iniciar el Taller de Creativitat i Rehabilitació del Servei de Salut Mental. Es tractava d'un projecte d'animació i mobilització amb un grup de pacients psiquiàtrics que vivien en la residència de Rafelcofer.

La idea bàsica era crear espais on persones amb una malaltia mental prengueren la paraula i a través de l'art pogueren ampliar i reforçar la identitat de cada ú o de cada una. Ho férem en la Casa de la Cultura (on es fan les coses del poble), no en el centre de salut ni en el hospital comarcal.

Enfilarem aquest recorregut amb artistes com Beatriz Grifol (musicoterapeuta), Maria Colomer (ONG Payasos sin Fronteras), Amaya Barquín (escultora) i Salva Prefasi (Fotògraf). Amb aquest últim descobrim que la fotografia era una eina valuosa de comunicació i d'expressió. I amb ell organitzarem la 1ª exposició fotogràfica a la Casa de la Cultura de Gandia, fent visible allò invisible. El grup es mostrava públicament, desafiant l'estigma que amenaça a qui pateix una malaltia mental.

I eixa ha sigut la trajectòria: promoure una integració real, un rol social actiu mes enllà de la noció de malalt o malalta.

#### De qui depèn el personal que treballa en la Casa de la Natura?

En aquests moments es tracta d'un recurs mixte: per una part estem els professionals



de la Unitat de Salut Mental del departament de Gandia, apostant per aquest model de recuperació i per altra, són els professionals i artistes contractats per l'associació; i com associació reben ajudes per als programes d'integració. En l'actualitat, atenem una població de 60 persones, que acudeixen a la Casa de la Natura per a fer alguna de les activitats que oferim.

### Quan naix l'associació i amb quin objectiu?

L'associació naix en el 2005, impulsada per Salva Muñoz, que va ser el primer president que va tindre el Col·lectiu i que trobem a faltar des de que va morir l'any 2008. La seua il·lusió era formar una "associació de malalts feta per malalts per arrancar-li a la malaltia un trosset de malaltia." I el que fem en eixe moment la meua companya Pau Lopez i jo és ajudar a que naixca.

L'associació es concreta el 15 novembre del any 2005 al Registre Autòmic d'associacions i el primer que fan es donar-li cobertura legal a la edició i comercialització del llibre "Sentiments", un treball d'imatges i textos on els autors i autores reflexionen sobre la seua necessitat de ser valorats per la societat. En paraules d'Ana M<sup>a</sup> Paris, una de les fundadores del Col·lectiu: "voldríem que la discapacitat de la societat valorara les nostres capacitats...".

Ens adonàvem que quan es recuperaven de la crisi, de l'episodi agut, quedaven molt paralyzats, aïllats, amb dificultats per a relacionar-se, sense cap projecte de futur ni de vida; vivint única i exclusivament per a la malaltia i justificant el seu malestar per la malaltia. Tot centrat en la malaltia! Per això el treball de l'equip d'infermeria es va orientar cap a la promoció de la salut, de les capacitats dormides, de la recuperació d'aficions o estudis, en definitiva, ajudar a recuperar un projecte de vida.

### Quin tipus d'activitats es realitzen en el Projecte Obertament?

Dins d'aquest projecte hi ha tres dimensions:

- El Centre de teràpies creatives "TACTE". És un programa d'activitats en les que l'art i la creativitat actuen com un mig concret d'expressió i com un valuós agent de canvi terapèutic. En l'actualitat estem oferint tallers de fotografia, de creació tèxtil, creació plàstica, informàtica, pilates, creació musical, tallers de relaxació per a pacients amb trastorn d'ansietat, remesos des de l'hospital; i tallers d'artteràpia dirigits per estudiants en pràctiques del Màster d'Artteràpia de la UPV.
- L'altra dimensió és l'associació "Col·lectiu Obertament", formada per persones creatives amb problemes de SM que naix de l'experiència de la malaltia i de la neces-

sitat de fer visible la lluita pel reconeixement i pels drets humans de les persones que pateixen un trastorn mental.

D'altra banda, el col·lectiu, com a moviment associatiu organitza les seues pròpies activitats, lúdiques i d'acció social. Participa en manifestacions, en fòrums culturals, acadèmics i socials. En la elaboració de l'Estratègia Autònica de Salut Mental, la Conselleria, amb molt bon criteri, els va convidar a participar en un grup de treball com experts per aportar les seues reflexions i propostes. Hi ha una assemblea setmanal on es prenen decisions relacionades amb els seus objectius. Els membres són antics participants dels tallers que al finalitzar el procés terapèutic han decidit formar part d'aquest moviment.

- I per últim, una tercera dimensió és el Projecte Editorial "Obertament EditA". Es tracta d'una xicoteta empresa, els beneficis de la qual serveixen per a finançar les despeses del conjunt del projecte. A més, els autors i les autores són membres de l'associació i s'encarreguen de produir, gestionar i publicar el llibre-agenda anual, imaginat com una galeria d'art itinerant on exposar el potencial creatiu i la invitació a formar part d'un moviment reivindicatiu que lluita contra l'estigma i la exclusió social.

### Com és un dia normal del seu treball d'infermera?

En aquests moments la meua feina està dividida entre la consulta d'infermeria a la Unitat de Salut Mental, en les consultes externes de l'Hospital de Gandia, però la major part del temps l'ocupa la gestió i coordinació d'aquest Centre de Recuperació, un projecte engrescador, on puc realitzar la meua segona passió: l'artteràpia, una disciplina a la que ens acostàrem en els inicis dels tallers creatius de forma intuïtiva fins que fa uns anys, acudint al màster d'Artteràpia, vaig poder posar paraules al que estàvem fent. Ara és una valuosa eina en el meu treball infermer per a la recuperació psicossocial de la Salut Mental.

### Amb quins obstacles es troba en el dia a dia?

Amb la precarietat dels recursos humans. Necessitem que la Rehabilitació mental



He après la importància del treball en equip, de saber mirar i escoltar sense judicis, de saber esperar i el significat que té la creativitat com a potencial de salut.

forme part del sistema públic sanitari com ho està la Rehabilitació física. Caldria disposar de més personal i amb perfils més variats. En la història de la Salut Mental es un clàssic la importància de les activitats artístiques com un motor motivacional i en canvi ací, a diferència d'altres països, hi ha encara poca tradició d'incloure professionals de l'artteràpia o la musicoteràpia, artistes, professionals no directament relacionats amb la sanitat, però sí amb els processos que aporten salut.

### Què opina de la nul·la creació de places d'infermera especialista en Salut Mental?

Doncs que patim les conseqüències. És una pena que existint infermeres especialistes en Salut Mental no es creen places. Hi ha companyes que no els atrau treballar en estes unitats o no es senten capacitades i si els toca la plaça en SM és un inconvenient, perquè el treball no es fàcil; requereix una formació, un conèixer la malaltia mental, la situació, els transfons del patiment mental... per a poder ajudar i acompanyar. I per un altre costat tenim especialistes, que sí estan preparats, tenen interès i no estan ocupant

les places que podrien afavorir un treball més competent, professionals amb curiositat i interès per que la bogeria no siga sols un patiment, sinó que pugam ajudar a viure-la de la millor manera possible, sense culpabilitat.

### Quina opinió té de la Estratègia Autònoma de Salut Mental 2016-2020?

La mateixa que vaig expressar en la taula el dia de la seua presentació al Saló d'Actes del Hospital La Fe. Necessitem estratègies que aposten per incentivar canvis en la organització, en la pràctica i en els rols, tant dels professionals com dels i les usuàries i les seues famílies. Cal un model comunitari on la inclusió i els drets de les persones siga una prioritat.

Però sobre tot, és imprescindible apostar per un model de recuperació, un model que com molts usuaris reclamen sovint, done importància a l'autoestima, a l'esperança en el futur i a la realització d'un paper valuós en la societat.

En la intenció de la Estratègia està aquest paradigma però caldrà esperar per veure en que es concreta. De moment el que sabem és que no hi ha finançament i que

el que se'ns demana es una optimització dels recursos.

Però anem a esperar, tant de bo s'aconsegueixca el que proposa!

### Per últim, quins són els seus projectes de futur?

Respecte al treball, de moment continuar amb el que pugam.

El camí ens ho diu! Creguem que la incertesa forma part de la vida. Hem tingut que aprendre a gestionar eixa incertesa, saber que hui és hui, que enguany podem fer això, i l'any que ve ja vorem. Tenim el recolzament de l'equip de SM i de la direcció del departament, que fins ara han donat suport al projecte i tenim la confiança que continuen donant-lo. També comptem amb una xarxa afectiva i efectiva de unes 300 persones que són els socis col·laboradors i amb els que anem fent camí.

Però sobre tot el meu projecte de futur en tots els àmbits és el que venim fent a Obertament: reivindicar i contagiar el dret a la bogeria, a la bogeria d'estar lliure de patrons de normalitat, acceptar les rareses, tant les meues com les de la resta i continuar somiant un futur millor.



Colegio Oficial de  
Enfermería de Valencia

## DRA. OLTRAMOSCARDÓ

ODONTOLÓGICA DESDE 1985



*Por la importancia que tiene la salud dental en el deporte, hacemos la revisión GRATUITA a los oyentes de*

## Esportbase

94.5 FM Los Lunes de 21:30 a 23:00 H.

ESPECIALISTAS LÁSER DE BIDO Y EN EXTRACTIÓN SEGUIRA DE AMALGAMAS CON EL PROTOCOLO DE LA IADMT

# 10% EN TODOS LOS TRATAMIENTOS

\*Oferta válida para colegiadas y empleados.  
Más de 5 años de convenio con el **Colegio de Enfermería de Valencia**

Avda. Blasco Ibáñez 84. esc. 2. ptes 3 y 4  
Valencia 46021

Tel: 96 361 00 11

info@mariajoseoltra.com  
www.mariajoseoltra.com

# Convocatoria ASAMBLEA GENERAL

Conforme a lo previsto en los artículos 20 y siguientes de los Estatutos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en sesión celebrada el día veintisiete de febrero de dos mil diecisiete acuerda:

**“Convocar Asamblea General Ordinaria el día doce julio de dos mil diecisiete, a las diez treinta horas en primera convocatoria y a las once horas en segunda convocatoria, a celebrar en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, sito en la calle Polo y Peyrolón, cincuenta y nueve de Valencia, con el siguiente Orden del Día:**

**Primero:** Informe por parte del Sr. Presidente, sobre las gestiones realizadas durante el primer semestre de este año.

**Segundo:** Aprobación, en su caso, de las subsanaciones requeridas por Conselleria, en relación al texto estatutario aprobado en A.G.E. de 29/07/2015.

**Tercero:** Ruegos y Preguntas”.

Lo que se le comunica a los efectos oportunos.

Valencia, 6 de marzo de 2017

Vº Bº

EL PRESIDENTE  
D. JUAN JOSÉ TIRADO DARDER

LA SECRETARIA  
DÑA. ALICIA TEN GIL

*Nota: Los colegiados que lo deseen pueden venir para ver los presupuestos y balances del Colegio concertando cita previa.*

# Seguro Responsabilidad Civil

**E**l Colegio de Enfermería de Valencia, a través del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), tiene concertado con la entidad Agrupación Mutual Aseguradora A.M.A., contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional con una garantía máxima por siniestro de tres millones y medio de euros (3.500.000).

## COBERTURAS:

• **Responsabilidad civil profesional:** Derivada de errores u omisiones profesionales, en los que haya mediado culpa o negligencia, en que pueda incurrir el asegurado en relación al ejercicio de la Enfermería. Asimismo quedan cubiertos los siguientes métodos alternativos o complementarios de Enfermería: acupun-

tura, auriculoterapia, osteopatía, reiki, yoga y técnicas de relajación, cromoterapia, iridología, fitoterapia, reflexología podal, naturopatía, homeopatía, flores de Bach, quiromasaje, magnetoterapia, kinesiología, terapia craneosacral y mesoterapia.

• La cobertura de esta póliza comprende las responsabilidades en que pudieran incurrir el Asegurado derivadas de actos realizados en cualquier país del mundo, **excepto ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y TERRITORIOS ASOCIADOS**, siempre y cuando el desplazamiento haya sido comunicado y aceptado por A.M.A. y se trate de actos aislados que no formen parte de la actividad cotidiana del profesional sanitario, quien deberá siempre y en todo caso desempeñar su actividad habitual en el territorio español.

- El importe máximo a pagar como subsidio por **inhabilitación temporal profesional** será de 3.000 euros mensuales y en ningún caso podrá exceder de los ingresos medios mensuales obtenidos por el asegurado por el ejercicio de su profesión, durante los doce meses anteriores a la condena. El pago del subsidio será durante el tiempo que dure la condena de inhabilitación y como máximo durante un periodo de 18 meses.
- En cuanto a Defensa Jurídica, se proporcionará y designará a los letrados y procurados que defiendan y representen al asegurado, siendo por cuenta del asegurador los honorarios de dichos profesionales.
- La póliza garantiza igualmente la imposición de fianzas judiciales al asegurado.

# Reclamación cláusulas suelo

Nos es grato comunicarle que, como servicio complementario a los que normalmente presta la Asesoría Jurídica de este Colegio, ésta les ofrece un **servicio de reclamación tanto extrajudicial como judicial**, para aquéllos de ustedes que se haya podido ver afectados por las denominadas “cláusulas suelo”.

En el caso de que su vivienda se encuentre gravada con una hipoteca que contenga la indicada “cláusula suelo”, nuestros Abogados procederían, **sin ningún coste inicial a realizar tanto las reclamaciones extrajudiciales ante las entidades bancarias a fin de obtener la restitución de lo abonado en exceso por los Colegiados.**

En los casos en los que el Banco no atendiese adecuadamente y en plazo, dicha reclamación extrajudicial previa, se entablarían las acciones judiciales **ante los Tribunales de Justicia, con un coste reducido a los Colegiados, nuestros Abogados solamente cobraría por sus gestiones en el caso de que ustedes recuperasen del Banco lo abonado en exceso, o procedan a la renegociación del crédito en las formas que a continuación se describen.**

Tras la aprobación del Real Decreto-ley 1/2017 de medidas urgentes de protección

de consumidores en materia de cláusulas suelo resulta prácticamente imprescindible la presentación de la oportuna reclamación extrajudicial para poder formular posteriormente la demanda ante los Tribunales de Justicia y que en dicho procedimiento se condene a la entidad bancaria al pago de las costas del procedimiento.

No obstante, **ante las facultades que tienen los Bancos de tratar de negociar tanto la cantidad a devolver como la forma de proceder a dicha devolución, es aconsejable que tanto la formulación de dicha reclamación extrajudicial como la negociación con la entidad bancaria se realice por medio de profesionales cualificados.**

Efectivamente, los bancos pueden tratar de ofrecerle una renegociación de la hipoteca, reduciendo o el plazo convenido o la cantidad pendiente, o bien pueden proponerles que destinen la cantidad que reciban a la adquisición de productos del mismo Banco o cualquier otra fórmula.

En caso de tener que acudir al procedimiento judicial por no haberse resuelto satisfactoriamente y en plazo la reclamación extrajudicial, el Procurador correspondiente solicitará una cantidad en concepto de provisión

de fondos **que le sería directamente abonada al mismo.**

**El Gabinete de Abogados únicamente cobraría en caso de que ustedes recuperaran lo abonado en exceso.**

Igualmente están especializados en la **reclamación de las cantidades entregadas a cuenta en la compra de viviendas durante la construcción de las mismas y que, finalmente, no han sido terminadas por la mercantil constructora, sin que los adquirentes hayan podido recuperar lo pagado al no haber hecho entrega la empresa constructora de los avales u otras garantías bancarias a que estaban obligados de conformidad con la Ley 57/1968** o con la legislación valenciana de ordenación de la edificación.

Dichas reclamaciones se podrían interponer, no solamente en todo el ámbito de la Comunidad Valenciana, sino también en el resto del territorio nacional.

En caso de que dichos servicios resulten de su interés pueden ponerse en contacto con nuestra Asesoría Jurídica los martes en el horario habitual, trayendo copia de la Escritura de Hipoteca y de las facturas de los Gastos y comisiones abonadas.

# Actividades formativas

## SEGUNDO TRIMESTRE 2017

### ÁREA DE FORMACIÓN Nº 1. FORMACIÓN CONTINUA Y CONTINUADA GRATUITA

#### CURSO DESFIBRILACIÓN AUTOMÁTICA EXTERNA (8 HORAS)

Grupo 1: Valencia, días 25 y 26 de abril  
de 9.30 a 13.30 H.

Grupo 2: Valencia, días 2 y 4 de mayo  
de 9.30 a 13.30 H.

Grupo 3: Valencia, días 3 y 5 de mayo  
de 16 a 20 h.

Grupo 4: Valencia, días 22 y 24 de mayo  
de 16 a 20 h.

Grupo 5: Valencia, días 20 y 22 de junio  
de 9.30 a 13.30 H.

#### CURSO BÁSICO DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA (4 HORAS)

Grupo 1: Valencia, día 27 de abril de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, día 8 de mayo de 9.30 a  
13.30 h.

Grupo 3: Valencia, día 11 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 4: Valencia, día 17 de mayo de 9.30  
a 13.30 h.

Grupo 5: Valencia, día 23 de mayo de 16  
a 20 h.

#### CURSO DE INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER (8 HORAS).



##### SOLICITADA ACREDITACIÓN.

Grupo 1: Valencia, días 5 y 6  
de abril de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 10 y  
11 de abril de 16 a 20 h.

Grupo 3: Valencia, días 16 y  
17 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 4: Valencia, días 15 y 16 de junio de  
16 a 20 h.

#### CURSO DE FORMACIÓN EN MATERIALES DE SEGURIDAD BIOLÓGICA (10 HORAS) SOLICITADA ACREDITACIÓN.



Grupo 1: Valencia, días 18 y  
19 de abril de 16 a 21 h.

Grupo 2: Valencia, días 9 y 10  
de mayo de 16 a 21 h.



Grupo 3: Valencia, días 23 y 24 de mayo de  
16 a 21 h.

Grupo 4: Valencia, días 30 y 31 de mayo de  
16 a 21 h.

#### TALLER PRÁCTICO DE MANEJO DE VÍA AÉREA PARA ENFERMERÍA (4 HORAS) SOLICITADA ACREDITACIÓN



Grupo 1: Valencia, día 6  
de abril de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 2: Valencia, día 20  
de abril de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 3: Valencia, día 5  
de mayo de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 4: Valencia, día 12 de mayo de 9.30  
a 13.30 h.

Grupo 5: Valencia, día 18 de mayo de 9.30  
a 13.30 h.

Grupo 6: Valencia, día 25 de mayo de 9.30  
a 13.30 h.

Grupo 7: Valencia, día 2 de junio de 9.30 a  
13.30 h.

#### CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO: ESTOMAS DIGESTIVOS Y URINARIOS (4 HORAS) SOLICITADA ACREDITACIÓN.



Grupo 1: Valencia, día 22 de  
mayo de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, día 31 de  
mayo de 9.30 a 13.30 H.

Grupo 3: Valencia, día 5 de  
junio de 16 a 20 h.

### ÁREA DE FORMACIÓN Nº 2. FORMACIÓN CONTINUA Y CONTINUADA GRATUITA

#### CURSO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN BANCO DE SANGRE (20 HORAS)

Grupo 1: Valencia, días 15, 16, 17, 18 y 19  
de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 29, 30, 31 de mayo,  
8 y 9 de junio de 16 a 20 h.

#### CURSO DE FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA INTRAVENOSA PERIFÉRICA (20 HORAS) SOLICITADA ACREDITACIÓN.

Grupo 1: Valencia, días 12, 13, 14, 15 y 16  
de junio de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 19,  
20, 21, 22 y 23 de junio de 16  
a 20 h.

#### CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN SONDAJE VESICAL (12 HORAS)

Grupo 1: Valencia, días 10, 11 y 12 de abril  
de 9.30 a 13.30 H.

Grupo 2: Valencia, días 2, 3 y 4 de mayo de  
16 a 20 h.

Grupo 3: Valencia, días 5, 6 y 7 de junio de  
16 a 20 h.

Grupo 4: Valencia, días 12, 13 y 14 de junio  
de 9.30 a 13.30 h.

#### CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. SOPORTE VITAL EN EL POLITRAUMATIZADO



### (30 HORAS) SOLICITADA ACREDITACIÓN.

Grupo 1: Valencia, días: 6, 7, 9, 13, 15, 20 y 22 de junio de 16 a 20 h.

## ÁREA DE FORMACIÓN Nº 3. OTRAS ACTIVIDADES FORMATIVAS

### CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS EN VACUNAS PARA ENFERMERÍA. (8 HORAS) SOLICITADA ACREDITACIÓN.



Grupo 1: Valencia, días 25 y 26 de abril de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 9 y 10 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 3: Valencia, días 27 y

28 de junio de 16 a 20 h.

### FORMACIÓN VOCALÍA MATRONAS Abril - mayo

### CURSO DE TÉCNICAS DE ANALGESIA OBSTÉTRICA (30H).



### SOLICITADA ACREDITACIÓN.

#### 1ª EDICIÓN.

Días 18, 20, 25, 27 de abril de 16 a 20h; 2 y 4 de mayo de 16 a 20h, y 9 y 11 de mayo de 16 a 19h. Dirigido a: matronas/enfermeras (eir matronas). Plazas limitadas. Precio 15€.

### Junio



### CURSO DE LACTANCIA MATERNA: "DESDE LA PRÁCTICA" (20H). SOLICITADA ACREDITACIÓN. 2ª EDICIÓN.

Días: 6, 8, 13, 15 y 20 de junio, 16 a 20h. Dirigido a: matronas/enfermeras pediátricas/ enfermeras (eir matronas). Plazas limitadas. Precio 10€.



### CURSO DE DUELO PERINATAL (20H) SOLICITADA ACREDITACIÓN. 4ª EDICIÓN.

Días: 5, 7, 12, 14 y 19 de junio, de 16 a 20h. Dirigido

a matronas/ enfermeras (eir matronas). Plazas limitadas. Precio 10€.

### AVISO IMPORTANTE

Se informa a todos los colegiados que se inscriben en los cursos, que no comunican al colegio su no asistencia, penalizará no pudiéndose inscribir a cursos en próximas ediciones.

### SE PODRÁN INSCRIBIR A UN MÁXIMO 2 CURSOS DEL ÁREA 1, 2 CURSOS DEL ÁREA 2 Y LIBRE PARA EL ÁREA 3.

En caso de que se completen todos los grupos y no hubiese posibilidad de inscripción en algunos de ellos (ya que las plazas son limitadas) existirá la posibilidad de lista de espera y el Colegio planificará nuevas fechas en este o el siguiente trimestre.

**MATRÍCULA DE LAS TRES ÁREAS, A PARTIR DE LAS 9 HORAS DEL 3 DE ABRIL HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS, POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO (WWW.ENFERVALENCIA.ORG) EN EL LUGAR HABILITADO PARA LA MATRÍCULA ON-LINE.**

## > CURSOS Y CONGRESOS

## JORNADAS

### II TROBADA D'INVESTIGADORS EN CÀNCER CIUTAT D'ALCOI: "LA INVESTIGACIÓ AL SERVEI DEL PACIENT"

DATA: 24 de març de 2017

LLOC: Alcoi

INFORMACIÓ: FISABIO

E-mail: comunicacion\_fisabio@gva.es

### XV JORNADAS DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

FECHA: 7 de abril de 2017

LUGAR: Valencia. Complejo Deportivo-Cultural La Pechina

INFORMACIÓN: Secretaría Técnica

SANICONGRESS Tel: 902190848

Web: www.aeqcv.org

E-mail: sanicongress@aeqcv.org

### II JORNADAS DE ENFERMERÍA INTEGRATIVA DE CANTABRIA / IV

### JORNADAS NACIONALES DEL GRUPO INTERCOLEGIAL DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA DE CUIDADOS HOLÍSTICOS (CHEE) EPIGENÉTICA Y ENFERMERÍA: CUIDANDO DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL

FECHA: Del 20 al 22 de abril de 2017

LUGAR: Santander. Paraninfo Palacio de la Magdalena

INFORMACIÓN: Web: <http://www.enfermeriaintegrativacantabria.com/>

### JORNADA "SALUD PERINEAL" 2ª EDICIÓN.

Hospital dr. Peset. Día 5 de mayo de 2017. Más información: [jornadapeset2017@gmail.com](mailto:jornadapeset2017@gmail.com)

### JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

FECHA: Del 10 al 12 de mayo de 2017

LUGAR: Donostia – San Sebastián. Centro Kursaal Elkargunea

INFORMACIÓN:

Secretaría Técnica SANICONGRESS

Tel: 902190848

E-mail: [sanicongress@33enfermeriatraumatologia.com](mailto:sanicongress@33enfermeriatraumatologia.com)

### ENCUENTRO DE RESCATES EN ACCIDENTES DE TRÁFICO Y TRAUMA

FECHA: abril / mayo 2017

LUGAR: Valencia.

INFORMACIÓN: [www.aprat.es](http://www.aprat.es)

## CONGRESOS

### XX CONGRESO NACIONAL DE INFORMÁTICA DE LA SALUD INFORS@LUD2017.

### LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SECTOR DE LA SALUD

FECHA: Del 21 al 23 de marzo de 2017

LUGAR: Madrid

INFORMACIÓN:  
 Secretaría Técnica CEFIC S.L  
 Tel: 913889478  
 E-mail: secretaria.tecnica@cefic.es  
 Web: www.cwfic.es

**CONGRESO INTERNACIONAL  
 AENTDE / ACENDIO 11º SIMPOSIUM  
 INTERNACIONAL DE AENTDE  
 Y 11º CONGRESO EUROPEO  
 DE ACENDIO**

FECHA: Del 23 al 25 de marzo de 2017  
 LUGAR: Valencia  
 INFORMACIÓN:  
 Web: <http://cpaper.ctimeetingtech.com/acendio2017>



**IX CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA  
 MATERNA**

FECHA: Del 23 al 25 de marzo de 2017  
 LUGAR: Zaragoza. Palacio de Congresos  
 INFORMACIÓN:  
 Grupo Pacífico Avda. César Augusto 3, 2º D  
 Tel: 976 435 857.  
 E-mail: [lactancia-zaragoza-2017@pacifico-meetings.com](mailto:lactancia-zaragoza-2017@pacifico-meetings.com)



**XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD  
 ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA  
 Y GERONTOLÓGICA**

FECHA: 30 y 31 de marzo de 2017  
 LUGAR: Alicante  
 INFORMACIÓN:  
<http://www.seegg.bocemtium.com>

**X CONGRESO NACIONAL DE LA FAECAP.  
 I CONGRESO DE ACAMEC  
 Y VII ENCUENTRO NACIONAL DE EIR  
 Y TUTORES**

FECHA: 30 y 31 de marzo y 1 de abril de 2017  
 LUGAR: Toledo. Palacio de Congresos "El Greco"  
 INFORMACIÓN: FAECAP Federación

Asociaciones de Enfermería Comunitaria y  
 Atención Primaria



**XXI JORNADAS DE NUTRICIÓN PRÁCTICA  
 Y XI CONGRESO INTERNACIONAL DE  
 NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN  
 Y DIETÉTICA**

FECHA: 5 y 6 de abril de 2017  
 LUGAR: Madrid. Facultad de Medicina.  
 Universidad Complutense  
 INFORMACIÓN:  
 Web: [www.nutricionpractica.org](http://www.nutricionpractica.org)  
 E-mail: [congreso.nutricion@sprlm.com](mailto:congreso.nutricion@sprlm.com)  
 Tel: 915779065

**XXXIV CONGRESO NACIONAL DE  
 ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL**

FECHA: Del 5 al 7 de abril de 2017  
 LUGAR: Murcia. Auditorio  
 y Centro de Congresos "Victor Villegas"  
 INFORMACIÓN:  
 Web: [www.congresoaeesme.com](http://www.congresoaeesme.com)

**XIII CONGRESO AEOCV (Asociación  
 de Enfermería Oftalmológica de la  
 Comunidad Valenciana)**

FECHA: 28 y 29 de abril de 2016  
 LUGAR: Valencia. Ateneo Mercantil  
 INFORMACIÓN:  
 Web: [www.enfermeriaoftamologicacv.es](http://www.enfermeriaoftamologicacv.es)  
 E-mail: [aecov.secretaria@gmail.com](mailto:aecov.secretaria@gmail.com)

**I CONGRESO NACIONAL DE "DIABETES  
 CERO" AYUDA A LA INVESTIGACIÓN**

FECHA: 29 y 30 de abril de 2017  
 LUGAR: Écija.  
 Teatro Municipal de Écija - Sevilla

INFORMACIÓN: Teléfono: 955905000  
 E-mail: [info@diabetescero.com](mailto:info@diabetescero.com)

**XV CONGRESO NACIONAL Y X  
 INTERNACIONAL DE LA HISTORIA  
 DE LA ENFERMERÍA. Los Colegios  
 Profesionales de Enfermería,  
 su función social e institucional.**

FECHA: Del 4 al 6 de mayo de 2017  
 LUGAR: Salamanca  
 INFORMACIÓN:  
[http://www.enfermeriasalamanca.com/xv\\_congreso](http://www.enfermeriasalamanca.com/xv_congreso)



**XVIII CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA**

FECHA: 19 y 20 de mayo de 2017  
 LUGAR: Málaga. Hotel NH Málaga  
 INFORMACIÓN:  
 Web: [www.enfermeriaradiologica.org](http://www.enfermeriaradiologica.org)



**XVIII CONGRESO NACIONAL MATRONAS**

FECHA: Del 25 al 27 de mayo de 2017  
 LUGAR: Málaga  
 INFORMACIÓN:  
 Asociación Española de Matronas  
 Web: <http://aesmatronas.com/18congreso>

# Normas de publicación



ENFERMERÍA INTEGRAL ES LA PUBLICACIÓN OFICIAL DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA. PUBLICA TRABAJOS ORIGINALES, DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DESARROLLO DE CASOS CLÍNICOS, CON EL FIN DE CONTRIBUIR A LA PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.

Los autores que desean publicar en esta revista han de cumplir las siguientes normas:

1. Todas las publicaciones tendrán que ser enviadas mediante correo electrónico a la siguiente dirección: [registro@enfervallencia.org](mailto:registro@enfervallencia.org)
2. Ningún trabajo enviado deberá haber sido publicado, enviado y/o aceptado para su publicación, de forma simultánea, en otras revistas.
3. Los manuscritos tendrán que ser originales, escritos en castellano, con una extensión máxima de 12 páginas, con tipografía Times New Roman, 12 puntos, a doble espacio y con márgenes laterales de 2 cm. El formato del archivo deberá ser en doc o docx.
4. En cuanto a la redacción de los originales, tendrán que estructurarse los siguientes apartados: Título, Resumen, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y/o Conclusiones y Referencias bibliográficas:

**Título:** deberá ofrecer una descripción detallada del artículo completo. No excederá las 15 palabras.

**Resumen:** será preferiblemente estructurado (Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y/o Conclusiones), no superior a 250 palabras, en el cual se hará referencia a los aspectos más significativos de cada apartado del trabajo. Tras el resumen, se incluirán un máximo de 6 palabras clave, preferiblemente incluidas en el MeSH o DeCS.

**Introducción:** debe aparecer el contexto y la justificación para el estudio, citando sólo las referencias que sean pertinentes. Se explicitará el objetivo específico de la investigación.

**Material y métodos:** se debe describir la metodología con suficiente detalle como para ser reproducible. En este apartado se incluirá el tipo de estudio, población y muestra, variables estudiadas, recogida de datos, análisis estadístico empleado y aspectos éticos.

**Resultados:** se deben incluir los resultados más importantes según los objetivos. Estos se expondrán de forma clara, concisa y objetiva.

**Discusión:** se realizarán comparaciones de los resultados obtenidos en el estudio con los de otras investigaciones previas. Se deben indicar las posibles limitaciones de la investigación.

**Conclusiones:** se derivarán directamente de los resultados.

**Referencias bibliográficas:** se redactará en formato Vancouver (ver guía: <http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>).

5. Se podrán incluir hasta 8 tablas, gráficos o figuras (legibles y en condiciones de ser reproducidas). Las tablas no tendrán que duplicar la información que se presenta en el texto. Si se adjuntan fotografías de pacientes, no podrán ser identificados de ninguna forma. Todos estos elementos se incluirán a lo largo del manuscrito en el espacio que corresponda, y se numerarán de forma correlativa y ordenada. Contarán con un título explicativo en su parte inferior (pie de foto y autoría). El formato de las fotografías deberá ser jpg, pdf o tiff de alta resolución (mínimo 300 pixels por pulgada).
6. En la primera página del artículo figurará: título del trabajo, nombre del autor o autores, puesto de trabajo e institución a la cual pertenecen. Se tendrá que consignar un autor para la correspondencia e indicar una dirección electrónica para este efecto. Se deberá mencionar si se ha recibido cualquier tipo de subvención para la realización del trabajo (y el origen de la misma), así como la existencia o no de conflictos de interés.
7. Todos los originales se acompañarán de una autorización manifestando el deseo de que el trabajo sea publicado por Enfermería Integral, haciendo constar nombre, número de colegiado (si lo está en Valencia), DNI de todos los autores y firma.
8. Todo manuscrito incluido en el proceso editorial será enviado, de forma anónima, a dos revisores. En caso de discrepancia, será revisado por un tercer evaluador, siendo todos ellos expertos en el contenido del trabajo objeto de valoración y/o metodología utilizada.
9. Los trabajos no aceptados serán remitidos a sus autores en un plazo no superior a 3 meses, para su corrección y posterior publicación, o notificando la no aceptación definitiva. En los trabajos aceptados, se enviará un certificado de aceptación a los autores y, si es posible, la fecha aproximada de su publicación.
10. Los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la revista y no podrán ser reproducidos por ningún medio sin la correspondiente autorización.
11. El Consejo de Redacción de la revista Enfermería Integral y la institución que lo edita no se responsabiliza de las opiniones vertidas en los trabajos publicados. Son los autores los responsables de la veracidad de lo expuesto en su trabajo.

# Normes de publicació



ENFERMERÍA INTEGRAL ÉS LA PUBLICACIÓ OFICIAL DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE VALÈNCIA. PUBLICA TREBALLS ORIGINALS, DE REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA I DESENVOLUPAMENT DE CASOS CLÍNICS, AMB LA FINALITAT DE CONTRIBUIR A LA PRODUCCIÓ I DIFUSIÓ DEL CONEIXEMENT INFERMER.

Els autors que desitgen publicar en aquesta revista han de complir les següents normes:

1. Totes les publicacions hauran de ser enviades mitjançant correu electrònic a la següent adreça: [registro@enfervalecia.org](mailto:registro@enfervalecia.org)
2. Cap treball enviat haurà d'haver estat publicat, enviat i/o acceptat per a la seua publicació, de forma simultània, en altres revistes.
3. Els manuscrits hauran de ser originals, escrits en castellà, amb una extensió màxima de 12 pàgines, amb tipografia Times New Roman, 12 punts, a doble espai i amb marges laterals de 2 cm. El format de l'arxiu haurà de ser en doc o docx.
4. En quant a la redacció dels originals, hauran d'estructurar-se els següents apartats: Títol, Resum, Introducció, Material i Mètodes, Resultats, Discussió i/o Conclusions i Referències bibliogràfiques:

**Títol:** haurà d'oferir una descripció detallada de l'article complet. No excedirà les 15 paraules.

**Resum:** serà preferiblement estructurat (Introducció, Material i Mètodes, Resultats, Discussió i/o Conclusions), no superior a 250 paraules, en el qual es farà referència als aspectes més significatius de cada apartat del treball. Després del resum, s'inclouran un màxim de 6 paraules clau, preferiblement incloses en el MeSH o DeCS.

**Introducció:** ha d'aparèixer el context i la justificació per a l'estudi, citant només les referències que siguin pertinents. S'explicitarà l'objectiu específic de la recerca.

**Material i mètodes:** s'ha de descriure la metodologia amb suficient detall com per ser reproduïble. En aquest apartat s'inclourà el tipus d'estudi, població i mostra, variables estudiades, recollida de dades, anàlisi estadística empleat i aspectes ètics.

**Resultats:** s'han d'incloure els resultats més importants segons els objectius. Aquests s'exposaran de forma clara, concisa i objectiva.

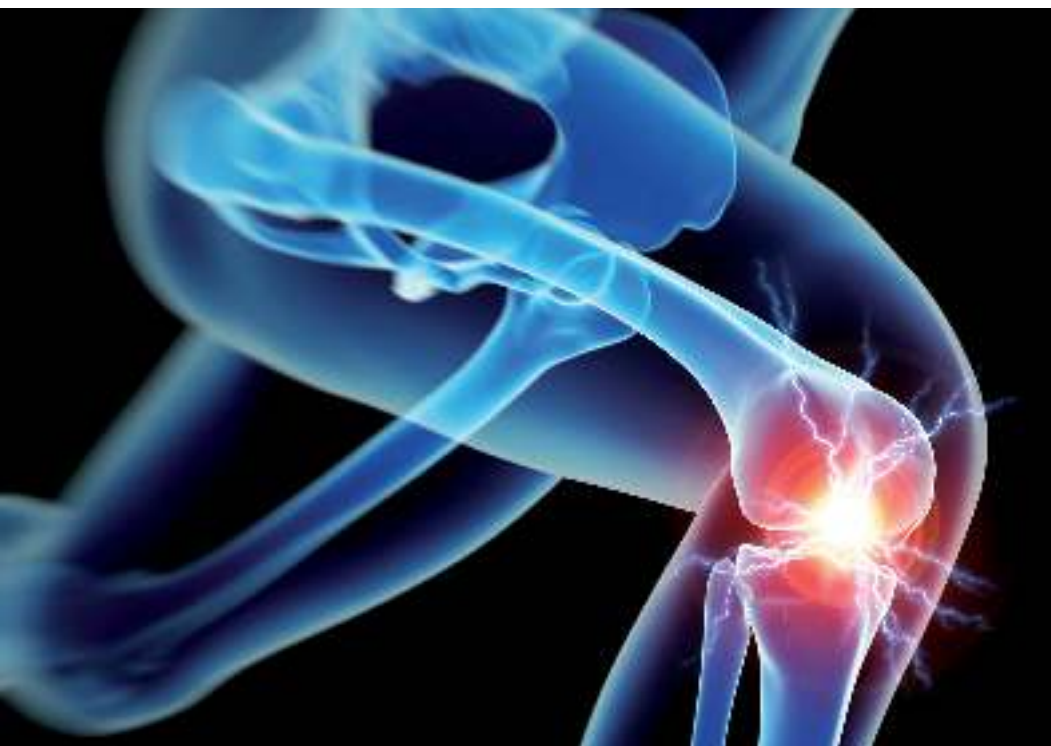
**Discussió:** es realitzaran comparacions dels resultats obtinguts en l'estudi amb els d'altres recerques prèvies. S'han d'indicar les possibles limitacions de la recerca.

**Conclusions:** es derivaran directament dels resultats.

**Referències bibliogràfiques:** es redactarà en format Vancouver (veure guia: <http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>).

5. Es podran incloure fins a 8 taules, gràfics o figures (llegibles i en condicions de ser reproduïdes). Les taules no hauran de duplicar la informació que es presenta en el text. Si s'adjunten fotografies de pacients, no podran ser identificades de cap manera. Tots aquests elements s'inclouran al llarg del manuscrit a l'espai que corresponga, i es numeraran de forma correlativa i ordenada. Comptaran amb un títol explicatiu en la seua part inferior (peu de foto i autoria). El format de les fotografies haurà de ser jpg, pdf o tiff d'alta resolució (mínim 300 píxels per polzada).
6. A la primera pàgina de l'article figurarà: títol del treball, nom de l'autor o autors, lloc de treball i institució a la qual pertanyen. S'haurà de consignar un autor per a la correspondència i indicar una adreça electrònica per a aquest efecte. S'haurà d'esmentar si s'ha rebut qualsevol tipus de subvenció per a la realització del treball (i l'origen de la mateixa), així com l'existència o no de conflictes d'interès.
7. Tots els originals s'acompanyaran d'una autorització manifestant el desig que el treball siga publicat per Enfermeria Integral, fent constar nom, número de col·legiat (si ho està en València), DNI de tots els autors i signatura.
8. Tot manuscrit inclòs en el procés editorial serà enviat, de forma anònima, a dos revisors. En cas de discrepància, serà revisat per un tercer avaluador, sent tots ells experts en el contingut del treball objecte de valoració i/o metodologia utilitzada.
9. Els treballs no acceptats seran remesos als seus autors en un termini no superior a 3 mesos, per a la seua correcció i posterior publicació, o notificant la no acceptació definitiva. En els treballs acceptats, s'enviarà un certificat d'acceptació als autors i, si és possible, la data aproximada de la seua publicació.
10. Els treballs acceptats quedaran en propietat de la revista i no podran ser reproduïts per cap mitjà sense la corresponent autorització.
11. El Consell de Redacció de la revista Enfermeria Integral i la institució que ho edita no es responsabilitza de les opinions abocades en els treballs publicats. Són els autors els responsables de la veracitat de l'exposat en el seu treball.

# Estructura factorial y confiabilidad de la versión en español del cuestionario *Quality of life measure for rheumatoid arthritis scale (QOL-RA)* en población colombiana



## AUTORES

- STEFANO VINACCIA ALPI  
*Fundación Universitaria Sanitas*
- FERNANDO RIVEROS MUNÉVAR  
*Universidad de San Buenaventura, Bogotá*
- JAPCY MARGARITA QUICENO  
*Universidad de Medellín*
- JUAN MANUEL ANAYA  
*Universidad del Rosario*

## PALABRAS CLAVE

- > ARTRITIS REUMATOIDE > CALIDAD DE VIDA
- > ENFERMEDADES CRÓNICAS > QOL-RA
- > CONFIABILIDAD

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la estructura factorial y la confiabilidad de la versión en español del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en población colombiana.

**Material y métodos:** estudio de corte transversal, de alcance descriptivo y de tipo instrumental, con una cohorte de 124 pacientes diagnosticados con artritis reumatoide de la ciudad de Medellín (Colombia). Se realizó la aplicación del cuestionario QOL-RA y el análisis estadístico posterior.

**Resultados:** el análisis factorial denota 2 factores independientes: factor físico-psicológico, y factor socio-psicológico, y un alfa de Cronbach de 0,885.

**Conclusiones:** los resultados muestran una alta confiabilidad y concordancia en la estructura factorial con la versión original, lo que implica adecuada validez de la prueba en población colombiana, recomendando su utilización en la población nacional con AR, y sugiriendo estudios transculturales en Calidad de vida con ellos.

“

La artritis reumatoide afecta a aproximadamente el 1% de la población mundial.

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) se ha descrito en la literatura médica durante más de doscientos años, pero su etiología sigue siendo desconocida (1). La causa de la artritis reumatoide es desconocida, a pesar de que hace mucho tiempo se sospechaba de agentes infecciosos tales como virus, bacterias y hongos, componentes medio-ambientales como por ejemplo la adicción al tabaco, y actualmente de factores genéticos, ninguno ha demostrado ser la causa de esta enfermedad (2,3).

“ La causa de la artritis reumatoide es desconocida, a pesar de que hace mucho tiempo se sospechaba de agentes infecciosos tales como virus, bacterias y hongos, componentes medio-ambientales como por ejemplo la adicción al tabaco, y actualmente de factores genéticos, ninguno ha demostrado ser la causa de esta enfermedad.

La AR afecta a aproximadamente el 1% de la población mundial lo que produce unas enormes secuelas patológicas a dichos pacientes debido a la pérdida de movilidad a nivel articular, deformidad y discapacidad, además de dolor crónico y emociones negativas como ansiedad, depresión y desesperanza (4,5,6). La AR implica, por lo tanto, un cambio importante en la calidad de vida de las personas que la padecen. Al respecto, en los últimos 20 años se han desarrollado diferentes cuestionarios de calidad relacionada con la salud (CVRS) específicos para evaluar pacientes de AR, véase el RA-QOL, el QOL-RA y el RAID, entre otros, de los cuales se encuentran en idioma español la versión mexicana RA-QOL (7) y argentinas del RA-QOL y del RAID (8,9).

En Colombia el cuestionario más utilizado para medir CVRS en investigaciones en AR ha sido en primer orden el cuestionario genérico MOS-SF36 en sus diferentes versiones y en segundo orden, el cuestionario específico QOL-RA (10), escala poco aplicada a la población con AR. En este

sentido, un estudio realizado en Estados Unidos, donde se aplicó la escala y se sometió a un análisis factorial, mostró que esta escala del QOL-RA contiene dos factores independientes, con adecuada consistencia en su estructura factorial y en sus datos de confiabilidad, tanto en población hispana como de habla inglesa en los Estados Unidos (11). Posterior al trabajo inicial de las autoras del QOL-RA, cuando se validó esta escala en el área de San Francisco (Estados Unidos) con población latina y de origen anglosajón

con diagnóstico de AR, en ningún lugar de América Latina ni España se analizó psicométricamente la escala, a pesar que se ha empleado a través de los años en numerosas investigaciones en el área (12,13); existe solo un análisis psicométrico posterior al desarrollo original de la escala llevado a cabo en Rusia (14) pero en Colombia se desconoce su funcionalidad, por lo que el objetivo del siguiente trabajo fue la de evaluar la estructura factorial y los índices de confiabilidad del cuestionario QOL-RA en una muestra de pacientes colombianos con diagnóstico de AR.

## MÉTODO

### Diseño

El presente fue un estudio de corte transversal, de alcance descriptivo y de tipo instrumental (15).

### Participantes

Previo consentimiento informado, 124 personas con diagnóstico de AR (con edades comprendidas entre los 27 y los 65 años con una media de edad de 53 años

(DT = 12), en tratamiento en la Unidad de Reumatología de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín (Colombia). Los pacientes fueron diagnosticados con base en los criterios del Colegio Americano de Reumatología (16). El tratamiento médico de estos pacientes era de tipo plurivalente compuesto por medicamentos tales como metotrexate, antimaláricos, leflomida y/o agentes biológicos anti-TNF.

Otros datos sobre la muestra implican que la gran mayoría de la misma son del sexo femenino (110 Mujeres, 88,7%) con un nivel de estudios promedio de Primaria o Secundaria, la mayor parte casados (50,8%), seguidos de solteros (22,6%) y viudos (15,3%); prácticamente todos viven acompañados (98,4%), viviendo en estratos bajos (2 y 3, 87,7%), y un porcentaje elevado de amas de casa (48,4%), existiendo un grupo moderadamente elevado que tiene trabajo de tiempo completo (25,8%) y otro de jubiladas (13,7%). Mayores detalles se observan en la **tabla 1**.

### Instrumentos

Se empleó el Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA), en la Versión desarrollada simultáneamente en inglés y español (11). Este instrumento se compone de 8 ítems, dentro de una escala tipo Likert con diez posibilidades de respuesta, que van desde (1) “muy mala calidad de vida” hasta (10) “excelente calidad de vida”, conformando a su vez 2 subescalas, que evalúan la afectación físico-psicológica y social-psicológica del paciente. El desarrollo de la escala partió del cuestionario HRQoL teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos asociados a la vida de Pacientes con AR que vienen modificados por el estado funcional y el deterioro causado por la enfermedad. (Apéndice A).

### Procedimiento

El cuestionario fue aplicado a los pacientes de dos maneras: por un lado en autoadministración (a quienes sabían leer y tenían un adecuado grado de instrucción, entendido ello como un nivel académico favorable a la auto aplicación y el entendimiento claro de las instrucciones entregadas) y por otro lado, mediante aplicación por parte de un colaborador previamente entrenado para el caso (Estudiantes de Medicina, Psicología y Trabajo Social previamente entrenados y

**Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.**

SEXO		
Mujer	110	88,7%
Hombre	14	11,3%
ESTRATO		
1	4	3,5%
2	39	34,2%
3	61	53,5%
4	10	8,8%
ESTUDIOS CULMINADOS		
Ninguno	5	4,0%
Primaria	54	43,5%
Secundaria	45	36,3%
Profesional	20	16,1%
ESTADO CIVIL		
Soltero	28	22,6%
Casado	63	50,8%
Union libre	8	6,5%
Separado	6	4,8%
Viudo	19	15,3%
DEDICACIÓN LABORAL		
Tiempo completo	32	25,8%
Medio tiempo	2	1,6%
Ocasional	7	5,6%
En búsqueda de trabajo	2	1,6%
Ama de casa	60	48,4%
Pensionado	17	13,7%
Discapacidad	4	3,2%
VIVE SÓLO?		
Si	2	1,6%
No	122	98,4%

**Tabla 2. ÍNDICES DE KAISER – MEYER – OLKIN (KMO) Y PRUEBA DE ESFERICIDAD DE BARTLETT.**

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,87
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	495,049
	Gl	28
	Sig.	0,00

con un buen conocimiento de las características de la escala) a quienes no sabían leer. Las condiciones de aplicación fueron similares. El tiempo promedio de la aplicación fue de 5 minutos. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22, asumiendo valores críticos para la adecuación muestral, una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin superior a 0,70, cargas factoriales de cada reactivo superior a 0,30, sedimentación en cada factor superior a 1, y datos de confiabilidad superiores a 0,70.

## RESULTADOS

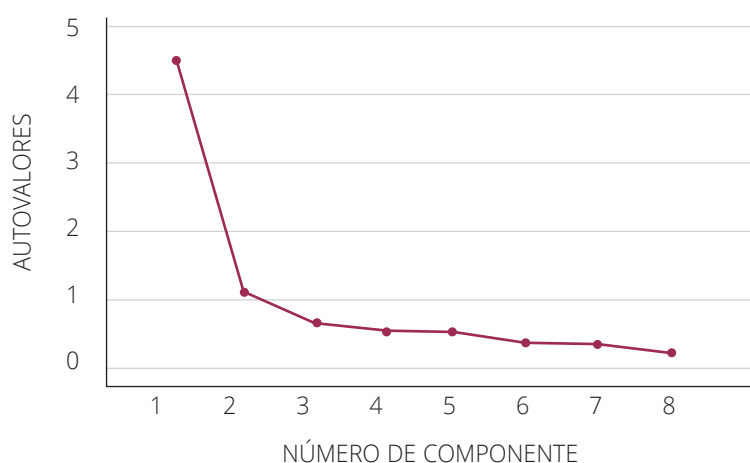
En primera medida, se adjuntan (tabla 1) las características sociodemográficas de la muestra que participó en el presente estudio. Con el fin de validar el uso del análisis factorial, se realizaron las pruebas de índice de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (tabla 2). Tras revisar los datos obtenidos en la tabla 2, se observa que los índices KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett corroboran la validez del análisis factorial (KMO = 0,87; Bartlett  $p = 0,00$ ), el cual se realizó por medio de la extracción de componentes principales, con rotación Varimax. A continuación (tabla 3) se observa la carga factorial de cada uno de los reactivos.

**Tabla 3. CARGA FACTORIAL DE CADA REACTIVO.**

REACTIVO	EXTRACCIÓN
Habilidades físicas	0,53
Soporte	0,79
Dolor	0,74
Tensión	0,64
Salud	0,73
Artritis	0,77
Interacción	0,67
Ánimo	0,64

La tabla 3 denota que todos los reactivos de la prueba presentan suficiente carga factorial, lo que permite conservarlos. Seguido a ello, se observa en la figura 1 el gráfico de sedimentación del cuestionario, que sugiere 2 factores al interior del mismo.

**Figura 1. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO**



Ya conociendo que el gráfico de sedimentación sugiere 2 factores, en la **tabla 4** se observa la estructura factorial de la prueba.

**Tabla 4. ESTRUCTURA FACTORIAL CON ROTACIÓN VARIMAX DEL QOL-RA EN POBLACIÓN COLOMBIANA.**

Reactivo	Componente	
	1	2
Artritis	0,85	
Tensión	0,79	
Dolor	0,78	
Salud	0,77	
Ánimo	0,70	
Habilidades físicas	0,40	0,60
Soporte		0,88
Interacción		0,76
% de varianza explicada	41,76	27,46

Los resultados de la **tabla 4** muestran que el análisis factorial eventualmente muestra 2 factores que explican el 69,22% de la varianza. El factor 1 está conformado por los reactivos 1, 3, 4, 5, 6 y 8 (41,76% de la varianza), mientras que el factor 2 está conformado por los reactivos 1, 2 y 7 (27,46% de la varianza).

Con respecto a los datos de confiabilidad, el factor 1 arroja un Alfa de Cronbach de 0,88, el factor 2 un Alfa de 0,73, y un Alfa para la escala total de 0,88. Adicionalmente, se obtuvo datos de confiabilidad por mitades de Guttman, con un coeficiente de 0,88 y para obtener mayores datos sobre la confiabilidad de la escala, se realizó la matriz de correlaciones inter elementos (**tabla 5**), la cual muestra datos de relaciones directas entre todos los ítems y con puntuaciones superiores a 0,30 en todas las interrelaciones.

## CONCLUSIONES

Bajo las posturas actuales sobre Salud que plantea la Organización Mundial de la Salud, entendida como el estado de total bienestar en el individuo (17,18), la CVRS se ha transformado en un indicador importante de la salud subjetiva, que permite encarar procedimientos y procesos de intervención previa a enfermedades, o la evaluación percibida ante una patología crónica. Ahora bien, a pesar que la CVRS se ha evaluado tradicionalmente en AR con escalas genéricas como el SF-36 y/o SF-12, de las cuales existen versiones colombianas (19,20) existe la necesidad del desarrollo o de la validación de escalas específicas sobre CVRS en población colombiana, tal como ocurre en el presente estudio sobre CVRS en pacientes con artritis reumatoide. Al analizar los resultados obtenidos se hallaron 2 factores: el primer factor es denominado "factor físico-psicológico" y el segundo factor denominado "factor social-psicológico". Dichos factores hallados concuerdan con los factores inicialmente encontrados (11) tanto en población de habla inglesa como hispana en los Estados Unidos. Lo anterior denota que la escala QOL-RA se ajusta a la población colombiana, tanto en términos de validez como de confiabilidad, lo que favorecería su utilización nacional tanto en investigación en ambientes clínicos y hospitalarios, y posibilidades de estudios transculturales, dados los hallazgos encontrados, recomendando mayores aplicaciones de la presente escala, con el fin de obtener también los datos normativos y poder establecer baremos de calificación de la escala para población colombiana.

**Tabla 5. MATRIZ DE CORRELACIONES INTER ELEMENTOS**

	qol1	qol2	qol3	qol4	qol5	qol6	qol7	qol8
qol1	1,00	0,46	0,53	0,30	0,47	0,47	0,39	0,47
qol2		1,00	0,41	0,36	0,38	0,37	0,56	0,37
qol3			1,00	0,58	0,72	0,73	0,46	0,54
qol4				1,00	0,52	0,55	0,31	0,57
qol5					1,00	0,70	0,49	0,62
qol6						1,00	0,42	0,61
qol7							1,00	0,52
qol8								1,00

Por otro lado la evaluación psicométrica del QOL-RA sacó a la luz algunos aspectos que pacientes indicaron como relevantes disminuir en el impacto de la AR sobre la CVRS dimensiones como la interacción y apoyo social además del estado de ánimo. La evaluación de la calidad vida relacionada con la salud en los pacientes colombianos con AR debe llevarse a cabo con unos instrumentos válidos, confiables y sensibles y específicos. El análisis psicométrico del QOL-RA analizando sus resultados representa una buena alternativa para la evaluación de pacientes colombianos con esta enfermedad en las diferentes etapas de su desarrollo, que además se configura como un instrumento breve, sencillo y fácil de aplicar a pacientes de cualquier tipo, nivel académico y demás variables, haciéndolo útil en la práctica clínica como un indicador de magnitud del cambio percibido por los pacientes acerca de su mejoría, por lo que se recomienda su uso para determinar el cambio posterior al cambio clínico en el seguimiento de pacientes en estudios que evalúen resultados antes y después.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Entezami P, Fox D, Clapmam P, y Chung K. Historical Perspective on the Etiology of Rheumatoid Arthritis. *Hand Clin.* 2011; 27(1): 1-10
- Pratt AG, Isaacs JD. Genotyping in rheumatoid arthritis: a game changer in clinical management? *Expert Rev Clin Immunol.* 2015; 11(3):303-5
- Julia A, Marsal S. The genetic architecture of rheumatoid arthritis: from susceptibility to clinical subphenotype associations. *Curr Top Med Chem.* 2013; 13(6):720-31
- Gibofsky A. Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care.* 2012; 18 (13 Suppl): S295-302
- Santiago T, Geenen R, Jacobs JW y Da Silva JA. Psychological factors associated with response to treatment in rheumatoid arthritis. *Curr Pharm Des.* 2015; 21(2):257-69.
- Zhao S, Chen Y y Chen H. Sociodemographic factors associated with functional disability in outpatients with rheumatoid arthritis in Southwest China. *Clin Rheumatol.* 2015 .DOI 10.1007/s10067-015-2896-z
- Pacheco C, Reyes G, McKenna S, y Ríos V. Adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale to Mexican Spanish. (RAQoL). *Reumatol Clin.* 2011; 7(2):98-103
- Waimann CA, Dal Pra FM, Marengo, MF Sánchez M, Garone A, del Moral RE et al. Quality of life of patients with rheumatoid arthritis in Argentina: reliability, validity, and sensitivity to change of a Spanish version of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life questionnaire. *Clin Rheumatol.* 2012; 31(7):1065-71
- Cayetti L, Scheneberger E, Maldonado H, Citera G. Validación del cuestionario Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) en pacientes argentinos con artritis reumatoidea temprana y establecida. *Rev Arg Reumatol.* 2012; 23(2): 06-14
- Vinaccia S, Quiceno J.M. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios Colombianos. *Psychologia: avances en la disciplina.* 2012; 6 (1): 123-36.
- Layo, L., Padilla, G. & Johnson, D. An English and Spanish Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res.* 2001; 45 (2): 167 - 173.
- Rogers HL, Brotherton HT, Olivera Plaza SL, Segura Durán MA, Peña Altamar ML. Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2015 Sep-Oct; 55(5):406-13. doi: 10.1016/j.rbr.2015.01.005.
- Abalos Medina GM, Ruiz Villaverde G, Sánchez Cano D, Ruiz Villaverde R, Ramírez Rodrigo J, Raya Álvarez E, Villaverde Gutiérrez C. The impact of therapy with TNF-blockers on health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients. A pilot study. *Reumatol Clin.* 2011 May-Jun; 7(3):167-71. doi: 10.1016/j.reuma.2010.06.004.
- Sizova LV. Validation of the Russian version of the Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale). *Advances in Medical Sciences.* 2009; 54 (1): 27-31.
- Montero I, Leon O. A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2007; 7(3):847-62
- Arnett, F.C. The American Rheumatism Association. Revised Criteria for the Classification of the rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 315-24.
- Roma I, Almeida ML, Manzano S, Viani GA, Assis MR, Barbosa PM. Quality of life in adults and elderly patients with rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(4):279-8
- Badía X, Salameo M. & Alonso J. La medida de la salud. Barcelona: Edimac; 2002.
- Lugo LH, Garcia HI y Gomez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006; 24(2):37-50
- Ramirez R, Agredo-Zuñiga R y Jerez A. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev Salud Publica.* 2010; 12(5):807-19

## Apéndice A

### Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale) (Versión española)

- Si Ud. considera sólo sus habilidades físicas, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera su dolor artrítico, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera su nivel de tensión nerviosa, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera su salud, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera su artritis, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente
- Si Ud. sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?: Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

# Cuidados de enfermería especializada a la mujer con una ingurgitación mamaria



## AUTORAS

- ALICIA VILLACORTA MARTÍN
- CLARA MORENZA NÚÑEZ
- CRISTINA RUBIO MARCOS
- DIANA VILLACORTA MARTÍN
- AMAIA LOPEZ-DE MATURANA ELORZA  
*Residentes de 2º año de la Especialidad Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Cantabria. España*
- ANA ROSA ALCONERO-CAMARERO  
*Profesora Titular de Enfermería Universidad de Cantabria. Matrona. Cantabria. España*

## PALABRAS CLAVE

- > LACTANCIA MATERNA
- > INGURGITACIÓN MAMARIA
- > DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

## RESUMEN

La ingurgitación mamaria (IM) es un proceso fisiológico conocido como "subida de la leche", que aparece entre el segundo y el quinto día posparto, sin embargo, un manejo inadecuado de esta situación puede derivar en complicaciones e incluso en el abandono de la lactancia materna.

**Los objetivos son:** identificar las necesidades de salud de la mujer afectada por una IM y establecer los diagnósticos enfermeros más adecuados para resolver las necesidades identificadas en una IM.

Se plantea un plan de cuidados estandarizado que aborde en la madre una IM, teniendo en cuenta a la mujer, al recién nacido y a su familia.

Para su realización, la valoración se ha focalizado por sistemas y se ha seguido la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, se identifican complicaciones potenciales o problemas interdependientes y, por otra, diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Para los DdE se identifican los criterios de resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Pediatría recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y el inicio de la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los

6 meses de edad, manteniendo la LM hasta los dos años de edad o más (1,2).

Existen publicaciones recientes y revisiones sistemáticas que refuerzan el uso de la LM exclusiva durante los 6 primeros meses respaldándose en los beneficios para la salud de los niños, por ejemplo, enfer-

medades gastrointestinales, otitis media, enfermedades respiratorias y enfermedades atópicas. Varios estudios sugieren además que la obesidad durante la niñez tardía y la adolescencia es menos frecuente entre los niños amamantados, estableciendo además un efecto dosis-respuesta:

a mayor duración de la LM menor riesgo de obesidad. Así mismo, se han demostrado beneficios maternos, como el retraso en la menstruación, pérdida de peso después del parto y beneficios en la salud mental gracias al sentimiento de unión que se crea con los hijos, además de los evidentes beneficios económicos (2).

La fisiología de la LM está basada en la siguiente sucesión de eventos: cuando el lactante succiona el pecho los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. En respuesta se secreta prolactina, que estimula la producción de leche y oxitocina, que provoca la secreción de la leche a través del pezón (1). La fisiología de la LM puede verse afectada por múltiples factores relacionados con la madre (estrés, dolor), el recién nacido (RN) (bajo peso al nacer, prematuro, crecimiento intrauterino retardado...), el entorno, así como una hospitalización postparto breve. Por este motivo, las madres necesitan una asistencia experta e inmediata por parte de los profesionales sanitarios para ayudar con la LM tras el alta hospitalaria, ya que es común que las dificultades con la LM surjan durante las primeras semanas de vida del RN o incluso cuando se inicia la alimentación complementaria (3).

Dentro de las dificultades que pueden aparecer, la ingurgitación mamaria (IM) se considera un proceso que en su inicio es un hecho fisiológico pero que puede abrumar a la madre lactante. Comúnmente se conoce como “subida de la leche” y su manejo inadecuado puede derivar en complicaciones e incluso el abandono de la LM.

Si atendemos a la secuencia temporal para definir la IM, podríamos clasificarla en Ingurgitación Primaria o Secundaria (4). La Primaria se produce entre los días 2 y 5 tras el parto y está relacionada con la acción de la prolactina y el brusco descenso de los niveles de progesterona tras el alumbramiento. En este caso es normal experimentar tensión y calor en la mama, pero la leche fluye con facilidad. En la Ingurgitación Secundaria, de aparición más tardía, se suman a los síntomas anteriores otros como edema y un drenado dificultoso de la leche, que en ocasiones se acompaña de fiebre que suele ceder en 24 horas (5). La IM secundaria se relaciona con un desajuste entre la producción de leche y las necesi-



Las madres necesitan una asistencia experta e inmediata por parte de los profesionales sanitarios para ayudar con la LM tras el alta hospitalaria, ya que es común que las dificultades con la LM surjan durante las primeras semanas de vida del RN o incluso cuando se inicia la alimentación complementaria.

dades del lactante y se ve favorecida por los siguientes factores: espaciado de las tomas, excesiva extracción con sacaleches y medicación que estimule la producción láctea (4).

Son escasos los planes de cuidados estandarizados (PCE) publicados en el ámbito de la enfermería especialista gineco-obstétrica (matrona), aunque recientemente se han publicado varios que recogen los cuidados estandarizados de las mujeres en las distintas fases del parto (6,7). Lo que se plantea en este artículo es un plan de cuidados estandarizado que aborde de manera integral el problema de la IM, teniendo en cuenta no solo a la madre sino también a su hijo y la familia.

La importancia de un abordaje precoz de la IM radica en la prevención del abandono de la LM, lo que supondría la pérdida de numerosos beneficios para el RN y la madre. La gran repercusión de este problema hace deseable la búsqueda de los mejores cuidados para resolverlo. La utilización de un plan de cuidados estandarizado (PCE) basado en la evidencia actual garantiza la consecución de estos cuidados de máxima calidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el PCE que se presenta tras la valoración, se sigue la perspectiva bifocal de los cuidados; por una parte, se identifican complicaciones potenciales (CP) y, por otra, diagnósticos de Enfermería (DdE) según la taxonomía NANDA (8). Para los DdE se identifican los criterios de resultados NOC y NIC (9).

## OBJETIVOS

- Identificar las necesidades de salud de la mujer afectada por una IM.

- Establecer los DdE más adecuados para resolver las necesidades identificadas en la IM.

## PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Durante la valoración la matrona utiliza tres métodos básicos para la obtención de información: observación, entrevista y exploración.

El historial médico y la entrevista nos pueden aportar datos necesarios para saber si existen problemas del desarrollo de la mama, la experiencia previa con la LM, enfermedades sistémicas, infecciones, cirugía de mama o trauma, medicamentos, alergias y hallazgos en los autoexámenes de mama que pueden variar las intervenciones necesarias (10).

Muchas mujeres amamantan con éxito después de una intervención quirúrgica, sin embargo, una incisión periareolar o “técnica de translocación pezón” para la reducción de mama pueden dañar nervios y conductos, también es cada vez es más frecuente encontrar mujeres con un *piercing* en el pezón, la LM puede tener éxito tras su retirada (10).

Se hace necesario conocer también el tipo de parto, pues los niveles máximos de congestión ocurren 24-48 horas más tarde en las cesáreas que en los partos vaginales (11).

Según The Academy of Breastfeeding Medicine (11), no existen estudios suficientes para establecer una relación entre la congestión mamaria con la paridad. Sin embargo, al tratarse la IM de un problema ligado a un mal agarre y a un vaciado incorrecto, conocer las experiencias anteriores puede ayudar a identificar a las mujeres con mayor riesgo (1).

Se realizará una valoración integral; incluyendo la evaluación materna, del lactante y del apoyo familiar para facilitar la intervención (3).

Respecto a la exploración física de la mama, no se ha demostrado que exista ninguna herramienta superior a otra para la evaluación de la congestión mamaria. Aunque existen escalas de firmeza y dureza de la mama para calificar la ingurgitación son las descripciones visuales las más usadas (11). La exploración física no sólo es esencial para el diagnóstico de la ingurgitación, sino que también aporta datos de los motivos que podrían estar causando el problema.

Un pecho ingurgitado se caracteriza por estar agrandado, hinchado y doloroso. Puede estar brillante y edematoso con áreas enrojecidas difusas. El pezón puede estar estirado y aplanado. La leche no fluye fácilmente y supone una dificultad aumentada para el agarre y la succión del niño. Puede aparecer fiebre que habitualmente cede en las primeras 24 horas (5).

Para valorar la toma de la lactancia materna se recomienda la hoja de observación de una toma OMS/UNICEF, que incluye qué signos sugieren una LM adecuada y cuáles indican que la madre necesita ayuda. (12) Según la evidencia, el inicio temprano de la LM y las posturas correctas previenen la IM, así como el amamantamiento continuo, el masaje de los pechos y la extracción manual (13).

La Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) relaciona los siguientes signos del RN con una LM ineficaz (3):

- La pérdida de peso infantil supera el 7%.
- La pérdida de peso continua después de 3 días.
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas.
- Deposiciones de meconio después del cuarto día.
- Menos de 6 pañales mojados en 24 horas después del cuarto día.
- El lactante está irritable e inquieto o adormilado y se niega a alimentarse.
- No hay sonidos audibles de deglución durante las tomas.
- El lactante no comienza a ganar peso a partir del quinto día.
- El lactante no ha recuperado el peso que poseía al nacer a los 14 días.

En referencia a la valoración psicológica de la madre y apoyo familiar, hay que

valorar el estado anímico de la mujer, si está tranquila, si mantiene la confianza en su suministro de leche o si por el contrario está confusa por haber recibido consejos contradictorios. Es esencial, pues puede cambiar su disposición para seguir amamantando (5).

Existe evidencia para concluir que el apoyo a la lactancia favorece su mantenimiento a los seis meses, por este motivo en la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio se recomienda fuertemente el apoyo dirigido e individualizado a las madres que desean lactancia materna (13).

### COMPLICACIONES POTENCIALES Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

De acuerdo con Luis Rodrigo (15), "las actividades que la matrona realiza en las complicaciones potenciales o los problemas interdependientes se centran en las intervenciones realizadas con la prescripción médica, esto son las pruebas diagnósticas y los tratamientos." La matrona valora, detecta y previene las CP más frecuentes en la IM (4,14) que se muestran en la **tabla 1** junto con las NIC. Con respecto a los DdE propuestos en este PCE se muestran en las **tablas 2, 3, 4 (8,9)**.

Las pruebas diagnósticas que pudieran solicitarse (4,12) son el cultivo y el antibio-

grama para distinguir entre la mastitis infecciosa y no infecciosa.

En los tratamientos más frecuentes requeridos (4,12) se encuentran:

- Analgésicos o antiinflamatorios si el dolor no se controla con medidas físicas.
- Antibioterapia: el *staphylococcus aureus* *meticilin* resistente es el patógeno más frecuentemente relacionado con las mastitis y el absceso mamario.
- Tratamiento quirúrgico: en el caso del absceso mamario o galactocele, donde el ginecólogo realizará una incisión y drenaje (4).

El tratamiento que de forma autónoma puede plantearse la matrona es la aplicación de frío en las mamas según la recomendación, aunque débil, de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio de la recomendación, por medio de compresas de agua tibia tras el amamantamiento (13).

La OMS recomienda además la aplicación de compresas calientes en el área de la areola o una ducha caliente justo antes de una lactada para ayudar a iniciar el flujo de leche y disminuir la sintomatología además de dar masajes a su cuello y su espalda y a los pechos muy delicadamente para ayudar al flujo de leche (1,12).

**Tabla 1. COMPLICACIONES POTENCIALES.**

Complicaciones Potenciales	NIC
Conducto obstruido secundario a estasis mamario	(6610) Identificación de riesgos (3590) Vigilancia de la piel
Mastitis secundaria a respuesta inflamatoria y/o sobrecrecimiento bacteriano	(2380) Manejo de la medicación (2300) Administración de medicación
Absceso mamario secundario a la formación de tejido de granulación alrededor de la inflamación	(2930) Preparación quirúrgica (2900) Asistencia quirúrgica
Dolor secundario a inflamación y distensión de los tejidos	(1400) Manejo del dolor (1380) Aplicación de calor o frío (1480) Masaje (2210) Administración de analgésicos

**Tabla 2. DdE “DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA”.**

(00106) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA: patrón de aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede ser reforzado.	
Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante. Indicadores: (100001) Alineación y unión adecuadas. (100002) Sujeción areolar adecuada. (100013) Correcta colocación de la lengua. (100010) Aumento de peso adecuado para su edad. (100007) Mínimo de ocho tomas al día.</p> <p>(1001) Establecimiento de la lactancia materna: madre. Indicadores: (100102) Sostiene el pecho manteniéndolo en forma de “C”. (100103) Nivel de llenado del pecho previo a la lactancia. (100113) Reconoce rápidamente los signos de hambre. (100123) Bombeo de la mama. (100124) Utiliza el apoyo familiar. (100125) Utiliza el apoyo de la comunidad.</p> <p>(1002) Mantenimiento de la lactancia materna. Indicadores: (100219) Reconocimiento de signos de conductos taponados. (100218) Técnicas para prevenir la hipersensibilidad mamaria. (100220) Reconocimiento de signos de mastitis. (100217) Capacidad para descongelar y calentar la leche materna almacenada.</p>	<p>(5244) Asesoramiento en la lactancia: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria. (5640) Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses). (5568) Educación parental: lactante. Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.</p> <p>(6870) Supresión de la lactancia. Facilitar el cese de producción de leche y minimizar la congestión mamaria. (5270) Apoyo emocional. Proporcionar seguridad, y aceptación. (5430) Grupo de apoyo. (7110) Fomentar la implicación familiar Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico.</p> <p>(3590) Vigilancia de la piel. (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico. (5270) Apoyo emocional.</p>
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador prescrito por la matrona.	

**Tabla 3. DdE “CONOCIMIENTOS DEFICIENTES”.**

(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con la lactancia materna.	
Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1819) Conocimiento: cuidados del lactante. Grado de conocimiento transmitido sobre la asistencia del niño desde el nacimiento hasta 1 año de edad. Indicadores: (181901) Características del lactante normal. (181902) Desarrollo y crecimiento normales.</p> <p>(1800) Conocimiento: lactancia materna. Grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna. Indicadores: (180001) Beneficios de la lactancia materna. (180002) Fisiología de la lactancia. (180007) Succiones nutritivas frente a las no nutritivas. (180015) Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de la leche materna.</p>	<p>(5568) Educación parental: lactante Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.</p> <p>(6820) Cuidados del lactante. Provisión de cuidados a lactantes menores de 1 año de edad, adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia.</p> <p>(5244) Asesoramiento en la lactancia: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria. (5606) <b>Enseñanza: individual.</b> Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza. (6900) Succión no nutritiva. Proporcionar oportunidades de succión al lactante.</p>
La puntuación diana de resultados dependerá del indicador prescrito por la matrona.	

**Tabla 4. DDE "ANSIEDAD".**

(00146) ANSIEDAD: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Resultado NOC	Intervención NIC
<p>(1302) Afrontamiento de problemas. Indicadores: (130203) Verbaliza sensación de control. (130210) Adopta conductas para reducir el estrés. (130222) Utiliza el sistema de apoyo personal.</p> <p>(1205) Autoestima. Indicadores: (120501) Verbalizaciones de autoaceptación.</p>	<p>(5230) Mejorar el afrontamiento. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes. (5240) Asesoramiento. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento. (5400) Potenciación de la autoestima. (4700) Reestructuración cognitiva. Estimular a la mujer para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados.</p> <p>(5395) Mejora de la autoconfianza. Fortalecer la confianza de la mujer en su capacidad de realizar una conducta saludable.</p>
<p>La puntuación diana de resultados dependerá del indicador prescrito por la matrona.</p>	

El uso de un sujetador que ajuste bien previene y ayuda a aliviar la congestión de las mamas (10).

### IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Todas las disciplinas profesionales tienen dentro de sus características fundamentales el uso de metodología propia para resolver problemas en el ámbito de su autonomía. La Enfermería debe por tanto cumplir, el requisito de usar metodología científica, que en su ámbito recibe el nombre de Proceso de Atención de Enfermería. Este proceso tiene las características de ser sistemático, lógico, ordenado, dinámico y flexible. Las características citadas le añaden beneficios a la práctica clínica como es evitar los olvidos, favorecer el trato personalizado, mejorar la comunicación entre profesionales, aumenta la coherencia y la calidad de los registros, proporcionar un marco jurídico, optimizar recursos e impulsar la investigación, en definitiva, mejorar la calidad de los cuidados.

### BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud Ginebra: WHO;2010. 120 p.
- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics [Internet]. 2012 Jun [cited 2015 Jul 9];129(3):827-84.

Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.html>

- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Lactancia materna: Guía de buenas prácticas en enfermería;2007.
- Spencer J. Common problems of breastfeeding and weaning. In: UpToDate, Waltham, MA;2013.
- Organización Mundial de la Salud. Mastitis: causa y manejo. Ginebra:WHO;2000. 35 p.
- López- Mirones M, González- Maestro M, Alconero- Camarero AR, Gil- Urquiza MT, García-González C, Alonso- Salcines A. Plan de cuidados estandarizado durante la fase de dilatación del parto normal. Nuber Científ. 2014;2(13):48-57.
- García-Gonzalez C, Terán- Muñoz O, Alconero-Camarero AR, Gil-Urquiza MT, Gonzalez-Maestro M, Laurrieta-Sáiz I. Plan de cuidados estandarizado durante el periodo expulsivo y de alumbramiento en el parto normal. Nuber Científ. 2015;2(14):56-64.
- Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier;2013.
- Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2aed. Madrid: Masson Elsevier;2007
- Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood

CJ, Moore TR. The Breast and the Physiology of. En: Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. ed 6. Philadelphia, Pa, USA: Elsevier Health Sciences; 2014.112-130.

- Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #20: Engorgement. Breastfeed Med. [Internet]. 2009[citado 9 mar 2015]; 4(2):111-3. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2009.9997>
- Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación, Guía del director, guía del capacitador y manual del participante. Ginebra: OMS, UNICEF;1993.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
- Mangesi L, Dowswell T. Tratamientos para la ingurgitación mamaria durante la lactancia (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD006946. DOI: 10.1002/14651858.CD006946
- Luis Rodrigo MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

# Visibilizar a Enfermería y sus actividades

## AUTORES

- AMPARO PUCHADES SIMÓ  
*Enfermeras Consultas Externas del Departamento de Salud Valencia Hospital General*
- ENCARNA DOMINGO CEBRIÁN  
*Enfermera de la Unidad de Diabetes y Pruebas Funcionales del Departamento de Salud Valencia Hospital General*
- RAQUEL PUCHADES BENÍTEZ  
*Licenciada en Biología. Técnico Especialista Laboratorio Hospital Universitario de la Ribera*
- ÁNGELA NIETO MARTÍNEZ  
*Enfermera GERIANNA Residencia 3ª edad*

## PALABRAS CLAVE

> INVISIBILIDAD ENFERMERA > ENFERMERÍA INVISIBLE



## RESUMEN

Enfermería, a pesar de tener un cuerpo desarrollado de conocimientos propios, estos han quedado históricamente marginados e invisibles frente a los saberes de otras disciplinas como la médica, cuyo poder y legitimidad ha resultado predominante. Se definen los cuidados invisibles entendiéndolos como un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, empatía, conocimiento y experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente. Las dificultades para lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles son múltiples: cómo medirlo, medir su eficiencia y determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de cuidados enfermeros.

La enfermería debería aspirar a tomar presencia como colectivo autónomo y con claro perfil profesional, para ello debería diseñar un plan de comunicación que la llevara “del silencio a la voz” lo que las enfermeras saben y deberían comunicar al público.

El objetivo de este trabajo es visibilizar las actividades enfermeras y restar invisibilidad a los cuidados/atención prestados a los pacientes atendidos en las Consultas Externas de Estomatología y Cirugía Maxilofacial.

**Metodología:** se trata de un estudio observacional transversal, en el que se han estudiado las actividades enfermeras realizadas durante el periodo comprendido de enero a octubre de los años 2014 y 2015, en las Consultas Externas de Estomatología y Cirugía Maxilofacial. Las variables estudiadas se han clasificado según la taxonomía empleada en la quinta edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, aunque algunas actividades no se han podido clasificar empleando esta taxonomía. Para llevar a cabo dicho estudio se diseñó una parrilla que contemplaba todas las actividades realizadas en el turno de trabajo de mañanas, de tal forma que se hacía una marca cada vez que se realizaba la actividad. En los Resultados se presenta el análisis estadístico, con las frecuencias absolutas de cada periodo estudiado y la diferencia entre ellos.

## INTRODUCCIÓN

La evolución de la enfermería se ha caracterizado por tener un camino largo y duro hasta que se ha reconocido como una disciplina, con un pasado, una historia, unos conocimientos propios y unos métodos específicos (1).

La historia nos ha enseñado que las cosas que tocan a enfermería siempre han tenido un coste sobreañadido, pero también nos

enseña que no se le pueden poner límites al conocimiento, que no es privativo de unas disciplinas sobre otras (2).

A finales del siglo XIX e inicios del XX, con la entrada de mujeres seglares en enfermería y con el inicio del avance profesional secular de la profesión, la enfermería se consolida como un dominio de la autoridad moral y habilidad femenina. Para moldar la profesión de enfermería en una lo suficientemente respetable para atraer a mujeres de clase media, sin representar una amenaza a la autoridad de los médicos, lo que ocurrió fue la descalificación continua de los conocimientos y habilidades de enfermería y un énfasis en la virtud y la ética (3).

centrados en las necesidades de cada paciente. Dichas intervenciones a menudo no son ni registradas ni valoradas institucionalmente, sin embargo, ocupan tiempo de trabajo teniendo un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de las personas, que debería ser considerado (5).

Cuando hablamos de CI nos referimos a aquellas acciones profesionales y autónomas de cuidado enfermero que en su mayoría resultan intangibles pero que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas, tanto o más que las acciones técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona (6), nos referimos a acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no


En 2010, Hernández Yáñez, en el documento de trabajo, "La enfermería frente al espejo: mitos y realidades" reflexionaba sobre el papel que la profesión enfermera debía tomar respecto de la visibilidad de los cuidados: "La enfermería debería aspirar a tomar presencia como colectivo autónomo y con claro perfil profesional, y para ello debería diseñar un plan de comunicación que la llevara "del silencio a la voz" lo que las enfermeras saben y deberían comunicar al público" (9).

La enfermería viene avanzando en la formación de un propio cuerpo de conocimientos científicos, buscando por medio de estudios e investigaciones su definición como ciencia, creciendo sustancialmente en las últimas décadas. Las representaciones sociales identificadas en los diversos segmentos de la sociedad y en las difundidas por los canales de comunicación reflejan, un profesional sin poder, sin autonomía, sin conocimiento, sin voz (10).

En la actualidad la imagen social del colectivo enfermero sigue estando encorsetada en demasiados estereotipos. Según Miguel Ángel Mañez, economista, los medios de comunicación suelen hacerse eco de las grandes investigaciones, de los avances tecnológicos, de la robotización o de los nuevos hospitales, pero lo básico y sencillo no vende. Todo lo relacionado con la educación, promoción de hábitos, los cuidados, autocuidados, la cercanía constante, la respuesta rápida a dudas vitales, etc. se da por sabido y por eso no hace falta contarlo. Parece por tanto, que una adecuada y planificada comunicación de lo que hacemos, podría aumentar la visibilidad de los cuidados de Enfermería (11).

La normalización del proceso de cuidados enfermeros, como instrumento de mejora de calidad de los cuidados y desarrollo profesional, no siempre es aceptada por los distintos profesionales o actores del sistema; con frecuencia los cambios son percibidos como amenazas, aunque estos temores no siempre se manifiestan explícitamente, produciéndose incoherencias entre la responsabilidad que se exige a enfermería y la autoridad que se les confiere, lo cual crea situaciones de impotencia y frustraciones entre el colectivo (12).

La enfermería dotada de autonomía y pericia distintiva, aparece en los medios de comunicación con señas de identidad

 El objetivo de este trabajo es visibilizar las actividades enfermeras y restar invisibilidad a los cuidados/atención prestados a los pacientes atendidos en las Consultas Externas de Estomatología y Cirugía Maxilofacial.

La profesionalización de Enfermería se consolida en la segunda mitad del siglo XX y trae aparejados grandes cambios en la práctica enfermera; mayor estandarización, más procedimientos, una mayor delegación de tareas en cuidados y técnicas, así como un mayor reconocimiento socio-económico. Sin embargo, en muchas ocasiones, esto ha disminuido el tiempo disponible para los cuidados invisibles (CI), que continúan siendo escasamente reconocidos, a pesar de su contribución a la calidad de vida del paciente, enfermo o familiares (4).

Son múltiples las definiciones que conciben el cuidado como un proceso más allá de meras técnicas y acciones dirigidas a la resolución física de la patología. En esta línea se enmarca la definición de CI, entendiéndolo como un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, empatía, conocimiento y la experiencia, que llevan a enfermería a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente

suelen ser registradas pero que ocupan tiempo de trabajo (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) por lo que los mismos profesionales las hacemos invisibles (actividades de drenaje emocional y de asesoría de salud entre otras) (7).

El pensamiento enfermero puede resumirse en la palabra cuidado, definido por Jacox como "la ciencia de los cuidados que comprende el confort, alivio del dolor, la creación de condiciones favorables para el reposo y el sueño. Cuidar es ayudar, acompañar, capacitar, escuchar, estimular, relacionar, asesorar, reconocer, significa estar con el otro cuando nos necesite adaptándonos a las necesidades de cada momento". Los cuidados médicos relacionados con la tecnología médica tienen reconocimiento tanto social como de los profesionales, mientras que los cuidados invisibles que acompañan al acto médico, están infravalorados (8).

que no se corresponden con los atributos identificativos que ese colectivo reconoce como suyo. Aparece ejerciendo un papel subordinado al médico y presentando estereotipos ligados al género. A esto hay que sumar que los resultados de la intervención enfermera han permanecido invisibles, ya que la evaluación y seguimiento están basados en sistemas con un claro sesgo biomédico que han servido para atribuir resultados globales del servicio, pero no para discernir el efecto de la intervención enfermera. Así cuando desde el paradigma actual se pretende describir la práctica enfermera, se reduce a una mera descripción de tareas y poco más (13).

Para poder abordar el desarrollo histórico de enfermería con perspectiva de género es necesario definir primero lo que éste es. Según Yuliuva Hernández García “ el género constituye la categoría explicativa de la construcción social y simbólica histórico-cultural de los hombres y las mujeres sobre la base de la diferencia sexual (14). Lourdes Benería dice: “el género sería un conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características, por otra parte este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que, a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor (15).

Las teorías transculturales proponen una revisión del ser humano en sus dimensiones poliédricas, somos “densas capas de complejidad” donde lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual no son fáciles de diferenciar (16).

Madeleine Leininger, enfermera pionera en introducir el concepto de Enfermería Transcultural (años 50), define la cultura de los cuidados como “las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular, que son aprendidas, compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y de acción (17)

M<sup>a</sup> Françoise Colliere habló a finales del siglo XX de la necesidad de recuperar el sentido original del cuidado. A ella corresponde la frase “ a veces, con frecuencia, se puede vivir sin tratamiento pero no se puede vivir sin cuidados”. El cuidado es un



## En la actualidad la imagen social del colectivo enfermero sigue estando encorsetada en demasiados estereotipos.

acto de relación entre seres humanos, el estar con el otro es lo que da sentido a la vida humana (18).

Existe una trayectoria de más de veinte años en que la enfermería española reflexiona sobre su imagen social, prueba de ello es que desde inicios de la última década del siglo pasado comenzaron a publicarse en revistas científicas sólidos trabajos que abordan aspectos relativos a la imagen pública de la enfermería y sus repercusiones, poniéndose de manifiesto como la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras no coincide con la identidad profesional de este colectivo, lo cual repercute negativamente en el reconocimiento social de las enfermeras (19).

El instrumento más utilizado para determinar cuál es la satisfacción con un servicio es la encuesta a usuarios, que permite recoger y sistematizar las opiniones de estos. Mediante este instrumento se logra que el individuo realice una valoración de todas las características contempladas del servicio sanitario y, en función de sus necesidades y expectativas les dé un valor. El conocimiento de dichas opiniones sería la base empírica para una gestión que tenga por objeto ofrecer un servicio de mayor calidad (20).

Las dificultades para lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles son múltiples: cómo medirlo, como medir su eficiencia y cómo determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de cuidados enfermeros (21).

El filósofo francés Michael Foucault plantea la necesidad de poner nuestro punto de mira en los gestos que se dan en el día a día sin aparente importancia, para una

construcción de conocimiento desde una perspectiva crítica en la que se analicen la disciplina y las redes de relaciones de poder/saber que se establecen en interacción entre las personas. Como exponen Amezcua y Hernández Zambrano, la práctica cotidiana enfermera es una fuente inagotable de experiencias que posibilita el desarrollo de una investigación acorde a la realidad del espacio donde se ejerce el cuidado; un espacio en el que aparentemente no sucede nada pero donde en realidad ocurre todo: la salud, la enfermedad, el padecimiento, la necesidad, la relación terapéutica, el cuidado, la cultura, etc. (22). Las teorías enfermeras contribuyen a guiar la práctica y desarrollar conocimientos y ayuda en el proceso de profesionalización de los cuidados. Con todo esto, parece necesario que por parte del sistema se dirijan esfuerzos a la concienciación y formación de las enfermeras en este ámbito y tratar de que los cambios en el sistema surjan de la práctica para que la incorporación de los mismos al conocimiento de las enfermeras sean significativos y útiles (23).

Madeleine Leininger afirmaba que “puede haber cuidados sin curación pero jamás curación sin cuidados (24).

### OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es cuantificar la carga de trabajo de las Consultas Externas (CCEE) de Estomatología y Cirugía Maxilofacial (CMF) del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), mediante el empleo de una hoja de cálculo Excel. Además de cuantificar la evolución de los registros enfermeros utilizados como herramienta para dar visibilidad a las actividades enfermeras y restar invisibilidad a los cuidados/atención prestados a los pacientes atendidos en nuestras consultas; y cuantificar las actividades administrativas no específicas de enfermería.

### METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: observacional transversal.
- Población estudio: las actividades enfermeras realizadas en el turno de mañanas durante el periodo comprendido de enero a octubre de los años 2014 y 2015, en las CCEE de Estomatología y CMF. Se estudió este periodo con objeto de poder comparar la evolución de carga

de trabajo en un mismo sector de tiempo (noviembre fue el mes en que se inició el estudio para el presente trabajo) dado que los registros en la hoja de cálculo Excel se inició de forma paulatina en 2014.

- Criterios de inclusión: todas las actividades enfermeras y actividades no específicas de enfermería (atención a ventanilla, impresión de etiquetas, cumplimiento de justificantes y atención telefónica) realizadas durante el periodo comprendido de enero a octubre de los años 2014 y 2015, en las CCEE Estomatología y CMF, realizadas en el turno de mañanas.
- Criterios de exclusión: actividades enfermeras no administrativas que han requerido una inversión de tiempo inferior a cinco minutos.
- Tamaño de la muestra: no se ha estimado muestra, han sido recogidas todas las actividades que cumplen los criterios de inclusión.
- Variables: las variables estudiadas en este trabajo se han clasificado según la taxonomía empleada en la quinta edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (26), algunas actividades no se han podido clasificar empleando esta taxonomía, podemos ver el listado completo en la **tabla 1**.
- Fuente de información: se diseñó una parrilla que contemplaba todas las actividades realizadas en el turno de mañanas, de tal forma que se hacía una marca cada vez que se realizaba la actividad. Al finalizar la jornada se contabilizaban las marcas registradas y los totales se registraban en una hoja de cálculo Excel. Algunas intervenciones se agrupan dentro de los códigos administrativos asignados por el Servicio y se desglosan en la **tabla 2**.
- Análisis estadístico: se presentan las frecuencias absolutas de cada periodo estudiado y la diferencia entre ellos.

## RESULTADOS

La realización de ortopantomografías de forma conjunta, supone la actividad más ejecutada. Otra intervención que destaca en los dos periodos estudiados es el registro enfermero, encontrando un incremento del 18 %, así como el número de cirugías realizadas, como podemos ver en la **tabla 1**.

**Tabla 1. RELACIÓN DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES**

	Total E/O1 2014	Total E/O 2015	Diferencia entre periodos
ES02 extracción dental con cirugía	1594	2119	+ 525
ES03 extracción dental simple	380	269	- 111
ES04 pacientes anticoagulados o de riesgo	398	417	+ 19
ES04 REV revisión pacientes anticoagulados	N R2	580	
ES07 teleradiografía	118	113	- 5
Ortopantomografías derivadas de otros centros	2178	1221	- 957
Ortopantomografías generadas en el servicio	2614	2550	- 64
Ortopantomografías urgentes	897	900	+ 3
Urgencias	1180	1116	- 64
ES 37 biopsias	473	423	- 50
Cuidado de las heridas	501	466	- 35
Administración de medicación: oral	132	167	+ 35
Terapia intravenosa	51	50	- 1
Administración de medicación: intramuscular	148	153	+ 5
Atención a pacientes ingresados	448	410	-38
Gestión del ingreso de un paciente urgente	19	18	- 1
Irrigación de heridas	N R	367	
Determinación de Presión arterial y frecuencia cardiaca	10	29	+ 19
Registros enfermeros	3038	3584	+ 546
Cirugías no citadas o imprevistas	159	187	+ 28
Emisión de justificantes de asistencia a la consulta	NR	1144	
Impresión de etiquetas identificadoras de los pacientes	NR	2158	
Atención al teléfono	NR	5976	
Atención de ventanilla	NR	6121	

1 Enero/Octubre; 2 NR=No Registrado



En las CCEE aparentemente la carga de trabajo es invisible. El programa Excel nos ha permitido cuantificar la actividad enfermera y por tanto poder evaluar la evolución de la carga de trabajo en el período estudiado (enero a octubre 2014/2015) en nuestra consulta, así como evidenciar la falta de tiempo para realizar más registros enfermeros.

**Tabla 2. INTERVENCIONES NIC INCLUIDAS EN LOS CÓDIGOS ADMINISTRATIVOS**

ES02= Cirugía ES37 =biopsias ES03=extracciones simples	Disminución de la ansiedad Preparación quirúrgica Precauciones quirúrgicas Asistencia quirúrgica Control infecciones intraoperatorio. Control del dolor
ES04=extracciones anticoagulados	Disminución de la ansiedad Preparación quirúrgica Precauciones quirúrgicas Asistencia quirúrgica Control infecciones intraoperatorio Control del dolor Disminución de la hemorragia.
ES04REV=revisión pacientes anticoagulados	Disminución de la hemorragia: heridas.
Urgencias	Recepción de paciente Clasificar el nivel de la urgencia Administrar medicación (si procede) Realizar ortopantomografía Notificar al médico
REGISTROS=en historia clínica	Realizar los registros de las intervenciones enfermeras

El descenso más importante lo presentan las ortopantomografías derivadas de otros centros, debido a un reajuste de la carga de trabajo. Algunas actividades no se registraron en el año 2014 (inicio de registros en la hoja Excel).

### DISCUSIÓN

Desde una visión histórica, una de las causas de la invisibilidad de la actividad enfermera, se ha explicado desde una perspectiva de género, el ser mujer. En nuestras CC.EE. Estomatología y CMF, todos los profesionales de enfermería somos mujeres (3, 15).

Dado que los registros enfermeros se realizan con taxonomía NIC al registrar una intervención implícitamente estamos visibilizando actividades difícilmente cuantifica-



bles, ejemplo; disminución de la ansiedad. Entre las limitaciones de nuestro trabajo encontramos un déficit en el registro de actividades enfermeras, relacionadas con falta de tiempo.

### CONCLUSIONES

En las CCEE aparentemente la carga de trabajo es invisible. El programa Excel nos ha permitido cuantificar la actividad enfermera y por tanto poder evaluar la evolución de la carga de trabajo en el período estudiado (enero a octubre 2014/2015) en nuestra consulta, así como evidenciar la falta de tiempo para realizar más registros enfermeros.

También observamos que parte del tiempo de la jornada laboral se dedica a actividades no específicas de los profesionales de enfermería, como atención al teléfono, atención a la ventanilla, cumplimentación de justificantes, impresión de etiquetas, etc.

En las intervenciones interdisciplinares es importante resaltar que no sólo se realizan intervenciones de colaboración, sino que simultáneamente se tiene una visión del cuidado, atendiendo a los aspectos emocionales y del entorno del paciente. La disminución de la ansiedad es una intervención que mengua el temor que sienten muchos de los pacientes que acuden a nuestras consultas.

La realización de registros enfermeros con taxonomía NIC nos ayuda a perder invisibilidad.

Sería deseable que enfermería pudiera dedicarse al trabajo específico enfermero y no a tareas administrativas, etc.

Hay intervenciones enfermeras que realizamos cuyas definiciones no están incorporadas en la NIC, por lo que pensamos que sería necesaria una validación transcultural para adaptarla a nuestro entorno.

Coincidimos con Huericanos Esparza I. 2010 y Gasch Gallén A. 2012, en la necesidad de incorporar el aprendizaje de los cuidados invisibles en la formación en Enfermería, considerando que son competencias profesionales y no solo actitudes relacionadas con la personalidad (23, 25).

Al igual que Rosanna de la Rosa E. 2012, opinamos que los cuidados invisibles son necesarios y fundamentales en el ejercicio de la enfermería. Se debe reconocer su importancia y empezar a contabilizarlos dentro del trabajo diario de esta profesión (21).

Con este trabajo pretendemos transmitir a otros profesionales la necesidad de realizar el esfuerzo de registrar / cuantificar nuestras intervenciones, así como la utilidad de la hoja de cálculo Excel en el registro de las actividades, como herramienta de ayuda para demostrar la carga de trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- García-Carpintero Blas E. Reflexión del papel de la Enfermería a lo largo de la historia. *Enferm Glob* [Internet]. 2007 [citado: 2015 Nov 11]. 6(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/358>.
- Amezcuca M. 25 años, y un futuro por delante: A propósito de la integración de la Enfermería en la Universidad española. *Índex Enferm* 2003; 40: 9-10.
- Nelson S. La imagen de la enfermera – Los orígenes de invisibilidad histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 2011 Abr-Jun; 20(2): 221-2.
- De la Rosa R, Zamora G, Aguinaga I, Guillén F. Cuidados invisibles e identidades del cuidado enfermero ante las grandes transformaciones sociales del siglo XXI. *Parainfo Digital* [internet] 2012 [citado abr. 2016]. VI (15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/083o.php>
- Huericanos Esparza, I. Cuidado invisible: donde los medicamentos no llegan. *Índex Enferm* [internet]. 2013 Jun [citado: 2016 Mar 02]. 22(1-2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>
- Anguas Gracia A, Martínez Lozano F, Huericanos Esparza I. El cuidado invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Parainfo Digital* [internet] 2012 [citado abr. 2016]. VI (15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/080o.php>
- Huércanos Esparza I. El cuidado invisible de la enfermera. *Archivos de la memoria* [internet] 2012 [citado abr. 2016]. 9 (4). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9415.php>
- Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm* [internet]. 2004 Nov [citado 2016 Mar 02] 13(46):09-12. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/escielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/escielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200002&lng=es).
- Hernández Yáñez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. España; Fundación Alternativas; [Internet]. 2010 [citado 2015 Nov 15]. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/laenfermeria-frente-al-espejomitos-y-realidades>
- Fahl Kemmer L, Paes da Silva MJ. La visibilidad del enfermero según la percepción de los profesionales de comunicación. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 Abr [citado 2015 Nov 15]. 15(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200002>
- Fernández Salazar, S. Ramos Morcillo, AJ. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE. Revista de Enfermería*. Abr. 2013; 7 (1).
- Celma Vicente M, Acuña Delgado A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental* 2009;9(9):119-136
- Rodríguez-Camero ML, Rodríguez-Camero N. La construcción mediática de la enfermería. *Index Enferm* [internet]. 2008 Jun [citado 2016 Mar 02]. 17(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/escielo.php?pid=S1132-12962008000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/escielo.php?pid=S1132-12962008000200009&script=sci_arttext)
- Zuñiga Careaga Y, Paravic Kljij T. El género en el desarrollo de la enfermería. *Rev Cubana Enferm* [internet] 2009 ene-jun. [citado Mar 2016]. 25 (1-2) Disponible en: [http://www.bvs.sid.cu/revistas/enf/vol25\\_09/enf091.htm](http://www.bvs.sid.cu/revistas/enf/vol25_09/enf091.htm)
- Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La enfermería como rol de género. *Index Enferm* [internet]. 2011 Dic [citado 2016 Mar 02]. 20 (4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Germán Bes C. Género y enfermería. *Index Enferm* [internet]. 2004 Otoño [citado 2016 Mar 02] 13 (46). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/escielo.php?pid=S1132-12962004000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/escielo.php?pid=S1132-12962004000200001&script=sci_arttext)
- Castrillon Chamadoira E. La enfermería transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los cuidados* 2015;XIX (42):128-36
- Germán Bés C, Hueso Navarro F, Huércanos Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enferm glob* [internet]. 2011 jul. [citado 2016 Mar]. 10(23). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300016>
- Calvo Calvo MA. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enferm* [internet]. 2011 Sep [citado 2016 Mar 02]. 20(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-129620110002000010>
- Serrano-del-Rosal R, Ranchal-Romero J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en atención primaria de salud. *Index Enferm* [internet]. 2010 Mar [citado 2016 Mar 02]. 19(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>
- De la Rosa Eduardo R, Zamora Monge G. Cuidados invisibles ¿son suficientemente reconocidos? *Index Enferm* [internet]. 2012 Dic [citado 2016 Mar 02]. 21(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>
- Huericanos Esparza, I. El cuidado invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enfermería*. 2013; 22 ene-jun (1-2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>
- Huericanos Esparza, I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Las casas*, [internet]. 2010 [citado: 2015 Nov 15]. 6(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Menéndez J. " la invisibilidad enfermera es el principal obstáculo". *Mundo Sanitario* [internet]. 2013 Mar [citado 2016 Mar 02]. 16(31). Disponible en: [http://www.adenud.es/wp-content/uploads/2013/04/MS-353\\_Adenyd.pdf](http://www.adenud.es/wp-content/uploads/2013/04/MS-353_Adenyd.pdf)
- Gasch Gallén A, Moreno García A, Germán Bés C. El aprendizaje de los cuidados invisibles. *Parainfo Digital*. 2012; año VI (15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/094p.php>
- McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier 2011.

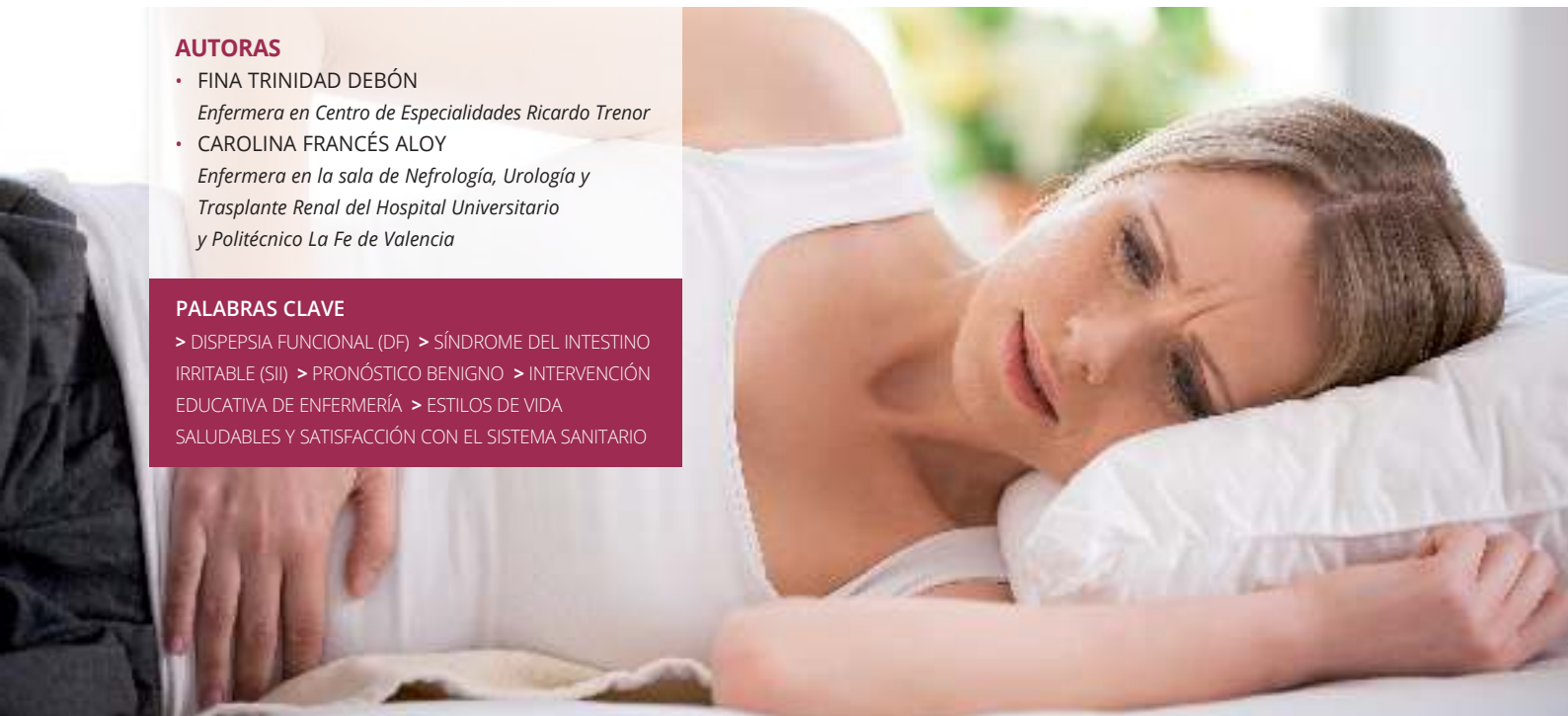
# Implementación de una intervención educativa de enfermería en pacientes con trastornos funcionales digestivos

### AUTORAS

- FINA TRINIDAD DEBÓN  
*Enfermera en Centro de Especialidades Ricardo Trenor*
- CAROLINA FRANCÉS ALOY  
*Enfermera en la sala de Nefrología, Urología y Trasplante Renal del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia*

### PALABRAS CLAVE

> DISPEPSIA FUNCIONAL (DF) > SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII) > PRONÓSTICO BENIGNO > INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA > ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO



### RESUMEN

La Dispepsia Funcional (DF) y el síndrome del intestino irritable (SII), son dos patologías funcionales y benignas con una alta prevalencia, que interfiere en las actividades cotidianas y en la calidad de vida del paciente (1,3). Esto determina un importante impacto a nivel personal, laboral, sanitario y económico (2,3).

Considerando que ambas enfermedades están muy relacionadas con los estilos de vida (6) y el estrés (7) y que una de las funciones fundamentales de la enfermería es la Educación Sanitaria (4,5), se diseñó el presente estudio.

El objetivo general de nuestro estudio es comprobar la efectividad de una intervención educativa de enfermería en pacientes con trastorno funcional digestivo.

Se realizó un estudio de diseño experimental pre-post test, tras una educación sanitaria enfermera grupal e individual, informando al paciente de su patología y estilos de vida saludables.

Las variaciones en los estilos de vida y en la satisfacción del paciente con el sistema sanitario medidas en estos cuestionarios, se han evaluado mediante porcentajes, medias y medianas.

“

El objetivo general de nuestro estudio es comprobar la efectividad de una intervención educativa de enfermería en pacientes con trastorno funcional digestivo.

El grado de satisfacción del paciente y su evolución en el tiempo, se mide mediante el Cuestionario Ad hoc A (anónimo), y destacamos que al inicio pensaban que no se les había prestado la suficiente atención por su problema de salud y a la semana en el 2º taller ya piensan que han sido bien atendidos.

Se podría concluir que la intervención educativa de enfermería ha permitido mejorar la satisfacción de los pacientes con el sistema sanitario.

## INTRODUCCIÓN

La Dispepsia Funcional (DF) define aquellos casos en los que tras realizar las pruebas diagnósticas pertinentes no se encuentra una causa orgánica obvia que justifique los síntomas, como pueden ser el dolor, ardor epigástrico, pesadez postprandial y saciedad precoz (1).

La prevalencia en España es del 25% en población general y del 40% respecto a las patologías de las consultas gastroenterológicas. Es un trastorno de pronóstico benigno, persistente que interfiere en la calidad de vida del paciente. Esto determina un importante impacto tanto a nivel personal y laboral como sanitario y económico (2). El síndrome del intestino irritable (SII) se define como la presencia de una combinación variable de síntomas gastrointestinales, relacionados fundamentalmente con el hábito deposicional y el dolor abdominal, que aparecen de forma crónica o recurrente y que no pueden explicarse por la presencia de alteraciones estructurales o bioquímicas.

Es el trastorno funcional más frecuente por el que el paciente consulta a su médico. Se estima que en España constituye entre un 2-15% del total de las consultas de Atención Primaria, y hasta un 30% de las consultas de Atención Especializada de Gastroenterología. Asocia un importante gasto sanitario y social, tanto a través de costes directos como indirectos (3).

Considerando que una de las funciones fundamentales de la enfermería es la Educación Sanitaria (4,5) se diseñó el presente estudio, que consiste en la implementación de una intervención educativa de enfermería, que se plantea tras detectar en la Consulta de Digestivo del centro de especialidades Ricardo Trénor, de Valencia, la problemática de estos pacientes. Como se ha referenciado anteriormente, generan gran demanda asistencial (2,3), y pese a ser enfermedades benignas (1,2) que deberían ser tratadas por el médico de Atención Primaria (A.P.), en muchas ocasiones, vuelven a ser remitidos a la consulta de digestivo, después de haber sido dados de alta. Debido a su baja calidad de vida y a la desinformación del paciente respecto a que especialista debe tratar su enfermedad, médico especialista en digestivo o médico de A.P., suelen sentirse insatisfechos con el sistema sanitario.

En la bibliografía consultada se recomienda que estos pacientes adopten estilos de vida saludable como dejar de fumar, disminuir la ingesta de alcohol o reducir el peso corporal, ya que puede mejorar los síntomas. También se recomienda cambiar hábitos alimentarios como por ejemplo evitar ciertos alimentos, comer despacio, masticación adecuada y evitar comidas copiosas, entre otras medidas higiénico-dietéticas (6).

Por otra parte, más del 50% de los pacientes diagnosticados de SII refieren que las situaciones estresantes coinciden con el inicio de la sintomatología o exacerban los síntomas preexistentes. El estrés es capaz de influir sobre la función del tubo digestivo y modular la motilidad y la sensibilidad (7), por lo que se ha incluido recomendaciones para disminuir el estrés en nuestra intervención educativa.

Las enfermeras desde las Consultas de A.P. y Especializada desarrollan con éxito programas de intervención para patologías crónicas, como por ejemplo la diabetes o la hipertensión (8), fibromialgia (5), artrosis (9), etc., consiguiendo que los pacientes adquieran hábitos de vida saludables y conocimientos de su propia enfermedad que les lleven hacia el autocuidado y por tanto a mejorar su calidad de vida (10).

El objetivo general será comprobar la efectividad de una intervención educativa de enfermería en pacientes con trastorno funcional digestivo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de diseño experimental pre-post test, en el Centro de Especialidades Ricardo Trénor, perteneciente al área del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Hospital U.P La Fe)

### La población diana:

Pacientes diagnosticados de SII y/o DF a los que se les ha descartado patología orgánica o maligna, y que acudieron a la consulta de digestivo del Centro de Especialidades Ricardo Trénor o a consultas externas de digestivo del Hospital U.P. La Fe; siendo dados de alta por este proceso. El reclutamiento se realizó por muestreo de conveniencia, tras ser aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital U.P La Fe, desde mayo a noviembre del 2015.

### Criterios de inclusión:

Pacientes dados de alta de la consulta de digestivo del Centro de Especialidades Ricardo Trénor o consultas externas de digestivo del Hospital La Fe con diagnóstico de SII y/o DF, que sean mayores de edad, que sepan leer y escribir y firmen el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión:

Pacientes pendientes de descartar patología orgánica y los que presenten alteraciones del deterioro cognitivo o alguna otra causa que imposibilite la comprensión de la información, como por ejemplo, pacientes con barreras idiomáticas.

### Procedimiento:

En aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, el Especialista en Medicina Digestiva realizó una propuesta para ser incluidos en el programa.

La intervención educativa de enfermería consistió en 3 sesiones presenciales grupales y 3 contactos telefónicos como parte del seguimiento individual.

### Cronograma de las sesiones:

- **Sesiones presenciales:** cada participante asistió inicialmente a 2 talleres, en dos semanas consecutivas y a un 3º taller que se realizó entre el 5º-6º mes del 1º taller. Con una participación máxima de 7-8 pacientes.
- **Contactos telefónicos:** el paciente recibió por parte de la misma enfermera que desarrolló los talleres, una llamada telefónica al mes del 2º taller y otra a los 3 meses, en las dos se les pasó el mismo cuestionario de preguntas cerradas "ad hoc C".

### Contenido de los talleres:

- **1º Taller.** Primera intervención educativa. Definición de síndrome de síndrome del intestino irritable y dispepsia funcional, determinantes de la salud, el dolor, para qué sirve el dolor, pensamiento positivo y la empatía.
- **2º Taller.** Una semana después del 1º taller. Meteorismos (gases), estreñimiento, diarrea, espasmos en el colon, ansiedad y estrés, beneficio de la actividad física y la autoestima.
- **3º Taller.** Entre el 5-6 mes después del 1º taller. Inteligencia emocional, la asertividad, además de recordar 1º y 2º taller.

### Objetivos de los talleres

- Crear un ambiente distendido en el grupo donde puedan expresar sus emociones, experiencias, problemas y dudas.
- Aportar información sobre SSI y/o DF, recalando que son síndromes benignos.
- Informar sobre signos y síntomas y como se puede combatir mediante medidas higiénico-dietéticas.
- Fomentar un cambio de actitud mental; donde primen las medidas higiénico-dietéticas frente a las medicaciones.
- Cambiar el rol de enfermo como agente pasivo convirtiéndose en agente activo, para adquirir hábitos de vida saludables.
- Afrontar nuevas maneras de gestionar el estrés y la ansiedad.
- Enseñar técnicas de pensamiento positivo.
- Enseñar técnicas de relajación para manejo y prevención del dolor.
- Enseñar el concepto de Inteligencia Emocional y Asertividad.
- Enseñar técnicas para comportarse de forma asertiva.
- Relacionar la inteligencia emocional y asertividad con la salud.
- Identificar factores desencadenantes de crisis de D.F y S.I.I.

### Variables:

#### Variables independientes:

- Antecedentes médicos y percepción de su enfermedad Se estimará mediante el cuestionario auto administrado "ad hoc B-0" en el 1º y 3º taller.
- Edad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral y estilos de vida Estos datos se recogen mediante el cuestionario auto administrado "ad hoc B-1" en el 1º taller. Evalúa la realización de ejercicio físico, ejercicios de relajación, tiempo dedicado a actividades de ocio y registro del número de comidas y cantidad líquidos que ingiere al día.
- Cambios en los estilos de vida y percepción de su mejoría. Cuestionario "ad hoc C". Se realizó mediante entrevista telefónica, por la misma enfermera que impartió los talleres, transcurrido un mes y a los tres meses de estos. La

duración de la llamada varió entre 20 minutos y 1 hora, mientras se realizó el cuestionario, se resolvieron dudas y se motivó al paciente hacia hábitos de vida saludables.

#### Variables dependientes:

- Satisfacción del paciente. Se estimará mediante el cuestionario auto administrado "ad hoc A" (anónimo) en los tres talleres. Evalúa la sensación de gravedad de la enfermedad, la satisfacción con la atención recibida y la implicación del paciente por mejorar su calidad de vida mediante hábitos de vida saludables.

#### Análisis de datos:

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, y posteriormente, para la evaluación se utilizaron unos cuestionarios de diseño propio para los que se contó con la participación de un estadístico. Las variaciones en los estilos de vida y en la satisfacción del paciente con el sistema sanitario medidas en estos cuestionarios, se han evaluado mediante porcentajes, medias y medianas

### RESULTADOS

Los Especialistas en Medicina Digestiva nos remitieron un total de 58 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión y de éstos, solo aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria, y por tanto firmaron el consentimiento informado, 43 pacientes.

#### Talleres 1º y 2º (primer contacto y a la semana)

Las principales **características socio demográficas** se representan en la **tabla 1**. El 93% de la nuestra son mujeres, su edad media oscila entre 40-70 años (54.8%) y se observa que un 54% son o han sido cuidadores principales.

En cuanto a las **características clínicas** de la muestra presentan DF un 60.5%, SII un 23.3%, o una combinación de ambas un 16.3%. Además, padecen trastornos por ansiedad (51,2%), depresión (39%) y fibromialgia (29,3%). **Ver tabla 2**.

La intervención educativa orienta a los pacientes hacia **estilos de vida** saludables,

**Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES (N=43)**

Variable	Nivel	Nº personas (%)
Sexo	Femenino	40(93%)
	Masculino	3(7%)
Estado civil	Casado	26(61.9%)
	Separado	2(4.8%)
	Soltero	7(16.7%)
	Con pareja	4(9.5%)
	Viudo	3(7.1%)
Nivel económico	Alto	0
	Medio	27(64.3%)
	Bajo	10(23.8%)
	Muy bajo	5(11.9%)
Ocupación	Activo	12(28.6%)
	Ama de casa	12(28.6%)
	Parado	8(19%)
	Invalidez	4(9.5%)
	Jubilado	5(11.9%)
	Estudiante	1(2.4%)
Nivel estudios	Básico	16(38.1%)
	FP o Bachiller	13(31%)
	Universitarios	13(31%)
Cuidador principal	SI	9(21.4%)
	NO	19(45.2%)
	Lo era	14(33.3%)
Edad	18-30	4 (9.5%)
	31-40	2 (4.8%)
	41-50	12 (28.6%)
	51-60	9 (21.4%)
	61-70	11 (26.2%)
	71-80	4 (9.5%)

**Tabla 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN (N=43)**

Variable	Nivel	Nº personas (%)
Intolerancias	Lactosa	7(16.3%)
	Fructosa	6(14%)
	Ambas	5(11.6%)
	NO	25(58.1%)

por lo que después del 1º y 2º taller, se les pide que identifiquen qué estilos de vida deben mejorar. Los pacientes seleccionan una mediana de 5 cambios sobre los 8 que se les ofrece, en la **tabla 3** los encontramos representados.

## 2. Contactos telefónicos (al 1º mes y 3º mes del 1º taller)

Comparamos los estilos de vida basales al inicio de los talleres y su evolución en el tiempo tras la realización de los mismos a los 3 meses, véase la **tabla 4**. De esta tabla cabe destacar que se produce un aumento en el consumo de líquidos, en la realización de ejercicio físico, tiempo de ocio y en las horas de sueño y su calidad, así como en el número de comidas al día.

### Taller 3º (a los 5-6 meses)

De los 43 pacientes al inicio del estudio, asisten al 3º taller 31 pacientes, se pierden 12 pacientes: 4 no contestan al teléfono, 3 se descartan por interconsulta a digestivo, 1 es incapaz de cumplir las recomendaciones, y 4 pacientes no acuden al 3º taller.

El **grado de satisfacción** del paciente y su evolución en el tiempo en los 3 talleres se presenta en la **tabla 5** Cuestionario Ad hoc A (anónimo), destacamos que al inicio pensaban que no se les había prestado la suficiente atención por su problema de salud y a la semana en el 2º taller ya piensan que han sido bien atendidos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En relación a otras publicaciones coincidimos en que son enfermedades con gran incidencia y prevalencia (2,3) ya que en tan solo 6 meses, los médicos Especialistas en Digestivo nos derivaron 58 pacientes, que cumplían los criterios de inclusión (estar dados de alta, descartada patología orgánica etc.)

Además coincidimos en que está muy relacionado con el estrés (7), esto se ve reflejado en que sufren trastornos por ansiedad (51,2%) y depresión (39%), los mismos pacientes identifican después de realizar el 2º taller (2ª semanas) que deberían disminuir el estrés el 83,5%, que deberían hacer ejercicios de relajación un 66,7%, y que deberían tener más tiempo para relajarse y disfrutar un 66,7%.

Respecto a la mejora en la satisfacción con el sistema sanitario Cuestionario Ad hoc A (anónimo), en la **tabla 5** se muestra los

**Tabla 3. ESTILOS DE VIDA QUE DEBEN MEJORAR**

He pensado que debería realizar más ejercicio físico.	71.4%
He pensado que debería realizar ejercicios de relajación.	66.7%
He pensado que debería tener más tiempo para relajarme y disfrutar.	66.7%
He pensado que debería intentar disminuir el estrés y la ansiedad.	83.5%
He pensado que debería intentar ser más positivo o eliminar pensamientos negativos.	64.3%
He pensado que debería cambiar mi alimentación o eliminar algunos alimentos de la dieta.	76.2%
He pensado que debería beber más líquido.	54.8%
He pensado que debería realizar más comidas al día y de menor cantidad.	54.8%

**Tabla 4. CARACTERÍSTICAS BASALES Y HÁBITOS DE VIDA**

Variable	Nivel Inicio	Valor		Porcentaje	
		3 meses	Inicio	3 meses	
Cantidad de líquidos que bebe al día	<=1litro	27	3	64.3%	7.31%
	1.2-2litros	11	40	26.2%	80.4%
	2.2-3litros	4	6	9.5%	12.1%
Cantidad de horas que duerme al día.	<=6 horas	19	10	45.3%	24.3%
	7-8 horas	22	25	52.4%	60.9%
	> 8horas	1	6	2.4%	14.6%
Calidad del sueño	Bueno	10	25	23.8%	60.9%
	Regular	21	9	50%	21.9%
	Malo	11	7	26.2%	17%
Ejercicio físico	Si	16	35	38%	85.3%
	Poca frecuencia	5	3	11.9%	7.3%
	No	21	3	50%	7.3%
Tiempo de ocio	Si	7	15	16.7%	36.5%
	Poca frecuencia	18	17	42.8%	41.4%
	No	17	9	40.5%	21.9%
Nº comidas	Mediana				
	Inicio	3 meses			
	4	5			

resultados del cuestionario en el que se mide el grado de satisfacción del paciente y su evolución en el tiempo al inicio del 1º taller y a los 5-6 meses en el 3º taller.

Destacando:

- 1ª El cambio de percepción sobre la gravedad de su enfermedad, de grave a no grave.
- 2ª El cambio de pensar que no se les había prestado la suficiente atención, a una atención adecuada.

3ª El cambio de no saber si podrían hacer algo por mejorar su enfermedad a opinar que con otros hábitos de vida podrían mejorar mucho.

La única posible inconsistencia en nuestro estudio que hemos encontrado, es que para la evaluación sobre el cambio en los estilos de vida y satisfacción con el sistema sanitario se utilizaron cuestionarios de diseño propio para los que se contó con

**Tabla 5. CUESTIONARIO AD HOC (ANÓNIMO) A1 A2 Y A3 (MEDIANA)**

Variable	Nivel	Al inicio 1º taller (1ª semana)	Al finalizar 2º taller (2ª semana)	Al finalizar 3º taller (5-6 meses)
¿Considera que su problema de salud es?	1. Muy grave	2	3	4
	2. Algo grave			
	3. Poco grave			
	4. No es grave			
¿Considera que se le ha prestado la atención que merece a su problema de salud?	1. No	2	4	4
	2. No el suficiente			
	3. No lo se			
	4. Si			
¿Piensa que podría hacer algo para mejorar su salud?	1. No	3	4	4
	2. Pienso que es un problema médico pero podría mejorar con una buena dieta.			
	3. No lo sé, igual mejoraría con una buena dieta y unos hábitos de vida más sanos y estar más relajado.			
	4. Si, con otros hábitos de vida podría mejorar mucho.			
Recomendaría el taller	SI	Porcentaje al finalizar 1º y 2º taller		Porcentaje al finalizar 3º taller (5-6 meses)
		100%	100%	100%

el asesoramiento de un estadístico, por no encontrar ninguno validado que se ajustara a nuestras necesidades.

Se podría concluir que la intervención educativa de enfermería ha permitido mejorar la satisfacción de los pacientes con el sistema sanitario.

Nos planteamos en un futuro realizar un estudio más amplio que permita estimar la efectividad de esta intervención en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcedo J, Guevara T, Mearin F. El enfermo con dispepsia. En: Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica 2ªed. Almirall, 2012. Cap3, p.37-60. Disponible en: <http://www.aegastro.es/sala-de-prensa/libro-de-gastroenterologia-y-hepatologia-problemas-comunes-en-la-practica-clinica-2a-edicion>
- Cohen H, González N. Dispepsia. Arch Med Int [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Feb 03]; 31(2-3):69-73. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688423X2009000200005&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2009000200005&lng=es)
- Sempere I. Guía SII para atención

primaria. En: El proceso asistencial del síndrome del intestino irritable desde la perspectiva de los pacientes. Un estudio cualitativo. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Ed: Almirall, 2014. p. 73-77.

- Ruiz Navarro, María Gracia. Métodos didácticos para enfermería. Enfermería integral. 2007; N° 78. Págs.: 61-65.
- Sarrió, A. Fibromialgia en atención primaria: papel de la educación sanitaria en enfermería. Enfermería Integral. 2005; N°70. Pags: 39-40.
- Resumen de la GPC actualizada en 2012 sobre el abordaje de la dispepsia en nuestro entorno, clasificando la evidencia científica y fuerza de las recomendaciones; utiliza el sistema GRADE.
- Rey E. Naturaleza y frecuencia y recomendaciones terapéuticas del Síndrome del Intestino Irritable. En: El proceso asistencial del síndrome del intestino irritable desde la perspectiva de los pacientes. Un estudio cualitativo. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Ed: Almirall, 2014. p 25-31.
- Dalmau MR, García G, Aguilar C et al. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. Aten

Prim, 2003, Volume 32, 1, p. 36 DOI: 10.1016/S0212-6567(03)78854-4

- Grancha, S. Visiedo, T. Zaragoza, A. Gimnasia de movilización articular en pacientes con artrosis y fibromialgia: agenda de enfermería en el centro de especialidades de Aldaia Enfermería integral. 2006; N°76. Pags:42-44.
- Silvia Navarro Prado, Emilio Gonzalez-Jimenez, Leticia Yus López, María Isabel Tovar Gálvez y Miguel Ángel Montero-Alonso. Análisis de conocimientos, hábitos y destrezas en una población diabética infantil: Intervención de Enfermería. Nutr Hosp. 2014;30(3):585-593. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7357.pdf>

## AGRADECIMIENTOS

A las responsables de enfermería del centro de especialidades Ricardo Trénor, así como a nuestras compañeras enfermeras. A la dirección de enfermería del Hospital U.P. La Fe y a la Subdirección de Enfermería de Docencia, así como al departamento de bioestadística del IIS La Fe. Y especialmente a los médicos especialistas en digestivo del área del Hospital U.P. La Fe.

## AUTISMO

# Identificación precoz por enfermería del trastorno espectro autista

### AUTORES

- ALICIA MARTÍNEZ CORREA  
*DUE (Diplomada Universitaria de Enfermería)  
y Grado en enfermería*

### PALABRAS CLAVE

- > AUTISMO > TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- > TRASTORNO GENERAL DEL DESARROLLO (TGD)
- > DETECCIÓN PRECOZ > CARTILLA SALUD INFANTIL
- > SEÑALES DE ALARMA O DE ALERTA Y ATENCIÓN TEMPRANA.



“

Una gran mayoría de los diagnosticados del TEA son dependientes toda su vida y de gran carga para la familia.

Mediante la detección y el tratamiento precoz se ha observado que mejoran sus capacidades y por tanto, su autonomía e inclusión social, en definitiva, la calidad de vida.

### RESUMEN

El TEA (Trastorno Espectro Autista) no es una enfermedad mental sino un trastorno del desarrollo, los niños/os con TEA presentan una alteración en la manera de comprender el mundo social y emocional. Se expresa de manera diferente a lo largo de un continuo, con comportamientos observables desviados dentro de los ámbitos de la comunicación, lenguaje e interacción social y de la conducta y flexibilidad mental. La incidencia es alta, 1 cada 100 niñas/os. La experiencia ha demostrado que la detección e intervención precoz consigue mejorar su evolución. Para ello se requiere de una formación y asesoramiento adecuado al pediatra y personal de enfermería de los equipos de atención primaria y protocolizar los signos de alarma de forma que se agilice la remisión de los casos positivos o sospecha a los servicios especializados. Las pautas y orientaciones adecuadas a su tratamiento ayudaran a las familias y a la sociedad a conocer mejor este trastorno, disminuyendo su aislamiento y en definitiva, mejorar su integración y la calidad de vida.

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos de espectro autista (TEA) o trastornos generales del desarrollo (TGD) según la clasificación DSM-IV-TR, son trastornos neuropsiquiátricos. Forman parte de los problemas de salud mental crónicos, se diagnostican en la niñez (aprox. 3 años), presentan gran diversidad de manifestaciones clínicas sobre todo relacionadas con su desarrollo sociocomunicativo y el funciona-

miento psicológico, tienen dificultades en la comunicación, tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje, problemas en las relaciones sociales y en el juego, intereses restringidos y conductas repetitivas obsesivas (1).

Tras numerosos estudios (2) no se ha identificado todavía un marcador genético que lo detecte de forma objetiva, pero sí existe un cierto consenso en la aceptación de la base genética del autismo, y una o más, sin determinar, causalidades externas añadidas.

La prevalencia es elevada, cada año aumentan los casos, estimaciones recientes calculan **1 caso por cada 88 niñas/os** (3).

En Europa se estima que **1 de cada 150 personas** son diagnosticadas de TEA (3), esto se traduce en **3,3 millones de personas**, más de medio millón en España.

En general se ha observado un aumento importante en los casos diagnosticados de TEA, directamente relacionado con los avances en la detección y la aplicación de una metodología estadística más exacta, incluso emplean términos de "epidemia" para caracterizarlo; en 6 años el número de casos se habrá multiplicado por dos y en 5 años 1 de cada 50 niños recibirá un diagnóstico de autismo (3). La incidencia del autismo es mayor que la del cáncer, el sida y la diabetes juntos.

El importante incremento de la prevalencia de los TEA acaecido en la última década, justifica la importancia de la detección y atención precoz, la formación de los profesionales de sanidad y educación así como la comunicación interactiva entre los mismos añadido a la demanda por parte de los centros de estimulación temprana, de los profesionales implicados y familias de atender los casos lo más pronto posible para mejorar el futuro de los afectados y de todo su entorno. El trabajo debe ser interdisciplinar de forma unida e interrelacionada familia, servicios sanitarios y servicios sociales (4).

Una gran mayoría de los diagnosticados del TEA son dependientes toda su vida y de gran carga para la familia. Mediante la detección y el tratamiento precoz se ha observado que mejoran sus capacidades y por tanto, su autonomía e inclusión social, en definitiva, la calidad de vida (5).

Desde la atención primaria, con la aplicación del programa de Supervisión de la Salud Infantil y el cumplimiento de la cartilla

de salud infantil se pueden identificar los primeros signos de alarma del TEA, aproximadamente a los 12 meses, únicamente se precisa de una adaptación de los exámenes de salud y un adecuado asesoramiento al personal de enfermería, que a su vez facilitará los canales de comunicación con el personal especializado para los casos positivos identificados (6).

## OBJETIVOS

### Objetivo principal:

Analizar las diferentes escalas del desarrollo infantil determinando los indicadores sociocomunicativos necesarios para introducir en el programa de Supervisión Infantil de la Conselleria de Sanitat elaborando una herramienta de fácil manejo por parte del personal de enfermería e identificar de forma precoz los casos posibles de TEA y su correcta derivación a los servicios específicos.



Es un trastorno complejo que afecta al cerebro, dificulta la comunicación y la interacción social del individuo, se convierte en un potencial para la exclusión porque además sigue siendo una discapacidad invisible.

### Objetivo específicos:

- Sensibilizar al personal de enfermería sobre el TEA.
- Conocer la importancia de la detección precoz del TEA.
- Disminuir el tiempo de demora en el diagnóstico.

## MARCO TEÓRICO

En la actualidad el término **autismo** ha despertado un gran interés en los medios de comunicación de masas y la población en general, es un síndrome relativamente reciente aproximadamente 70 años; las primeras referencias importantes sobre sus orígenes las aportaron Kanner, L. (1943) y Asperger, H. (1944) (3).

En 1943 el psiquiatra Kanner publicó en su artículo "*Autistic disturbances of affective*

*contact*" (Alteraciones autísticas del contacto afectivo) las características de 11 niños, mostraban una marcada dificultad para relacionarse con los demás, "soledad autista", deseo obsesivo de invariancia ambiental, memoria excelente, buen potencial cognitivo, aspecto físico normal y fisonomía inteligente, hipersensibilidad a los estímulos, retraso y alteración en la adquisición y uso del habla y lenguaje incluso mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real, limitaciones en la variedad de actividad espontánea y aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento. Durante la misma época, el pediatra Asperger describía en su artículo "*Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*" la "*psicopatía autística de la infancia*" en base a cuatro casos varones, socialmente extraños, ingenuos y emocionalmente desconectados de los otros, parecen vivir en un mundo aparte, buena gramática y vocabulario extenso, discurso fluido, literal y pedante, usado en monólogos y no

en intercambios conversacionales, pobre comunicación no verbal y una entonación verbal monótona o peculiar e intereses circunscritos a temas específicos incluyendo colecciones de objetos o hechos relacionados con tales intereses, aunque la mayoría poseen inteligencia promedio o superior a la media, dificultades en aprender las tareas escolares convencionales. Capaces de producir ideas originales y habilidades relacionadas con sus intereses especiales. Coordinación motriz y organización del movimiento generalmente pobres, aunque algunos pueden destacar en áreas especiales de interés y falta de sentido común, más tarde estas características se definirían como "**síndrome de Asperger**".

Otro cambio importante en la concepción del autismo fue en 1979 por Lorna Wing y Judith

Gould (1), definieron la tríada de déficits característicos del autismo, que incluía las dificultades para la interacción social recíproca, la comunicación y la imaginación. Dentro de cada una de estas dimensiones puede establecerse a su vez un "continuo o espectro" de afectación, en mayor o menor medida, a partir de esta visión dimensional surge la denominación de Trastornos del Espectro del Autismo, dentro de este concepto están las tres categorías de trastornos generalizados del desarrollo (trastorno Autista, trastorno Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado), se definen como un grupo de alteraciones neuroevolutivas que se presentan en una amplia variedad de expresiones clínicas.

con TEA, son la rigidez mental, la función ejecutiva y el nivel cognitivo.

Los cambios en la concepción de los TEA han provocado diferentes clasificaciones diagnósticas, por esta razón con el fin de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales se elaboraron los Manuales diagnósticos, la OMS (Organización Mundial de la Salud), el International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association el Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders (DSM) (6).

La nueva revisión diagnóstica DSM-V (2013), plantea de nuevo cambios en la nomenclatura de importante influencia, en primer lugar, la desaparición del síndrome

pesticidas, productos químicos o aditivos alimentarios; si existe unanimidad en la aceptación de la base genética más una causalidad externa multivariada (circunstancias del embarazo o del parto), los estudios a gemelos (5) y la tasa de recurrencia familiar han aportado datos muy sólidos al respecto, los hermanos, padres e hijos de una persona autista tiene más posibilidades de estar dentro del espectro. La tasa de recurrencia en hermanos de personas con autismo es del 2,2%, que puede llegar hasta el 8% cuando se incluyen todos los TEA.

## MATERIAL Y MÉTODO

La metodología cualitativa como método científico nos permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social. La técnica utilizada ha sido la Observación y el Registro en el cuaderno de campo de la Información en profundidad de las diversas fuentes observadas (7). El material estudiado ha sido seleccionado por las características de calidad, fiabilidad y efectividad que ofrecían según las consultas realizadas en diversas fuentes bibliográficas y profesionales destacados en el conocimiento de TEA.

- Préstamo y consulta de libros a través de la Biblioteca de la Universidad de Valencia.
- Búsqueda a través de Internet, en páginas específicas con calidad científica de las publicaciones, Google Académico, Elsevier, Pubmed e Isoc.
- Los manuales más destacados en TEA (expuesta en la bibliografía consultada).
- La Cartilla de Salud Infantil, documento oficial de registro de la historia de salud, de desarrollo global y problemas detectados desde el nacimiento hasta los 14 años.
- Escalas de patrones de normalidad en el desarrollo infantil (Denver, Bayley, Haizea-LLevant).
- Consulta con profesionales con experiencia en el trabajo con personas con TEA desde el ámbito de la detección e intervención (enfermeras, profesores, psicopedagogos, pediatras,...).
- Reuniones con asociaciones relacionadas con autismo.

## RESULTADOS

Tras recopilar la información de las escalas de patrones de normalidad en el desarrollo

La metodología cualitativa como método científico nos permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social. La técnica utilizada ha sido la Observación y el Registro en el cuaderno de campo de la Información en profundidad de las diversas fuentes observadas.



En todos los trastornos de este grupo se observan alteraciones cualitativas en la interacción social, déficit de la comunicación y patrones repetitivos, restringidos y estereotipados de comportamiento, pero se reconoce una amplia heterogeneidad de los trastornos y por tanto, la necesidad de desarrollar propuestas flexibles de detección y tratamientos de intervención ajustados a las características y necesidades de cada persona en cada momento vital.

Es un trastorno complejo que afecta al cerebro, dificulta la comunicación y la interacción social del individuo, se convierte en un potencial para la exclusión porque además sigue siendo una **discapacidad invisible**, desconocida por la población, unido a que las personas con autismo no presentan manifestaciones físicas evidentes. Los aspectos que van a influir directamente en la evolución de las personas

de Rett y del Trastorno Desintegrativo Infantil dentro de los TEA y en segundo, la unificación de los actuales términos de Síndrome Asperger, Trastorno Autista y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado, en un sólo término, Trastorno del Espectro del Autismo con una reducción de la tríada de características o dos: Déficit persistentes de comunicación e intereses sociales y patrones restringidos y repetitivos de comportamientos, actividades e intereses, el grado de severidad se determinará por el funcionamiento verbal, la competencia intelectual y trastornos asociados (1).

En el mayor porcentaje de casos la **etiología** de estos trastornos no es específica y se define como **autismo idiopático**. La evidencia científica reconoce la interacción de diversos factores genéticos, biológicos y ambientales, se descarta como causa única el factor psicosocial, las vacunas, los



A los profesionales de enfermería previa formación y conocimiento se les dotará de un instrumento de detección de fácil manejo que permita detectar casos posibles de TEA y otros problemas de desarrollo, para objetivizar los signos de alerta que nos pondrán en aviso del riesgo de un niño con TEA.

infantil, de las diferentes tablas de indicadores de alarma de sospecha en alteración del desarrollo, de la documentación referente a las señales de alarma de TEA y de los inventarios para la detección específica (4), se extraen las conclusiones que supondrán las propuestas de modificación en la cartilla de salud infantil, una escala del desarrollo sociocomunicativo por edades e identificación de signos de alerta para los padres.

A los profesionales de enfermería previa formación y conocimiento se les dotará de un instrumento de detección de fácil manejo que permita detectar casos posibles de TEA y otros problemas de desarrollo, para objetivizar los signos de alerta que nos pondrán en aviso del riesgo de un niño con TEA. Los casos positivos con certeza serán remitidos a los centros de referencia dependientes de la Conselleria para que reciban el tratamiento y control específico adecuado (Psicología y estimulación precoz); en caso de sospecha controlaremos posteriormente a los 2-3 meses y se volverá a reevaluar haciendo hincapié en las detecciones irregulares detectadas. Importante siempre mantener la serenidad y no alarmar a los padres, es un diagnóstico difícil de comprender, cargado de un gran estigma social y con muchas dudas sobre el pronóstico y evolución de cada caso, la información a los padres, el apoyo y adecuado asesoramiento disminuye la angustia y beneficia en la evolución positiva hacia la aceptación y comprensión del TEA (1, 4).

A partir de los 3 años es imprescindible la colaboración y la formación con el personal de educación para identificar signos de alerta y establecer las medidas adecuadas en el aula que permitan la inclusión y el aprendizaje de estos niños en la comunidad escolar.

El futuro del TEA ha cambiado, es más optimista, los resultados de combinar la detección precoz y la atención temprana pueden llevarnos a superar viejas concepciones negativas y destructivas y mejorar las expectativas de las personas y sus familias (5). En conjunto, familia, sanidad y sociedad se han de facilitar de estrategias para conocer las características de este trastorno, lo que facilitará su integración y mejora (2).

A continuación exponemos los indicadores a vigilar si se están desarrollando adecuadamente en todos los niños, sin excep-

ción, adaptados a la edad correspondiente según el examen de salud (12, 15 y 18 meses y 3-4, 5-6 años). Estas señales de alerta ayudan al profesional sanitario de forma ágil a detectar posibles problemas en el desarrollo sociocomunicativo, a controlarlos en un tiempo y en caso de no mejorar, remitir lo más precoz posible a los servicios específicos para concretar diagnóstico o tratamiento en cada caso.

**Conductas Adquiridas 12 meses:**

- Señala con el dedo índice.
- Dice adiós con la mano.
- Balbuceo, papá, mamá.
- Uso de la mirada dirigida.
- Establece contacto ocular.
- Sonrisa social.
- Responde a su nombre.
- Muestra anticipación cuando lo van a coger.

Si alguna no está presente o alteración, control 15 meses.

**Conductas Adquiridas 15 meses, todo lo anterior más:**

- Comprende una prohibición.
- Responde a órdenes simples.
- Extiende los brazos para que lo cojan.
- Muestra interés por otros niños.

- Interés en juegos interactivos cucu-tras, toma y daca.
- Imita o repite gestos del adulto.
- Dice mama y papa entendiendo lo que dice.
- Usa palabras sencillas.
- Responde a su nombre.
- Señala con el dedo cuando algo le llama la atención.
- Muestra atención compartida.
- Dirige la mirada cuando el adulto señala algo con el dedo.

Si alguna no está presente o alteración, control a los 18 meses.

Si está presente la conducta alterada a los 12 meses, remitir al servicio especializado.

**Conductas Adquiridas 18 meses, todo lo anterior más:**

- Juego simbólico.
- Uso adecuado de los juguetes.
- Interés social.
- Compartir alegría e intereses.
- Dirige la mirada al oír su nombre.
- Coordinación de distintos modos de comunicación, gesticulación y vocalización.
- Motricidad fina y global adecuada.

Si alguna no está presente o alterada, control en 2 meses.

Derivar al servicio especializado ante la pérdida significativa de cualquier habilidad adquirida o la presencia a esta edad de los siguientes signos de alarma:

- Hiperactividad a estímulos sensoriales.
- Hipoactividad a estímulos sensoriales.
- Palabras repetitivas. Ecolalias.
- Estereotipias motoras, manos o pies.
- Pérdidas en el lenguaje.
- Pérdidas en habilidades sociales.

**Examen de salud 3-4 años, derivar a especialistas si existe la presencia de:**

- Coordinación alterada de la mirada con la expresión facial, gestos y sonidos.
- Vocalización atípica.
- Prosodia (entonación, volumen y timbre de voz) inusual.
- Ecolalia (uso repetitivo de palabras) inmediata o al final de la frase.
- Ausencia de vocalización inmediata.
- Movimientos repetitivos o postural del cuerpo, brazo, manos o dedos.
- Movimientos repetitivos de objetos.
- Escasa o alterada interacción social.
- Rabietas incontrolables en situaciones de cambio.
- No respeta la reciprocidad de diálogo.



Examen de salud **5-6 años**, derivar a especialistas ante la presencia de:

- Intereses focalizados y obsesivos hacia determinados objetos, personajes,...
- Ausencia de juego con variedad de juguetes y objetos.
- Problemas de interacción social con iguales.
- Interpretación literal del lenguaje.
- Alteración de los patrones de la comunicación no verbal.
- Dificultades en la coordinación motora.
- Lenguaje pedante.
- Miedo o angustia a determinados objetos.
- Cambios bruscos de estado emocional o conductual.
- Dificultad de calmarse cuando está angustiado.
- Afectividad plana.
- Conductas desafiantes.

Las señales de alarma a partir de 5 años están más orientadas a aquellos casos que han podido pasar desapercibidos en evaluaciones anteriores por su cuadro de TEA de menor afectación, como en el caso del Asperger.

El apartado desarrollado a continuación se considera adecuado anexarlo al final de la cartilla de salud infantil teniendo como finalidad dar a los padres los signos de precoces de alteración en el desarrollo y que son motivo de consulta al personal de enfermería.

Los indicadores detallados, pueden detectar un problema o retraso en su desarrollo. La actuación inmediata es consultar con

el pediatra y/o personal de enfermería para comenzar los mecanismos y acciones oportunas (diagnósticos y terapéuticos) que van a permitir un desarrollo más adecuado a nuestro hijo y conseguir la superación de sus dificultades y su crecimiento más favorable.

#### **Preocupaciones para consultar (a partir 12 meses):**

- Poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas.
- No mostrar anticipación cuando va a ser cogido.
- Falta de interés en juegos interactivos simples.
- Falta de sonrisa social.
- Falta de juego simbólico, ausencia de imaginación.
- Incapaz de compartir placer.
- Estereotipias o manierismos de manos y dedos.
- Mínimo contacto ocular mantenido.
- No responder cuando se le llama.
- No señalar para pedir algo.
- No mostrar objetos.
- No mirar lo que otras personas enseñan o señalan.
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos, táctiles o gustativos.
- No decir adiós con la mano.
- Falta de interés e iniciativa en las relaciones sociales y con niños su misma edad.
- Ausencia de imitación espontánea.
- Ausencia o pérdida de balbuceo socio/comunicativo.

- Rabietas o conductas disruptivas incontrolables ante cambios de rutina inesperados.
- Pérdida significativa de cualquier habilidad previamente adquirida.
- No decir palabras sencillas a los 16 meses.
- No decir frases espontáneas de 2 palabras a los 24 meses.

#### **CONCLUSIONES**

Como conclusiones exponemos que:

- La evidencia de que en la última década la incidencia del TEA ha aumentado de forma importante llegando a alcanzar cifras de 1 caso cada 88 niñas/os añadido a las publicaciones de diferentes autores respecto a la demora del diagnóstico y el tratamiento, justifica las reflexiones planteadas en el trabajo.
- Estas propuestas están enfocadas a ayudar a la práctica del personal de enfermería y resto de profesionales de los equipos de atención primaria en salud infantil en la detección precoz de los casos posibles de TEA, orientar con celeridad y así iniciar las terapias de estimulación en edades tempranas.
- La implantación de estas medidas tiene como finalidad el cumplimiento de la atención integral, teniendo en cuenta todas las necesidades de las personas con TEA y su familia, así como el resto de contextos específicos que le acompañan en el desarrollo del ciclo vital. Para ello es fundamental la coordinación y relación entre los servicios fundamentales sanitarios, educación, sociales e investigación.
- Está comprobado que el inicio de las terapias de forma temprana preparan a las personas con TEA en su desarrollo para una vida independiente y autónoma, mejoran su pronóstico e inclusión social, favorecen la convivencia con sus familias y disminuye la angustia y desesperación, en global se consigue mejorar su calidad de vida y de todo su entorno (11, 13).
- Conseguir mejorar el futuro de las personas con TEA no es complicado, la implicación del personal de enfermería y del resto de profesionales sanitarios es fundamental, para ello requieren de una formación y asesoramiento previo de las características de este trastorno, de la identificación señales alarma y la adecuada derivación a los servicios especializados.



Está comprobado que el inicio de las terapias de forma temprana preparan a las personas con TEA en su desarrollo para una vida independiente y autónoma.

- Además, la Conselleria de Sanitat debe de facilitar y promover las propuestas de cambio implicadas, así como fomentar los estudios de aspectos influyentes en la ampliación del conocimiento del TEA, por ejemplo:
  - Conocimiento de la sociedad sobre el TEA.
  - Factores genéticos relacionados.
  - Factores etiológicos ambientales.
  - Nivel de formación de los Graduados en enfermería en el TEA.
  - Preparación en todos los centros sanitarios de adaptaciones comunicativas, lenguaje visual con pictogramas.
  - Validación de nuevos instrumentos de cribado para el diagnóstico diferencial.

## BIBLIOGRAFÍA

### Notas bibliográficas

1. Martínez Martín, M.A. Cuesta Gómez. J.L. y colaboradores. (2012). Todo sobre el autismo. Los Trastornos Espectro Autista (TEA). Guía completa basada en la ciencia y la experiencia. Tarragona: Publicaciones Altaria S.L.
2. Artigas Pallares, J y Paula, I (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp.567-587.
3. CDC (Centers for disease control and prevention). Estadística Autismo. Disponible en URL: <http://www.cdc.org> [consulta 13 mayo 2013].
4. Diez Cuervo, A, Muñoz Yunta, JA, Fuente Biggi, J, Canal Bedia, R, Idiazabal Aletxa, MA, Mulas, F. et al (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de

- TEA. Revista Neurología, p 299-310.
5. De Clercq, H. (2012). El autismo desde dentro, una guía. EITA. Autismo Ávila.
6. Millá, M.G y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el Trastorno Espectro Autista. Revista Neurología 48 supl.2 pp.847-852.
7. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Ed .Síntesis Sociología; 2000.

### Bibliografía consultada

1. Artigas Pallares, J (2007). Atención Precoz de los trastornos del Neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. Revista neurología 44 supl 3, p 31-34.
2. Hernández, JM. Artigas Pallares, J. Mulas, F. Martos Pérez, J. Diez Cuervo, A. Canal Bedia, R. Palacios Antón, S. Fuentes Biggi, J. Belinchón Carmona, M. Ferrari Arroyo, M. J. Hervás Zuñiga, A. Idiazabal Alecha, M.A. Muñoz Yunta, J.A. Tamarit, J. Valdizán, J.R. Posada de la Paz, M. (Grupo de Estudio de los Trastornos Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España). (2005). Guía de la buena práctica para la detección temprana de TEA. Revista Neurología 41 (4), pp. 237-245.
3. Cabanyes Truffino, J, García Villamisor, D (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos de espectro autista. Revista Neurología 39(1), p 81-90.
4. Fuentes Biggi, J, Ferrari Arroyo, MJ, Boada Muñoz, L, Touriño Aguilera, E, Artigas Pallares, Belinchón Carmona, M, Muñoz Yunta, JA (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los TEA. Revista Neurología, p. 61-106.
5. Mulas, F, Ros-Cervera, G, Milla, María G, Etchepareborda. M.C, Abad, L, Tellez de Meneses. M (2010). Modelos de intervención de niños con autismo. Revista Neurología, supl.3, p.57-68.14.
6. Albores Gallo, L, Hernández Guzman, L, Diaz Pichardo, JA, Hernández Cortes, B (2011). Dificultades en la evaluación y Diagnóstico del autismo. Una discusión. Salud Mental 31 (1) p. 37-41.
7. Mulas, F, Hernández Muela, S,

- Etchepareborda. M.C, Abad Mas. L (2004). Bases clínicas neuropediatricas y patogénicas del Trastorno Espectro Autista. Revista de Neurología 38 (supl1), p.9-1
8. Palomo Seldas. R (2012). Los síntomas de los Trastornos del Espectro del autismo en los primeros 2 años de vida: Una revisión a partir de estudios longitudinales prospectivos. Anales de pediatría 76 (1) p. 41 e1-41e10.
9. Parra, J, de la Iglesia. MG (2011). Trastorno Asperger y TEA: De la clarificación diagnóstica a la intervención de contextos naturales. Behavioral Psychology/Psicología conductual 19 3 p.643-658. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria. (2009). Guía de la práctica clínica para el manejo de pacientes del espectro autista en atención primaria. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del ministerio de Sanidad y Política social. Unidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria. Agencia Lain Entralgo. Madrid.
10. Iceta, A, Yoldi, M.E. (2002). Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. Anales Sis San Navarra Vol.25 supl.2 p.35-43.
11. Muñoz Yunta, JA, Palau, M, Salvadó, B, Valls, A. (2006). Autismo: Identificación e intervención temprana. Acta Neurol Colomb Vol.22 n.2 p.97-105.
12. Fernández-Matamoras, I, Fuentes, J, Rueda, J (1991). Escala Haizea-LLevant. Departamento de Publicación del Gobierno Vasco.
13. Confederación autismo España. (2010). Autismo y calidad de vida hoy. Madrid.
14. Muñoz Yunta JA. (2005). Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Fundació Autisme Mas Casadevall. Barcelona.
15. Libro Blanco de la Atención Temprana. 2000. Disponible en: <http://www.libroblancodeatencióntemprana>. Fecha de consulta 10 abril 2013.
16. Rivière, A y Martos, J. (1997). Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Instituto de migración y servicios sociales. Madrid.
17. Autismo diario, Carta de derechos de las personas con autismo. Disponible en URL: <http://www.autismodiario.org>. Fecha de consulta 31 Marzo 2013.

# Eficacia del cambio postural materno en la rotación de la cabeza fetal de occípito-posterior a occípito-anterior

## AUTORES

- ADA BELDA PÉREZ
- ELENA GREGORI JOVER
- ALBA LÓPEZ SIMÓ  
*Matronas*
- JUAN ANTONIO TORRES MARTÍNEZ  
*Matrón*
- M<sup>a</sup> ISABEL CASTELLÓ LÓPEZ  
*Matrona del Hospital Lluís Alcanyis*

## PALABRAS CLAVE

- > POSTURA > TRABAJO DE PARTO
- > MATRONA > PRESENTACIÓN FETAL



## RESUMEN

**Objetivo:** Valorar la eficacia del empleo de las posturas maternas A y B sobre el feto en posición occípito-posterior (OP) para conseguir la rotación fetal a occípito-anterior (OA).

**Metodología:** Se realizó un estudio experimental controlado aleatorizado paralelo con grupo intervención y grupo control en los hospitales La Ribera (Alzira) y Lluís Alcanyís (Xàtiva).

**Resultados:** En el grupo control hubo un 9,5% de rotación de OP a OA

mientras que en el grupo intervención hubo un 90,5%. Respecto al tipo de parto obtenido, en el grupo control hubo un 14,29% de cesáreas, un 28,57% de partos instrumentados y un 28,57% de partos eutócicos mientras que en el grupo intervención hubo un 9,5% de cesáreas, un 9,5% de partos instrumentados y un 81% de partos eutócicos.

**Conclusiones:** Podemos afirmar que el empleo de las posturas estudiadas, no sólo favorece la rotación fetal a OA, sino que además produce más partos eutócicos.

## INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se producen una serie de cambios en la atención al parto en los países desarrollados. Los avances científico-técnicos y la posibilidad de disminuir la morbimortalidad materna y neonatal supusieron un aumento de la institucionalización y del intervencionismo en la atención al parto de bajo riesgo.

Esto conllevó a un alto porcentaje de partos instrumentados y cesáreas, por lo que a partir de los años 90 hubo un movimiento por la definición de unos criterios de parto normal y su atención de forma fisiológica. Fue entonces cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la guía práctica: Cuidados en el parto normal<sup>1</sup>. Esta guía recoge la evidencia científica respecto a las prácticas y recomendaciones para

la asistencia al parto normal, y ha sido el punto de partida para promover un cambio asistencial.

Otros organismos se hicieron eco de este documento y empezaron a publicar sus propias guías de práctica clínica. El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 2007 la Estrategia de Atención al parto normal (2), impulsando un modelo asistencial basado en el respeto a la fisiología del

parto y a la autonomía de la mujer, basándose siempre en la evidencia científica más actualizada.

Estas guías destacan la importancia de la movilización materna y de las posiciones verticales durante las fases de dilatación y expulsivo. En España, la mayoría de las mujeres permanecen acostadas desde su ingreso en el hospital, a causa de diversos factores como son la monitorización electrónica fetal continua, las infusiones intravenosas y la utilización generalizada de la analgesia neuroaxial.

La inmovilización de la mujer durante todo el proceso de parto disminuye la tasa de partos eutócicos (3), acentuándose esta situación en los casos de malposición fetal. Todavía no existe evidencia científica concluyente sobre cómo actuar en estos casos, pero sí se han publicado algunos estudios que proponen medidas para evitar o corregir las malposiciones fetales, de los cuales hablaremos en profundidad más adelante.

La posición fetal occípito-posterior (OP) es la posición en la que la fontanela menor u occipucio se orienta hacia el sacro, enfrentando la espalda fetal hacia la columna vertebral materna (4). Es la posición anormal más común en los fetos con una presentación de vértice. Aparece hasta en un 10-20% de los casos al inicio del parto y es mucho más frecuente en nulíparas. Algunos autores describen distintos abanicos de frecuencias, que agrupadas conforman un rango de variabilidad de 6-41% (5).

En cuanto al diagnóstico de la posición OP, el estudio realizado por Martínez 2014 (6) sobre la sensibilidad de la ecografía abdominal y el tacto vaginal demostró que existía concordancia en el 85,7% de los casos. De este modo, se concluye que tanto la ecografía como el tacto vaginal es una medida útil en el diagnóstico de las posiciones OP.

En la mayoría de casos el feto rota espontáneamente a occípito-anterior (OA), posición más favorable para el parto. En los casos en los que no se produce esta rotación hablamos de posición OP persistente, siendo de igual modo la más común de las posiciones anómalas en el período expulsivo, con una incidencia entre el 2% y el 13% (7).

Es importante destacar que únicamente el 29 % de las nulíparas y el 55 % de las múltiples con posiciones OP persistentes logran

un parto vaginal espontáneo (8). Además ha de añadirse que para las gestantes con fetos con una posición OP, el parto puede resultar una experiencia tan larga como cansada y con más dolor lumbar que si el parto fuese en OA (9).

Las posiciones maternas y la movilización son consideradas como una de las intervenciones con potencial éxito en la modificación de posiciones fetales anómalas, la progresión normal del parto, la mejora del confort materno y fetal, así como en las posibilidades de finalizar en un parto eutócico y con un menor riesgo de complicaciones (10, 11).

veces al día en las últimas semanas del embarazo, comprobándose que no tiene ningún efecto sobre la posición del recién nacido en el parto, demostrando que los efectos de la postura no parecen mantenerse a largo plazo.

En el tercer estudio, Stremmer 2005 (16), estudia 147 mujeres de parto con fetos en posición OP a las que se pide que adopten la posición cuadrúpeda durante 30' la primera hora. La reducción de la posición OP no fue estadísticamente significativa, aunque sí hubo una reducción significativa del dolor lumbar. Concluye la revisión que, en vista de los prometedores efectos a



La posición fetal occípito-posterior (OP) es la posición en la que la fontanela menor u occipucio se orienta hacia el sacro, enfrentando la espalda fetal hacia la columna vertebral materna.

La mecánica obstétrica explica como la movilidad y las distintas posiciones maternas modifican ejes, las inclinaciones y las dimensiones de la pelvis, en función de la acomodación y rotación de la cabeza fetal, así como el movimiento del feto en el útero (12). Todo ello facilita el mecanismo del parto normal y ayuda a corregir, no solo la posición occípito-posterior, sino también otras posiciones. Se trata de una opción segura, sencilla y barata para la corrección de la posición OP (13).

Los malos resultados maternos y fetales derivados de la posición OP justifican la realización de estudios para determinar cómo evitarla o modificarla.

Una revisión Cochrane sobre la postura de cuadrúpeda incluye 3 ensayos. Andrews y Andrews 1983 (14), demuestran que la postura tiene un efecto inmediato. La posición OP tuvo menos probabilidad de persistir tras 10 minutos en postura cuadrúpeda en comparación con la postura sentada. En un segundo ensayo Kariminia 2004 (15), asesora a 2547 mujeres para colocarse en cuadrúpeda, durante 10 minutos dos

corto plazo de la intervención postural y su sencillez, se justifican ensayos adicionales.

En España, el estudio realizado en 2014 por Molina Reyes (17) y colaboradores concluye que adoptar las posturas manos-rodillas y decúbito lateral sobre el dorso fetal mejora los resultados de los partos en posición fetal OP y ambas tienen similar eficacia de rotación fetal a OA.

Por todo ello y por la necesidad de más estudios sobre este tema, se considera relevante llevar a cabo un trabajo de investigación que tras adoptar medidas de intervención basadas en la evidencia científica favorezcan la rotación fetal a OA, y de esta forma, disminuir el número de partos distócicos.

La posición cuadrúpeda ha sido la más estudiada (15-16), pero teniendo en cuenta que en ocasiones resulta difícil su aplicación por el elevado uso de la analgesia epidural y por la incomodidad de la gestante en esta posición, creemos importante estudiar otras posiciones que puedan resultar más sencillas de emplear, con el fin de obtener los mismos resultados.

Por tanto, el **objetivo** principal del estudio es valorar la eficacia del empleo de la postura materna A (DL modificada del mismo lado del dorso fetal) y la postura materna B (decúbito lateral con flexión y rotación externa de la articulación coxofemoral del lado opuesto al dorso fetal) sobre el feto en posición OP para conseguir la rotación fetal a OA.

Siendo la **hipótesis** del estudio la siguiente: "La adopción de las posturas A, B o AB son efectivas para la rotación fetal de OP a OA".

## METODOLOGÍA DE ESTUDIO

### Diseño del estudio

Se opta por el empleo de un estudio experimental controlado aleatorizado paralelo con grupo intervención y grupo control y simple ciego (del sujeto de estudio), a fin de establecer rigurosamente una relación causa-efecto entre la intervención y el resultado principal, evitar al máximo la posibilidad de sesgos, y descartar que la asociación hallada se deba al papel de variables confusas.

### Población de referencia

Mujeres gestantes pertenecientes a los Departamentos de Salud de Xàtiva-Ontinyent y de La Ribera, ambos, de la Comunidad Valenciana.

### Sujetos de estudio

Gestantes que ingresan en el área de parto del Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva) y del Hospital de la Ribera (Alzira), que presentan una posición de la cabeza fetal occípito-posterior, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. Para establecer el grupo al cual asignar cada gestante, se eligió un muestreo probabilístico (aleatorio) sistemático.

### Criterios de inclusión

Gestación simple a término, embarazo de bajo riesgo, presentación fetal cefálica con posición occípito-posterior (confirmada mediante ecografía transabdominal y/o mediante tacto vaginal) y/o la aceptación de la gestante a participar en el estudio y firma del consentimiento informado tras recibir la información sobre el mismo.

### Criterios de exclusión

Cesárea programada, gestación < 37 SG o > 42 SG, embarazo de riesgo medio o alto y/o la negativa de la mujer gestante a participar en el estudio.



**Figura 1.** Gestante en DL modificado, del mismo lado al dorso fetal.

### Variables dependientes

**Principal:** Posición de la cabeza fetal en el expulsivo (OA/OP).

**Secundarias:** Finalización del parto (eutócico/instrumentado/cesárea). Tiempo total de dilatación en minutos ( $\leq 8$  horas/ $> 8$  horas). Tiempo total del expulsivo en minutos ( $\leq 2$  horas/ $> 2$  horas). Apgar 1 minuto. Apgar 5 minutos. pH ( $\leq 7,20$ / $> 7,20$ ). Ingreso en neonatos (sí/no).

### Variables independientes

**Principal:** Grupo al que pertenecen (control/intervención).

**Secundarias:** Paridad (nulípara/múltipara). Rotura prematura de membranas (RPM) (sí/no). Amniotomía (sí/no). Dinámica uterina al ingreso (DU) (sí/no). Período activo de parto al ingreso (PAP) (sí/no). Posición de la cabeza fetal al ingreso (OS/OIDP/

OIIP). Plano de Hodge al ingreso (SES/I/II/III/IV). Administración de Oxitocina (sí/no). Administración de analgesia epidural (sí/no). Peso del recién nacido. Postura materna (A/B/AB). Tiempo total en la posición adoptada ( $\leq 120$  minutos/ $> 120$  minutos).

### Recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos se crea un formulario AD HOC diseñado específicamente para este estudio. El análisis de datos se ha realizado mediante el programa SPSS 15.0. En primer lugar, se procedió a realizar un análisis descriptivo univariante de los resultados, tanto de las variables cuantitativas como cualitativas. Y en segundo lugar, se realizó en función del tipo de variables a cruzar un test de asociación / independencia entre variables (test de Fisher, ANOVA y T-Student).

### Descripción de las posiciones

Teniendo en cuenta el efecto de la gravedad sobre el dorso fetal, que empuja el occipucio y el tronco hacia la posición transversa, en dirección a OA, se seleccionaron las siguientes posturas maternas:

### Grupo intervención

**Posición A:** Decúbito lateral modificado del mismo lado del dorso fetal. El período adecuado de permanencia en esta posición es de entre 30 y 60 minutos. **(Figura 1).**

**Posición B:** Decúbito lateral con flexión y rotación externa de la articulación coxofemoral con apoyo en penera y del lado contrario al dorso fetal. El período adecuado de permanencia en esta



Podemos afirmar que el empleo de las posturas estudiadas, no sólo favorece la rotación fetal a OA, sino que además produce más partos eutócicos.



**Figura 2.** Gestante con pernera, del lado contrario al dorso fetal.

posición es de entre 30 y 60 minutos (**Figura 2**).

**Posición de descanso:** Decúbito lateral simple para cualquiera de los dos lados. Se puede utilizar la siguiente posición para el descanso entre el empleo de las posiciones A y B. El tiempo de permanencia en esta posición de descanso es de máximo 60 minutos.

En el caso de una posición fetal OS y no poder detectar el dorso fetal mediante las maniobras de Leopold, se actúa como si el dorso fetal estuviera en el lado derecho ya que es la malposición más frecuente estadísticamente. Existe la posibilidad de que la gestante adopte posiciones necesarias para la realización de exploraciones u otras técnicas. Estas posiciones puntuales no deben tener una duración superior a 10 minutos.

**Grupo control:** la gestante puede adoptar la posición que ella desee libremente, excepto las posiciones A y B.

## RESULTADOS

**Descripción sociodemográfica de la muestra:** La muestra estudiada ha sido de 42 mujeres, 21 de ellas pertenecieron al grupo control (GC) y 21 al grupo intervención (GI). El perfil de la muestra para ambos grupos fue el siguiente: mujer con una media de edad de 33,58 años, española (80,95%), con estudios básicos (40,48%) y asalariada (59,52%).

**Perfil obstétrico de los sujetos estudiados:** La edad gestacional media fue de 278 días con una desviación típica de  $\pm 7,42$ . El 52,38% de las gestantes del GC y el 66,67% en el GI eran nulíparas.

**Condiciones obstétricas de la gestante al ingreso en la sala de dilatación:** En las siguientes figuras podemos observar las condiciones obstétricas en las que se encontraba la gestante al ingreso en la sala de dilatación (**Figura 3**) y la posición de la cabeza fetal (**Figura 4**).

### Figura 3. CONDICIONES OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES AL INGRESO SEGÚN EL GRUPO.

	DU	PAP	RPM
Grupo Control (%)	80,95	66,67	61,90
Grupo Intervención (%)	80,95	57,14	42,86

### Figura 4. POSICIÓN DE LA CABEZA FETAL AL INGRESO SEGÚN EL GRUPO.

	OIIP	OIDP	OS
Grupo Control (%)	28,57	52,38	19,05
Grupo Intervención (%)	33,33	66,67	0

En cuanto al plano de Hodge de la cabeza fetal al ingreso, en el GC el 61,90% se encontraba sobre estrecho superior (SES), el 52,38% en primer plano y el 19,05% en segundo plano. En el GI el 80,95% se situaba SES y el 66,67% en primer

plano. Respecto a las técnicas diagnósticas utilizadas para detectar la posición fetal, se realizó a todas las gestantes un tacto vaginal y en un 73,81% se confirmó mediante ecografía transabdominal.

**Período de dilatación:** En la siguiente tabla (**Figura 5**) se muestra el porcentaje de las intervenciones realizadas a las gestantes a lo largo de la dilatación/expulsivo:

### Figura 5. INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE LA DILATACIÓN/EXPULSIVO SEGÚN EL GRUPO.

	Amniotomía	Oxitocina	Epidural
Grupo Control (%)	38,10	85,71	85,71
Grupo Intervención (%)	47,62	90,48	95,24

En cuanto al tiempo de dilatación, fue mayor de 8 horas en el 9,52% de las gestantes del GC, y en el 14,29% de las gestantes del GI.

**Posiciones empleadas en el grupo intervención:** Se ha observado que el 23,81% de las mujeres estuvieron sólo en la posición A, el 14,29% únicamente en la posición B y un 61,90% se colocaron en ambas posiciones durante la dilatación y/o el expulsivo. Además, el tiempo medio empleado durante toda la dilatación/expulsivo en la posición A fue de 66,39 minutos, de 63,75 minutos en la posición B y 130,40 en ambas posiciones.

**Período de expulsivo:** Respecto a la duración del expulsivo, fue mayor de 2 horas en el 28,57% de las gestantes del GC y en el 23,81% de las gestantes del GI.

**Posición de la cabeza fetal en el expulsivo:** Para la última etapa del parto, los resultados que se observan respecto a la posición de la cabeza fetal son que en el GC únicamente un 9,52% rotó de forma espontánea a OA, frente al 90,48% que permaneció en OP. En cambio, en el GI un 90,48% rotó de OP a OA, frente a un 9,52%

que no rotó a pesar de la intervención, cómo podemos observar en la **Figura 6**.

**Finalización del parto:** Respecto a la finalización del parto, podemos observar en la **Figura 7** los resultados obtenidos según el grupo al que pertenecen las gestantes.

**Recién nacido:** En lo que respecta al peso del recién nacido, en el GC la media de peso ha sido de 3346 gr., y en el GI., con una desviación típica de  $\pm 379$  gr. En cuanto al Apgar del recién nacido en el primer minuto de vida, la media en el GC fue de 9,2 y en el GI fue de 9,7. A los 5 minutos de vida, en ambos grupos, encontramos una media de 10. Hubo un 4% de ingreso en neonatos en ambos grupos. Con respecto al pH arterial, encontramos en el GC un pH  $> 7,20$  en el 100% de los recién nacidos mientras que en el GI, el 85,71% presentaban un pH  $> 7,20$  y un 14,29% obtuvieron un pH  $< 7,20$ , no siendo inferior en ningún caso a 7,14.

sivo" con la variable del "grupo al que pertenecen" (control/intervención.) y la variable de "finalización del parto" con la variable del "grupo al que pertenecen" (control/intervención).

El resto de las variables relacionadas entre sí, no han demostrado significación estadística.

## DISCUSIÓN

Previo a la discusión, es necesario mencionar cuales han sido las limitaciones del estudio. Por un lado, tener en cuenta que el conocimiento por parte de los investigadores-residentes de las gestantes a las que se les aplicaba la intervención, podía favorecer el mayor interés por parte de ellos en la movilización e implicación de la mujer y dar lugar al conocido como sesgo de procedimiento o Feinstein.

Por otro lado, señalar que la recogida de datos se ha visto limitada debido a que las únicas personas responsables de ello eran los residentes, no delegando esta función

de la cabeza fetal de OP a OA, cumpliéndose así nuestra hipótesis. Además, se trata de una intervención segura tanto para la gestante como para el feto, fácil de aplicar y que no supone ningún coste adicional.

Teniendo en cuenta el resto de variables que podrían haber influido en dicha rotación (paridad, DU al ingreso, PAP al ingreso, RPM al ingreso, plano de Hodge, amniotomía, oxitocina, epidural y peso del RN), se observa que ninguna de ellas presenta diferencias con significación estadística. Por tanto, dichas variables, no han influido en la rotación de la cabeza fetal.

En cuanto a las posiciones adoptadas en el grupo intervención, podemos afirmar que ninguna de ellas ha demostrado ser más eficaz que otra, ni tampoco el haber permanecido en cualquiera de estas posiciones durante mayor o menor tiempo, siempre y cuando se haya cumplido el tiempo mínimo de 30 minutos. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio de Molina-Reyes (16), el cual determina una efectividad similar en la rotación fetal a OA tanto en el grupo en que se utilizó la postura de manos-rodillas como en el grupo en el que se utilizó la postura decúbito lateral. Por tanto, la movilización adecuada de la gestante es lo verdaderamente importante para favorecer la rotación a OA.

En segundo lugar, analizamos el **tipo de parto**, en el que se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control e intervención. La adopción de estas posturas maternas (GI) aumenta el número de partos eutócicos siendo menor el número de partos distócicos (instrumentados y cesáreas), de esta forma se han obtenido mejores resultados que en otros estudios en los que no se ha realizado ninguna intervención (8). Además, se han obtenido resultados similares a otros estudios, donde sin necesidad de encontrarse el feto en malposición, se adoptaron diferentes movimientos en las gestantes durante la dilatación y expulsivo, con el objetivo de modificar los distintos diámetros de la pelvis y favorecer un parto eutócico (19).

En tercer lugar, la aplicación de la intervención no ha influido en el aumento o disminución del **tiempo de dilatación y/o expulsivo**. Debido a que en una revisión Cochrane con 25 estudios se demuestra que las posiciones verticales y la movilidad materna puede hacer más corto el tiempo



Es responsabilidad de la matrona favorecer que el proceso del parto sea lo más fisiológico posible y hacer viable que las mujeres tengan una vivencia satisfactoria de su parto.

**Análisis estadístico relacionando las diferentes variables:** Para finalizar el apartado de los resultados, se ha realizado un análisis estadístico para establecer la posible relación entre las diferentes variables. Para ello fueron utilizados el test exacto de Fisher para relacionar dos variables cualitativas, el test T-Student para la relación de una variable cuantitativa con una cualitativa de dos categorías, y el test ANOVA para la relación de una variable cuantitativa con una cualitativa que posee más de dos categorías.

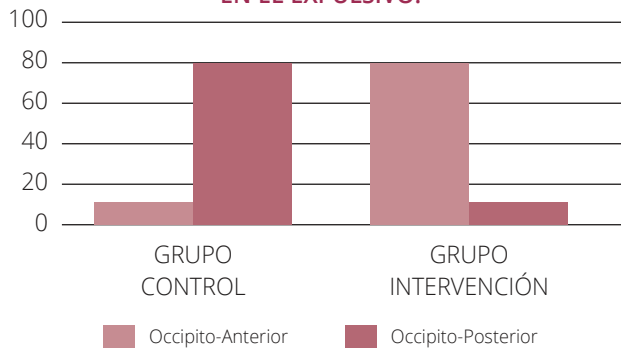
Como se puede ver en la **Figura 8**, existen diferencias estadísticamente significativas (valor de  $p \leq 0,05$ ) únicamente en los siguientes casos: relacionando la variable de "posición de la cabeza fetal en el expul-

en las matronas. Debido a las diversas rotaciones externas de los investigadores junto a la baja frecuencia de la situación de la posición fetal en occípito-posterior, ha supuesto tener una muestra reducida. Por ello, aunque los resultados son los esperados según la hipótesis planteada, no es posible extrapolarlos a toda la población de estudio. Por ello, sería conveniente seguir realizando estudios sobre este tema ampliando la muestra de estudio.

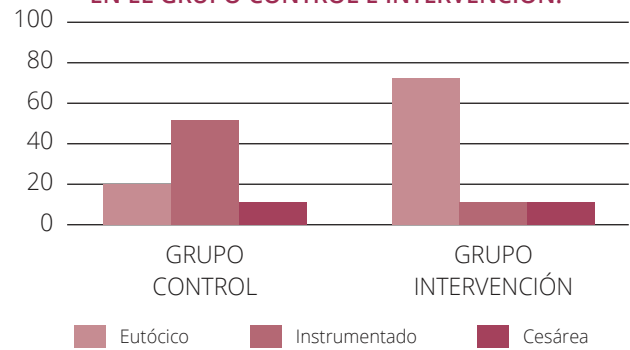
A continuación nos centramos en la interpretación de los resultados obtenidos:

En primer lugar, estudiamos **la posición de la cabeza fetal en el expulsivo**. Este estudio demuestra que la adopción de determinadas posturas maternas (A, B o AB) ha resultado efectiva para lograr la rotación

**Figura 6. POSICIÓN DE LA CABEZA FETAL EN EL EXPULSIVO.**



**Figura 7. FINALIZACIÓN DEL PARTO EN EL GRUPO CONTROL E INTERVENCIÓN.**



**Figura 8. VALOR DE LA "P" RELACIONANDO LAS DIFERENTES VARIABLES DEL ESTUDIO.**

Variables	P-valor				
	Posición de la cabeza fetal en el expulsivo	Finalización del parto	Duración de la dilatación	Duración del expulsivo	pH arterial
Paridad*	0.5303	0.5030	0.6322	0.4767	1
Dinámica uterina al ingreso*	1	0.2738	1	1	1
PAP al ingreso*	0.3408	0.5431	1	1	1
Posición fetal al ingreso*	0.1853	0.6183	0.8008	0.1245	0.6824
RPM al ingreso*	0.7579	0.9096	0.6560	1	0.5946
Plano de Hodge al ingreso*	0.7337	0.3116	0.0787	0.3551	0.5762
Amniotomía*	0.7557	0.9029	1	0.1586	0.5768
Oxitocina*	1	1	0.0903	0.3025	1
Epidural*	0.2317	0.8339	0.1496	1	1
Peso RN	0.9645**	0.501***	0.6712**	0.4934**	0.865**
Grupo (Intervención/Control)*	1.655 x10-7	0.000889	1	1	0.2383
Postura materna (A, B, AB)*	0.6285	1	0.7067	0.7891	0.3158
Tiempo AB (< o > 120 minutos)*	0.4615	0.7063	0.5594	0.5594	0.4654

\*Test de Fisher \*\*Test t-Student \*\*\*Test ANOVA  
Existen diferencias estadísticamente significativas (p-valor ≤ 0.05)



Consideramos imprescindible la formación de todas las matronas en anatomía y movilidad de la pelvis, para poder aplicar sus conocimientos en la práctica clínica.

de dilatación (20), esperábamos que este tiempo podría verse reducido en el grupo intervención, sin embargo no se han encontrado diferencias significativas. Esto puede ser debido a que se trata de una malposición fetal, por lo que no podemos esperar que las variables se comporten como en el caso de una presentación OA. Y en cuarto lugar, estudiamos los resultados del **pH arterial y el Apgar** del recién nacido, en los que no se observan diferencias significativas en los diferentes grupos. La aplicación de la intervención no ha supuesto cambios en los resultados neonatales. No obstante, en el GI aparecen tres sujetos con un pH patológico (<7,20), sin embargo, no hubo ningún caso de Apgar patológico (<7). Por ello, se debería tener en cuenta si las condiciones en las que se recogieron las muestras del cordón umbilical fueron las adecuadas.

### CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en este estudio, podemos afirmar que el empleo de las posturas estudiadas no sólo favorece la rotación fetal a occipito-anterior, sino que además produce más partos eutócicos. Es responsabilidad de la matrona favorecer que el proceso del parto sea lo más fisiológico posible y hacer viable que las mujeres tengan una vivencia satisfactoria de su parto. Por tanto, consideramos imprescindible la formación de todas las matronas en anatomía y movilidad de la pelvis, para poder aplicar sus conocimientos en la práctica clínica y así, mejorar los resultados materno-fetales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: El Ministerio; 2007. [Citado 5 Mayo 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
3. Liberman E, Davidson K, Lee-Parriz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet Gynecol*. 2005 May; 105(5 Pt 1): 974-982.
4. Cunningham FG, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L. *Williams Obstetricia* 4ª ed. Barcelona: Masson; 1996
5. Ridley RT. Diagnosis and intervention for occiput posterior malposition. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Mar-Apr;36(2):135-43.
6. Hidar S, Choukou a, Jerbi M, Chaieb A, Bibi M, Khairi H. [Clinical and sonographic diagnosis of occiput posterior position: a prospective study of 350 deliveries]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006; 34(6): 484-8.
7. Gardberg M, Laakkonen E, Sälevaara M. Intrapartum sonography and persistent occiput posterior position: a study of 408 deliveries. *Obstet Gynecol*. 1998 May;91(5 Pt 1):746-9.
8. Molina Reyes C, Muñoz Martínez AL, del Rey Márquez MD, Huete Morales MD, Jiménez Barragán I, Arredondo López B. Factores asociados a la posición fetal occipito-posterior. *Evidentia*, 2012; 9(40). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7884.php>
9. Fitzpatrick M, McQuillan K, O'Herlihy C. Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome. *Obstet Gynecol*. 2001 Dec;98(6):1027-31.
10. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010 Mar-Apr;35(2):72-8; quiz 79-80.
11. Albers LL. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May-Jun;52(3):207-15.
12. Calais-Germain B, Vives N. Parir en movimiento. Las moviidades de la pelvis en el parto. El gesto anatómico. Barcelona: La liebre de Marzo; 2009.
13. Simkin P, Ancheta R. *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. Wiley- Blackwell.
14. Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Postura de manos/rodillas en la última etapa del embarazo o trabajo de parto para posición fetal inadecuada (lateral o posterior) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Andrews CM, Andrews EC. Nursing, maternal postures, and fetal position. *Nurs Res*. 1983 Nov-Dec;32(6):336-41.
16. Kariminia A, Chamberlain ME, Keogh J, Shea A. Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ*. 2004 Feb 28;328(7438):490.
17. Stremmler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*. 2005 Dec;32(4):243-51.
18. Molina Reyes C, Muñoz-Martínez AL, Martínez García E, Moore Tracy L, Huete Morales MD, Burgos Sánchez JA. Eficacia de la postura materna manos-rodillas para corregir la posición fetal occipitoposterior en el parto. *Index Enferm*. 2014 Jun [citado 2014 Out 29]; 23(1-2): 15-20.
19. Martínez Borde MB, Villa Gómez PM, Martínez Huerta MS, Vilches Barbero E, Tobar López AI, Álvarez Barreiro S. Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Matronas Hoy*. 2014 Sept-Nov; 2(2): 8-16.
20. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.

# Diagnóstico de los niveles de estrés y satisfacción laboral de los enfermeros del servicio de urgencias

### AUTORES

- RAFAEL VILA CANDEL  
*Matrona CSI Alzira II. Profesor Doctor Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"*
- ARANTXA CAJA PUEYO  
*Enfermera en el Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)*

### PALABRAS CLAVE

ESTRÉS LABORAL > SATISFACCIÓN LABORAL > ENFERMERÍA  
> SERVICIO DE URGENCIAS



### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los niveles de estrés de los enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias del Hospital de La Ribera, así como observar su grado de satisfacción laboral.

**Material y métodos:** Es un estudio observacional prospectivo, descriptivo y de corte transversal, cuya muestra fueron enfermeros que trabajaban en el servicio de urgencias del Hospital de La Ribera durante los meses de enero y febrero de 2015. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario que medía el estrés y la satisfacción laboral.

**Resultados:** La muestra alcanzada fue de 32 enfermeros. Los resultados determinan que los enfermeros no presentan niveles elevados de estrés y a su vez, presentan una buena satisfacción laboral.

**Conclusiones:** El balance de la satisfacción laboral de los enfermeros encuestados es positivo y el estrés laboral se considera de niveles medios.

“

Los resultados determinan que los enfermeros no presentan niveles elevados de estrés y a su vez, presentan una buena satisfacción laboral.

### INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería se ha identificado como una de las más susceptibles a padecer estrés laboral, debido en gran medida a las condiciones laborales a las que está expuesta, entre las que destacan el contacto directo con el público, la implicación psicológica y emocional con los pacientes a los que ofrece sus cuidados junto con la sobrecarga de trabajo y el escaso margen de tiempo para la actuación. Es una profesión con una carga de estrés laboral elevada que puede afectar tanto a la salud y bienestar de las personas como a la satisfacción laboral y colectiva (1,2,3).



El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal.

Se puede definir el estrés laboral, según Lazarus y Folkman como “las interrelaciones que se producen entre la persona y el contexto en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal” (2,4).

Las condiciones que tienden a causar estrés se llaman estresores (5) y se considera como principal causa de estrés en el personal de enfermería la carga de trabajo excesiva a la que el trabajador está expuesto, pudiendo estar ocasionada bien por la dificultad de la tarea o por el poco tiempo de actuación del que disponen (3,9-14). Además, la falta de autonomía profesional, casi siempre debida a la escasa participación con la toma de decisiones y los turnos rotatorios son otras de las causas consideradas como fuente potencial de estrés (2,3,7). Del mismo modo, se considera que la falta de apoyo proporcionada por los superiores y la ausencia de relaciones interpersonales son fuentes potencialmente estresantes, además de añadir que el contacto directo con el sufrimiento humano y tener que trabajar en muchas ocasiones con personas que se debaten entre la vida y la muerte genera niveles más elevados de tensión y ansiedad pudiendo llegar a considerar a éstos como estresores laborales (3,6,9,10).

El estrés sufrido por el personal sanitario puede repercutir negativamente tanto en su salud física y psicológica como en el ámbito laboral, produciendo disminución de la productividad y calidad del trabajo realizado, aumento de quejas y conflictos, aumento del absentismo laboral así como inseguridad a la hora de la realización de técnicas y procedimientos (1,13-17).

La salud de los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario es un factor indispensable para mantener equilibrio en su actividad. Bien es cierto que, si no existe una armonía física y psicológica en el profesional sanitario, éste no será capaz de brindar al enfermo cuidados de

calidad, siendo éste el objetivo principal en el ámbito hospitalario.

En enfermería se considera fundamental la atención y el mantenimiento de la salud del individuo a través de cuidados integrales; este hecho no puede verse completo si la persona que oferta estos cuidados no tiene bienestar físico ni psicológico adecuado.

Por otra parte, la satisfacción laboral se puede definir como “el producto de la discrepancia entre lo que el individuo busca de su trabajo y lo que realmente obtiene, mediada por la importancia que para él tenga”. La satisfacción laboral proviene de enriquecer el puesto de trabajo, con el fin de poder desarrollar una mayor responsabilidad así como un mayor crecimiento mental y psicológico<sup>18</sup>. La importancia de este concepto reside en que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema está directamente relacionado con el grado de satisfacción de los profesionales que trabajan en él, pudiendo verse alterada esta satisfacción laboral por diferentes motivos, entre los que destacan la carga de trabajo excesiva, falta de reconocimiento, escasas posibilidades de formación, pérdida de autonomía, tareas rutinarias, obtención de un salario inadecuado, malas relaciones con sus superiores y exigencias recibidas tanto por parte de sus superiores como de los usuarios demandantes de sus cuidados (19-21). La satisfacción laboral se revela como un indicador de bienestar psicológico además de tratarse de un predictor de permanencia en el trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo, descriptivo y de corte transversal.

El objetivo general de nuestro estudio fue determinar los niveles de estrés laboral en los enfermeros que trabajan en el servicio de Urgencias, así como observar el grado de satisfacción laboral en estos mismos enfermeros. Además se establecieron diferentes objetivos secundarios, tales como determinar las variables sociodemográficas de la población a estudio, analizar las diferencias

inter-categoriales entre las variables objeto de estudio y las sociodemográficas y observar la relación existente entre el estrés laboral y la satisfacción laboral.

El centro en el que se llevó a cabo el estudio fue el Hospital Universitario de La Ribera, ubicado en la ciudad de Alzira (Valencia), más concretamente en el Servicio de Urgencias, el cual está distribuido en 6 áreas: triaje, consultas, pediatría, boxes, traumatología y reanimación.

La población (n) fueron enfermeros que estaban trabajando en el momento en que se realizó el pase de cuestionarios en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Ribera, siendo la muestra (n) de 32 enfermeros. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que el personal fuese diplomado o graduado en enfermería y que desarrollaran su trabajo en el momento en el que se realizó la encuesta en el Servicio de Urgencias de dicho hospital. Se descartaron aquellos enfermeros que se encontraran en periodos de descanso, permisos o vacaciones y que llevaran menos de tres meses desempeñando sus funciones en este servicio, puesto que puede considerarse que los niveles elevados de estrés e insatisfacción laboral pueden deberse a un problema de adaptación al servicio más que a las condiciones estresantes de éste.

Las encuestas realizadas al personal incluido en el estudio mediante cuestionarios se realizó entre los meses de enero y febrero del año 2015.

Las variables independientes utilizadas fueron las siguientes: edad, género, estado civil, hijos, situación laboral, tipo de estudios y antigüedad en el puesto de trabajo. Se tomaron como variables dependientes estrés y satisfacción laboral.

Para la búsqueda de información relacionada con este tema de investigación se formularon las siguientes palabras clave: estrés laboral, satisfacción laboral, enfermería y servicio de urgencias.

Para la realización de este trabajo se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos: Con el fin de determinar los niveles de estrés del personal sanitario, se llevó a cabo una caracterización de la muestra, extrayéndose tanto medias como desviaciones típicas, llevando a cabo el mismo procedimiento para conocer los niveles de satisfacción laboral. Con el fin de analizar

**Tabla 1.**  
**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LA VARIABLE ESTRÉS.**

	Media	Desviación Típica
Control	2,8472	0,43790
Exigencias	2,9757	0,33242
Apoyo superiores	2,4500	0,60960
Apoyo compañeros	3,1406	0,55698

las diferencias inter-categoriales existentes entre las variables objeto de estudio y las variables sociodemográficas incluidas en nuestro cuestionario, se realizaron pruebas T y Anova. Posteriormente se llevaron a cabo pruebas post-hoc (Tuckey) en el caso que fuese necesario con el fin de observar las diferencias entre los grupos. En último lugar, se realizó una prueba de correlación bivariada mediante el coeficiente de correlación de Pearson para determinar en qué grado las dos variables dependientes estaban asociadas.

**Consideraciones éticas:** La participación por parte del personal de enfermería fue voluntaria. Se han seguido toda clase de precauciones con el fin de resguardar la intimidad de la persona encuestada, cumpliendo así todos los principios básicos de cualquier Investigación Médica, respetando los principios legales aplicables sobre protección de datos. Previo desarrollo del proyecto se solicitó la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación y Comisión de Investigación del Hospital Universitario de la Ribera.

El instrumento de medida utilizado para la recopilación de los datos quedó conformado por dos bloques: el primero de ellos hacía referencia a los datos de identificación personal mientras que el segundo se centraba en analizar los niveles de estrés y satisfacción laboral.

Con el fin de cuantificar los niveles de estrés laboral se utilizó una versión reducida del "Job-Content-Questionnaire" (22), traducido y validado al castellano por Escribá en el año 2001. La versión reducida está compuesta por 29 ítems con una escala de respuesta tipo Likert cuyas

opciones de respuesta oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). Incluye tres dimensiones denominadas control, exigencias del trabajo y apoyo social percibido tanto por parte de los compañeros de trabajo como por parte de los superiores (22).

Del mismo modo para la medición de la satisfacción laboral se utilizó otro instrumento validado, creado por Peiró y Meliá en 1989 denominado "Cuestionario de Satisfacción general S20/23". Este cuestionario es una versión reducida del "Cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales S4/82", contiene a su vez un número más reducido de ítems (23) medidos en una escala de respuesta tipo Likert cuyas opciones de respuesta van del 1 al 7, que corresponde a muy insatisfecho y muy satisfecho. Está compuesto por 5 factores: satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente físico, satisfacción con las prestaciones recibidas, satisfacción con el trabajo y satisfacción con la participación (23).

## RESULTADOS

Realizando un análisis más detallado de las variables sociodemográficas incluidas en nuestro estudio se puede determinar que la edad media de la persona encuestada fue de  $37,01 \pm 0,504$  años. El mayor porcentaje de la muestra lo formaban enfermeros del género femenino, con un 84,4% (n=27), estaban casadas el 46,9% (n=15) y el 59,4% (n=19) tenía hijos a su cargo. En relación a los estudios realizados, la mayoría de la muestra (78,1%, n=25) había cursado una diplomatura y tenían un puesto de trabajo fijo (78,1%, n=25). En último lugar, se analizó la antigüedad en el puesto de trabajo, concluyendo que la media de

**Tabla 2.**  
**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LA VARIABLE SATISFACCIÓN LABORAL.**

	Media	Desviación Típica
Satisfacción con la participación	4,0729	1,33531
Satisfacción con la supervisión	4,3177	1,52362
Satisfacción con el ambiente físico	3,4687	1,60612
Satisfacción con las prestaciones recibidas	4,3063	1,15617
Satisfacción con el trabajo	4,5603	1,30637

tiempo trabajado por los enfermeros del servicio de urgencias del hospital de la Ribera fue de  $9,91 \pm 4,97$  años.

A continuación, se realizó una caracterización de las variables dependientes estudiadas. Para ello, se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables (estrés laboral y satisfacción laboral) así como de todos los factores que la componen, extrayendo medias y desviaciones típicas.

Con respecto a la variable denominada estrés, se puede observar en la tabla adjunta que los encuestados presentan una mejor percepción del apoyo proporcionado por sus compañeros, el cual obtuvo una media más elevada ( $3,14 \pm 0,556$ ).

Reseñando las desviaciones típicas obtenidas destaca que el factor apoyo por parte de sus superiores presenta un mayor valor de desviación típica ( $DT=0,609$ ) mostrando una mayor homogeneidad en sus datos. (tabla 1).

En relación a la media y desviación típica de la satisfacción laboral se concluye que los enfermeros encuestados presentan una mayor satisfacción con el trabajo realizado ( $4,5603 \pm 1,306$ ) y una menor satisfacción con el ambiente físico ( $3,4687 \pm 1,606$ ). En relación a las desviaciones típicas de cada uno de los factores cabe destacar que el factor satisfacción con el ambiente físico fue el que obtuvo un valor superior del resto ( $DT=1,60$ ). (tabla 2).

A continuación, se analizaron las diferencias inter-categoriales significativas existentes entre las variables objeto de estudio y las variables sociodemográficas.

Se plasman los resultados obtenidos distinguiéndolos según las variables sociodemográficas a las que se ha hecho referencia con anterioridad.

**Tabla 3.**  
**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL Y LA SATISFACCIÓN LABORAL.**

	Apoyo Compañeros		Apoyo Superiores		Exigencias		Control	
	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor	R	p-valor
Satisfacción con la participación	0,036	0,455	0,392*	0,013	-0,348*	0,028	0,412*	0,010
Satisfacción con la supervisión	0,135	0,231	0,538**	0,01	-0,287	0,055	0,439**	0,006
Satisfacción con las prestaciones	0,168	0,179	0,225	0,180	-0,321*	0,036	0,456**	0,004
Satisfacción con el ambiente físico	0,129	0,240	0,636**	<0,001	-0,606*	<0,001	0,662**	<0,001
Satisfacción con el trabajo	0,071	0,349	0,401*	0,02	-0,466**	0,004	0,616**	<0,001

R= Correlación de Pearson.

### Satisfacción laboral

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente significativas ( $p \geq 0,05$ ) para esta variable en función del sexo, descendencia y nivel educativo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables independientes que se detallan brevemente a continuación.

Haciendo referencia a la **edad** de la persona encuestada podemos destacar que el único factor de esta variable cuyo nivel de significación fue inferior al valor establecido correspondía al denominado "Satisfacción con el Trabajo" ( $p = 0,047$ ).

En función del **estado civil** las diferencias estadísticamente significativas se observaron únicamente para el factor "Satisfacción con el ambiente físico" ( $p = 0,013$ ), y tras la aplicación de las pruebas post-hoc (Tuckey) se pudo determinar que aquellos enfermeros que estaban solteros tenían una mayor satisfacción con el ambiente físico que aquellos enfermeros casados.

En relación a la variable **situación laboral** se puede establecer que estas diferencias se manifiestan para los factores "satisfacción con el ambiente físico" ( $p = 0,036$ ) y "satisfacción con la supervisión" ( $p = 0,037$ ).

En referencia al primero de ellos, las pruebas post-hoc ponen de manifiesto que aquellas personas que realizaban sustituciones poseían una mayor satisfacción con el ambiente físico que aquellas que estaban fijos en su puesto de trabajo. Del mismo modo, en relación al factor "satisfacción con la supervisión" parece que aquellas personas que realizaban sustituciones presentan una mayor satisfacción con la supervisión que aquellas que tenían un puesto de trabajo fijo.

Haciendo referencia a la **antigüedad** en el puesto de trabajo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que se observan diferencias significativamente estadísticas para los factores "satisfacción con el trabajo" ( $p = 0,002$ ), "satisfacción con las prestaciones recibidas" ( $p = 0,012$ ) y "satisfacción con la supervisión" ( $p = 0,033$ ).

### Estrés laboral

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p \geq 0,05$ ) para las variables descendencia, nivel educativo y situación laboral, sí encontrándose diferencias significativas para el resto de variables.

Haciendo referencia a la **edad** de la persona entrevistada, podemos concluir que se observaron diferencias estadísticamente significativas para el factor "control" ( $p = 0,003$ ).

En función del **género** se han encontrado diferencias significativamente estadísticas ( $p = 0,025$ ) para el factor control ( $p = 0,025$ ).

En relación al **estado civil** los resultados obtenidos manifiestan que existen diferencias estadísticamente significativas concretamente para el factor denominado "control" ( $p = 0,044$ ). Las pruebas post hoc determinan que aquellas personas que estaban solteras presentan una mayor percepción del control de la situación que aquellas que estaban casadas.

En relación a la **antigüedad** en el puesto de trabajo se observan diferencias significativas para las variables "control" ( $p = 0,011$ ) y "apoyo por parte de los superiores" ( $p = 0,03$ ).

En último lugar se pretendía analizar la relación existente entre la variable estrés laboral y satisfacción laboral. Para ello, se realizó una prueba de correlación bivariada

mediante el coeficiente de Correlación de Pearson de los diferentes factores. Se adjunta la tabla realizando una breve explicación de los resultados significativos. (**tabla 3**) El factor "apoyo por parte de los superiores" correlaciona positivamente con los factores satisfacción con la participación ( $r = 0,392$ ,  $p = 0,013$ ), satisfacción con la supervisión ( $r = 0,538$ ,  $p = 0,01$ ), satisfacción con el ambiente físico ( $r = 0,636$ ,  $p = <0,001$ ) y satisfacción con el trabajo ( $r = 0,401$ ,  $p = 0,02$ ). De manera que cuando aumenta el apoyo por parte de los superiores también aumenta la satisfacción con la participación, con la supervisión, con el ambiente físico y con el trabajo. A su vez, existe una relación negativa entre el factor "exigencias" y "satisfacción con la participación" ( $r = -0,348$ ,  $p = 0,028$ ), "satisfacción con las prestaciones recibidas" ( $r = -0,321$ ,  $p = 0,0036$ ) "satisfacción con el ambiente físico" ( $r = -0,606$ ,  $p = \leq 0,001$ ) y "satisfacción con el trabajo" ( $r = -0,466$ ,  $p = 0,004$ ). Se puede determinar que cuando el factor "exigencias" aumenta, el resto de factores disminuyen, de tal manera que a mayores exigencias recibidas menos será la satisfacción con el trabajo, con las prestaciones, con el ambiente y con la participación. El último de los factores que componen la variable estrés laboral se denomina control. Este factor correlaciona positivamente con todos los factores que componen la variable que hace referencia a la satisfacción laboral. De este modo, se establece que, cuando el factor "control" aumenta, los demás factores también se verán aumentados.

### DISCUSIÓN

El estrés en el ambiente laboral ha sido una de las mayores preocupaciones en el campo de la salud y bienestar y son diver-

Los artículos que hacen referencia al estrés laboral del profesional de la salud.

En relación al primer objetivo se puede establecer que los encuestados presentan niveles medios de estrés y están satisfechos con el apoyo que reciben por parte de sus compañeros, considerando a estos un pilar fundamental para combatir el estrés que el propio trabajo puede generar. A la hora de establecer coincidencias con el presente artículo destacamos el artículo propuesto por Aranda et al. en que se ponía de manifiesto que el estrés laboral es una de las mayores preocupaciones en el ámbito de la salud y que la existencia de un buen apoyo social, ya sea por parte de familia, amigos o compañeros de trabajo desempeña un papel importante en la reducción de sus niveles (24).

Diversos autores, como por ejemplo Mas y Meza (25-26) destacan las exigencias por parte del personal médico, de los familiares y del propio enfermo como el mayor estresor laboral para la profesión de enfermería. Por el contrario, en nuestro estudio, a pesar de poder observar que los enfermeros encuestados no tienen una satisfacción óptima con estos factores tampoco los consideran como una fuente potencial de estrés. Por lo tanto se concluye que existen discrepancias con diferentes artículos que ponen de manifiesto estos hechos<sup>25-26</sup>.

También cabe recalcar que la mayoría de la bibliografía consultada manifiesta que el personal de enfermería posee niveles elevados de estrés por encima de otros profesionales de la salud, dato que discrepa con el obtenido en nuestro estudio en el que los niveles de estrés de los enfermeros encuestados eran medios (27-28).

En relación al segundo objetivo se esclarece que los profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital de la Ribera presentaban una buena satisfacción laboral, coincidiendo con diversos artículos consultados en los cuales se establecía que los enfermeros están satisfechos con el trabajo realizado (18,29). Además cabe destacar que no es la única coincidencia que presentan con nuestro estudio, ya que determinan que el aspecto de la satisfacción laboral que el personal de enfermería valora más es el trabajo desempeñado en la empresa (18). Este hallazgo difiere de los resultados de otros estudios obtenidos en los cuales se podía obser-

var la insatisfacción que presentaban los enfermeros en relación a su puesto de trabajo, destacando sobre todo aquellos que ejercían sus funciones en hospitales ingleses, quizás debido a las diferencias léxicas (20, 30). Esta satisfacción con el trabajo realizado que presentan los enfermeros del Hospital de La Ribera puede estar directamente relacionada con la satisfacción que le produce el trabajo por sí mismo y el cumplimiento de los objetivos, metas y tasas de producción planteadas a lo largo de la jornada laboral.

Posteriormente, y haciendo referencia al tercer objetivo se determinó que el perfil más característico de la persona encuestada corresponde al de una mujer, de 37 años, casada y con hijos a su cargo. En relación al tipo de estudios realizados, cabe destacar que ésta había cursado una diplomatura, tenía un puesto fijo de trabajo y llevaba desempeñando sus funciones en él alrededor de 10 años, encontrándose coincidencias con el artículo propuesto por Cogollo-Milanés et al (31).

Respondiendo al siguiente objetivo se puede comprobar que son diversas las variables sociodemográficas que pueden influir en los niveles de estrés. El nivel de estudios y tener a su cargo descendencia se relacionan con niveles elevados de estrés laboral, tal y como ya se ha observado en otros trabajos (32). A su vez, en nuestro estudio se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el estrés laboral, la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo. Con respecto a la edad se encontraron discrepancias con el artículo propuesto por Martínez-López (33) en el cual la edad parece no tener gran influencia en la aparición de estrés laboral. Con respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo, no se encontraron artículos que estableciesen una relación significativa entre estas dos variables.

En relación a las diferencias significativas que se encontraron entre la satisfacción laboral y el resto de variables se puede determinar que según nuestro estudio esta variable correlaciona con la edad, el estado civil, la situación laboral y la antigüedad laboral de la persona encuestada. Como ya se ha subrayado en otro estudio la edad y la satisfacción laboral están directamente relacionadas, determinando que cuanto más edad tenga la persona mayor será el estrés laboral sufrido

(20). Otra de las características que interfiere en los niveles de satisfacción es la situación laboral de la persona en cuestión. Respecto a ello, parece que la literatura manifiesta que existe significación entre ambas variables, presentando mayor satisfacción laboral aquellos que trabajaban eventualmente (28, 34). También se han encontrado artículos que revelaban que existían diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción laboral y la edad, manifestando que a mayor edad existía una mayor monotonía laboral que se traducía en una disminución de la satisfacción laboral (29).

En referencia al último de los objetivos propuestos se determina que existe una correlación entre la satisfacción laboral y el estrés laboral, es decir, que ambas variables se encuentran asociadas, dato que resulta concordante con la literatura consultada (23). Consideramos de interés que se estudie el estrés y la satisfacción laboral desde un punto de vista longitudinal, puesto que estos niveles pueden ir sufriendo variaciones a lo largo del tiempo. Es necesario a su vez, que estos factores se estudien en escasos intervalos de tiempo y siempre de manera anónima, con el fin de se puedan plantear propuestas de mejora en el hospital para intentar reducir esta sintomatología.

## CONCLUSIONES

En relación al objetivo principal planteado en este estudio se concluye que los enfermeros tienen unos niveles de estrés medios y una satisfacción laboral por encima de la media establecida.

Respondiendo a los objetivos secundarios se concluye que:

- El perfil más característico de la persona encuestada corresponde a una mujer, de alrededor de 37 años, casada, con hijos a su cargo, que había cursado una diplomatura y tenía un puesto de trabajo fijo con una antigüedad de aproximadamente 10 años.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre la variable estrés laboral y la edad de la persona encuestada, el sexo, el estado civil y la antigüedad en el puesto de trabajo.
- También existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción laboral y la edad, el estado civil, la situación laboral y la antigüedad en el puesto de trabajo.

- Se observa un grado de correlación, tanto positiva como negativa, entre las variables estrés laboral y satisfacción laboral.

## BIBLIOGRAFÍA

- Piñeiro Fraga M. Estrés y factores relacionados con el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enferm. Glob. (Internet)*. 2013; 12(31):125-50.
- Parul S, Anuradha D, Sanjeev D, Arvind S, Kajal S, Rahul B. Occupational stress among staff nurses: controlling the risk to health. *Insian J Occup Environ Med*. 2014; 18(2):52-6.
- Mamani A, Obando R, Uribe AM. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencias. *Rev Per Obst Enf*. 2007; 3(1):50-7.
- Li L, Hongyan H, Hao Z, Changzhi H, Lihua F, Xinyan L, et al. Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: a cross sectional survey in China. *BMJ Open. (Internet)*. 2014; 5:4(6)
- Atalaya P. El estrés laboral y su influencia en el trabajo. *Industrial data*. 2001; 4(2):25-38.
- Zambrano Plata GE. Estresores en las unidades de cuidado intensivos. *Aquichan*. 2006; 6(1):156-69.
- Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010; 33(1):193-201.
- Flores Villavicencio ME, Troyo Sanromán R, Valle Barbosa AH, Vega López MG. Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel de Guadalajara. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 2010; 13(1):1-17.
- Gil Monte PR. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83:169-73.
- Kamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(1): 652-66.
- Meza Benavides M, Pollán Rufo M, Gabari Gambarte MI. Estrés laboral en enfermeros hospitalarios: un estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. *Huarte de San Juan Psicología y Pedagogía*. 2006; 13:103-20.
- Herrera Sánchez R, Cassals Villa M. Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral en enfermería. *Revista cubana de enfermería*. 2005; 21(1):1-1.
- Posada Pérez EJ. La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. *Rev CES Salud Pública*. 2011; 2(1): 66-73.
- Marrau C. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades*. 2009. 10(19):167-77.
- Luceño Moreno L. Estrés laboral. *EduPsykhé*. 2008; 7(2):107-9.
- León Román CA. Cuidarse para no morir cuidando. *Rev Cub Enfermer*. 2007; 23(1).
- Cremades Puerto J, Maciá Soler L, López Montesinos MJ, Orts Cortés I. Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. *Cogitare Enf*. 2011; 16(4):609-14.
- Parra Sarella LH, Paravic KT. Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Cienc. Enferm*. 2002; 8(2): 37-48.
- Guillén F, Brugos A, Martínez CF, Aguinaga I. Validación de un cuestionario de mejora de la satisfacción laboral en profesionales de AP. *Anales Sis San Navarra*. 2012; 35(3):413-23.
- Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Brugos A, Aguinaga Ontoso I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de Atención Primaria. *An. Sist. Sanit. Navarr*. 2013; 36(2):253-62.
- Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Valderrama Orbegozo LJ, Uribe Rodríguez AF. Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2009; 27(2):218-25.
- Aguirre Raya, DA. Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería. Factores que la afectan. *Rev haban cienc med*. 2009; 8(4):0-0.
- López-Araujo B, Osca Segovia A, Peiró JM. El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicotherma*. 2007; 19(1):81-7.
- Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Pérez-Reyes MB. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*. 2004; 14(1):79-87.
- Más R, Escribá V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Arch Prev Riesgos Lab*. 1999; 2(4):159-67.
- Meza Benavides M, Pollán Rufo M, Gabari Gambarte MI. Estrés laboral en enfermería hospitalaria: un estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento. *Huarte de San Juan. Psicología y pedagogía*. 2006; 13:103-20.
- Román Hernández J. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003; 29(2):103-10.
- Aguado Martín JI, Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med segur trab*. 2013; 59(231):259-75.
- Robles García M, Dierssen Sotos T, Martínez Ochoa E, Herrera Carral P, Díaz Mendil AR, Llorca Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):127-34.
- Ruzafa Martínez M, Madrigal Torres M, Velandrino Nicolás A, López-Iborra L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):434-42.
- Cogollo-Milanés Z, Batista E, Cantillo C, Jaramillo A, Rodelo D, Merina G. Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *Aquichán*. 2010; 10(1):43-51.
- Araujo Bastos Teixeira C, De Sousa Pereira S, Cardoso L, Selegim MR, Naves dos Reis L, Da Silva Gherardi-Donato EC. Occupational stress among nursing technicians and assistants: coping focused on the problema. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1):28-34.
- Martínez-López C, López-Solache G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en medicina familiar*. 2005; 7(1):6-9.
- Fernández San Martín MI, Villagrasa Ferrer JR, Gamo MF, Vázquez Gallego J, Cruz Cañas E, Aguirre Trigo MV, Adradas Aragonés V. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 1995; 69:487-97.

# Predicción de la mortalidad de pacientes con neumonía comunitaria grave que precisan ingreso en la unidad de cuidados intensivos



## AUTORES

- DIEGO JIMÉNEZ LÓPEZ  
*Máster Oficial en Cuidados Intensivos de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario. Valencia*
- JOSÉ FERRERES FRANCO  
*Facultativo especialista en medicina intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario. Valencia*
- JOSÉ BLANQUER OLIVAS  
*Facultativo especialista en medicina intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario. Valencia*
- PABLO GARCÍA MOLINA  
*Doctor y MsN Universidad de Alicante. Profesor Asociado Departamento Enfermería, Universidad de Valencia. Enfermero asistencial UCI Hospital Clínico Universitario. Miembro del Comité Consultivo del GNEAUPP*

## PALABRAS CLAVE

- > NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE > MARCADORES SÉRICOS
- > ÍNDICES PRONÓSTICOS > ESCALAS DE GRAVEDAD
- > UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, PREDICCIÓN MORTALIDAD

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo que puedan predecir la mortalidad de los enfermos con neumonía comunitaria grave (NACG). Validar los índices pronósticos APACHE II (Acute Physiologic and Chronic Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) y valoración evolutiva del índice SOFA en este grupo de pacientes. Establecer la correlación de los niveles de procalcitonina (PCT), de la proteína C reactiva (PCR) y el índice pronóstico SOFA.

**Método:** Estudio observacional prospectivo (enero 2007- enero 2012) de una muestra de 129 pacientes con diagnóstico de NACG ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valencia según los criterios de la American Thoracic Society-Infectious Diseases Society of America (ATS/IDSA).

**Resultados:** Tres de los índices pronósticos, (APACHE II, SOFA y PCT) junto con las variables (edad y ventilación mecánica), resultaron significativas en el análisis univariado al ingreso. En la regresión múltiple, únicamente el SOFA ( $p = 0,003$ ), el PCT ( $p = 0,013$ ) y la presencia de VM al ingreso ( $p = 0,044$ ), todos ellos al ingreso, se han mantenido en el modelo multivariante. En el análisis multivariante de las 24 y 48 horas, el SOFA y la PCT siguen siendo factores independientes de mortalidad ( $p = 0,001$ ) más aún tras el aclaramiento de cada índice y marcador pronóstico.

**Conclusiones:** La combinación de índices y marcadores pronósticos pueden conformar la estructura básica en el proceso evolutivo del paciente. Los resultados obtenidos permiten relacionar las puntuaciones totales y variaciones proporcionales del SOFA y la PCT con el pronóstico de letalidad de los pacientes con NACG.

## INTRODUCCIÓN

La NAC sigue siendo una de las principales causas de ingreso en las UCI. El concepto de **neumonía comunitaria grave (NACG)** (1) identifica a un grupo de pacientes que están predispuestos a tener complicaciones que condicionan un pronóstico grave, y que por tanto, es prioritario reconocerlos precozmente para su ingreso en una UCI, dónde además de una vigilancia y monitorización continua, pueden recibir medidas de soporte tanto ventilatorio como hemodinámico o renal.

Con la ayuda de las escalas de gravedad se puede valorar la calidad y eficacia del tratamiento administrado y predecir en cierta manera la evolución de los pacientes ingresados en UCI.

Para resolver el problema de evaluar la necesidad de ingreso del paciente con NACG en UCI, la mayoría de Guías de Práctica Clínica siguen los criterios de la **American Thoracic Society-Infectious Diseases Society of America (ATS/IDSA) de 2007** (2). También han sido utilizadas dos escalas de gravedad generales del enfermo crítico:

de determinados procedimientos terapéuticos dentro de la UCI, son los factores pronóstico que más se han evaluado en la literatura. Algunas comorbilidades que pueden predisponer a una NACG son, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), alcoholismo, cardiopatía crónica y diabetes (5), así como el tabaquismo (6) que favorece su incidencia y gravedad. Los requerimientos de ventilación mecánica, sobre todo invasiva, ensombrecen el pronóstico. Otro de los factores que cada vez está adquiriendo mayor importancia es la necesidad del ingreso precoz, ya que hay estudios que avalan una mayor mortalidad en los pacientes que ingresaban tardíamente en una UCI (7).

La aplicación de biomarcadores, tanto en la decisión de ingresar al paciente en UCI como en su evolución posterior (8-10), es otro punto interesante. Un biomarcador es definido como una medida que valora la respuesta a una determinada intervención terapéutica. Cabe discernir si una respuesta inflamatoria excesiva en base a la elevación sérica de ciertos marcadores podría concordar con la gravedad

la proteína C- reactiva (PCR) y el índice pronóstico SOFA, conforman la estructura de los principales objetivos de este estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo (enero 2007 - enero 2012) de una muestra de 129 pacientes con diagnóstico de NACG ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valencia según los criterios de la ATS/IDSA.

Para la recogida de datos se seleccionaron las variables que pueden influir de un modo u otro en el pronóstico del paciente con NACG ingresado. La recogida se realizó por un solo observador de forma prospectiva mediante un formulario diseñado a tal efecto a partir de las gráficas y analíticas de la historia clínica de cada paciente. En caso de pacientes con varios ingresos en UCI, se considerará sólo el primero de ellos.

Se recogió el SOFA, APACHE II, PCR y PCT con los peores valores obtenidos al ingreso, a las 24 horas, y consecutivamente cada 24 horas hasta el alta de UCI o éxitus del enfermo. Se evaluó el SOFA en el momento de ingreso en UCI, a las 24 horas, el SOFA máximo (día con mayor puntuación SOFA), SOFA medio y se estudian las variaciones del SOFA [diferencia del SOFA al ingreso con respecto al último SOFA registrado (alta o éxitus) y el SOFA máximo].

### Análisis estadístico

En los análisis multivariantes se incluyeron aquellos factores de interés que en el modelo univariante eran significativos con un nivel de significación del 10%.

Para el análisis de la supervivencia en UCI se ajustaron modelos de regresión logística, tanto univariantes como multivariantes, obteniéndose los cocientes de ventajas (odds ratios, OR) correspondientes a los diferentes factores de interés. Para la discriminación y calibración de los modelos se obtuvieron las curvas ROC asociadas y el test de Hosmer-Lemeshow respectivamente. A partir de la evaluación de las curvas ROC resultantes se estimaron los puntos de corte óptimos de las diferentes variables pronósticas de interés, seleccionando el índice de Youden asociado (suma de la sensibilidad y especificidad asociadas). Para la realización de los cálculos estadísticos se ha utilizado el programa estadístico SPSS para Windows, versión 19.0.

El concepto de **neumonía comunitaria grave (NACG)** identifica a un grupo de pacientes que están predispuestos a tener complicaciones que condicionan un pronóstico grave, y que por tanto, es prioritario reconocerlos precozmente para su ingreso en una UCI.



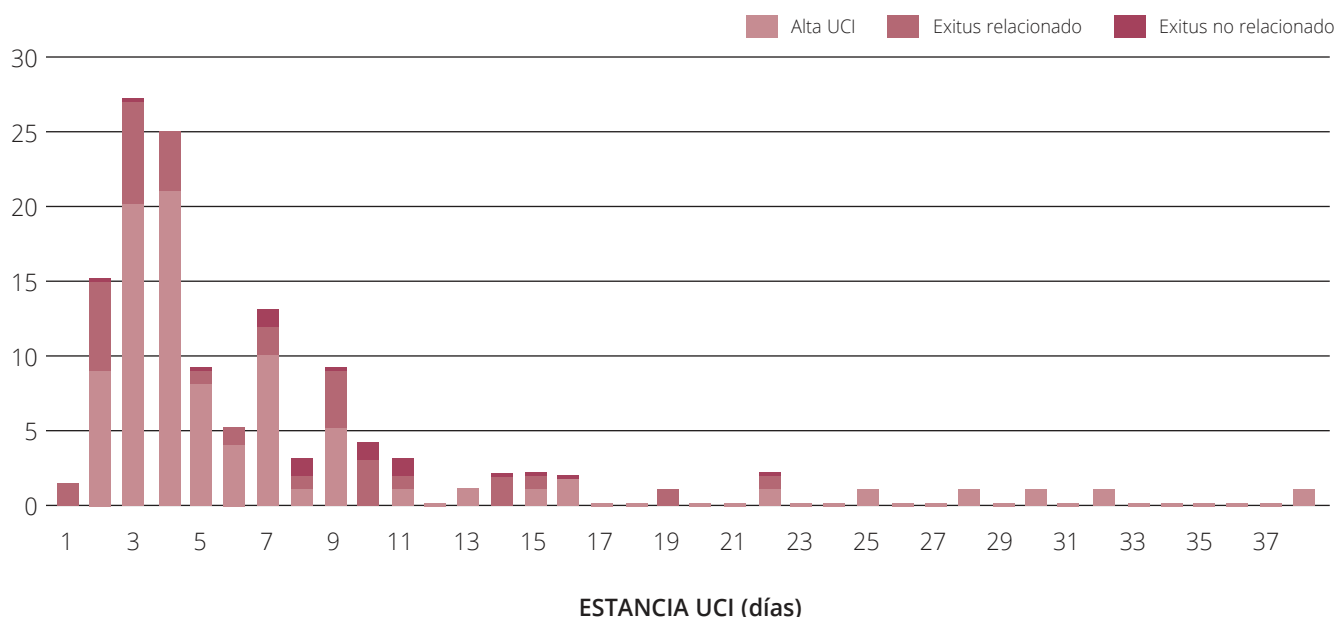
Una estática, con recogida en las primeras 24 horas del ingreso en UCI, **Acute Physiologic And Chronic Health Evaluation (APACHE II)** (3) y otra más dinámica, **Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)** (4), que evalúa de forma diaria la disfunción de órganos.

La relación entre determinados factores de riesgo en la adquisición y evolución de la NACG es compleja, ya que es difícil cuantificar el efecto que cada uno de ellos tiene por sí mismo o por la asociación con otras condiciones coexistentes. La edad junto a las enfermedades de base y la aplicación

del proceso infeccioso y predecir mejor la mayor gravedad [Ramirez et al (11)], mortalidad de este tipo de pacientes con NACG. De ahí que parte de este estudio esté centrado en la investigación de dos biomarcadores que pueden orientar al clínico. Uno más específico, la procalcitonina (PCT) y otro más general, la proteína C reactiva (PCR).

Identificar aquellos factores de riesgo que puedan predecir la mortalidad, validar los índices pronósticos APACHE y SOFA, valorar la evolución del índice SOFA en este grupo de pacientes así como la correlación de los niveles de procalcitonina (PCT),

**Figura 1.**  
**NÚMERO DE DÍAS EN UCI Y TIPO DE ALTA.**



## RESULTADOS

Se incluyeron 129 pacientes ingresados en UCI con NACG, según criterios de la ATS/IDSA.

La **figura 1** muestra el número de días de estancia hasta el alta a la sala o exitus. Podemos comprobar que de los 129 pacientes considerados, 92 (71,3%) fueron dados de alta del servicio de UCI y 37 fallecieron, por tanto la mortalidad en UCI fue del 28,7%. La estancia media en UCI para este grupo de pacientes fue de 6,8 días (DT = 6,3), con una mediana de 4 días y un rango entre 1 y 38 días. Para los pacientes que fallecen en UCI la mediana es de 5 días, mientras que para los pacientes que son dados de alta de UCI la mediana es de 4 días, no existiendo diferencias significativas ( $p = 0,823$  en la prueba de Mann-Whitney) al compensarse los menores tiempos de los que fallecen durante los primeros días en UCI con las estancias mayores de los que fallecen después de un empeoramiento progresivo.

La **Tabla 1** muestra algunas de las características basales registradas en la muestra objeto de estudio.

De los 129 pacientes considerados, 85 (65%) necesitaron ventilación mecánica

**Tabla 1.**  
**CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.**

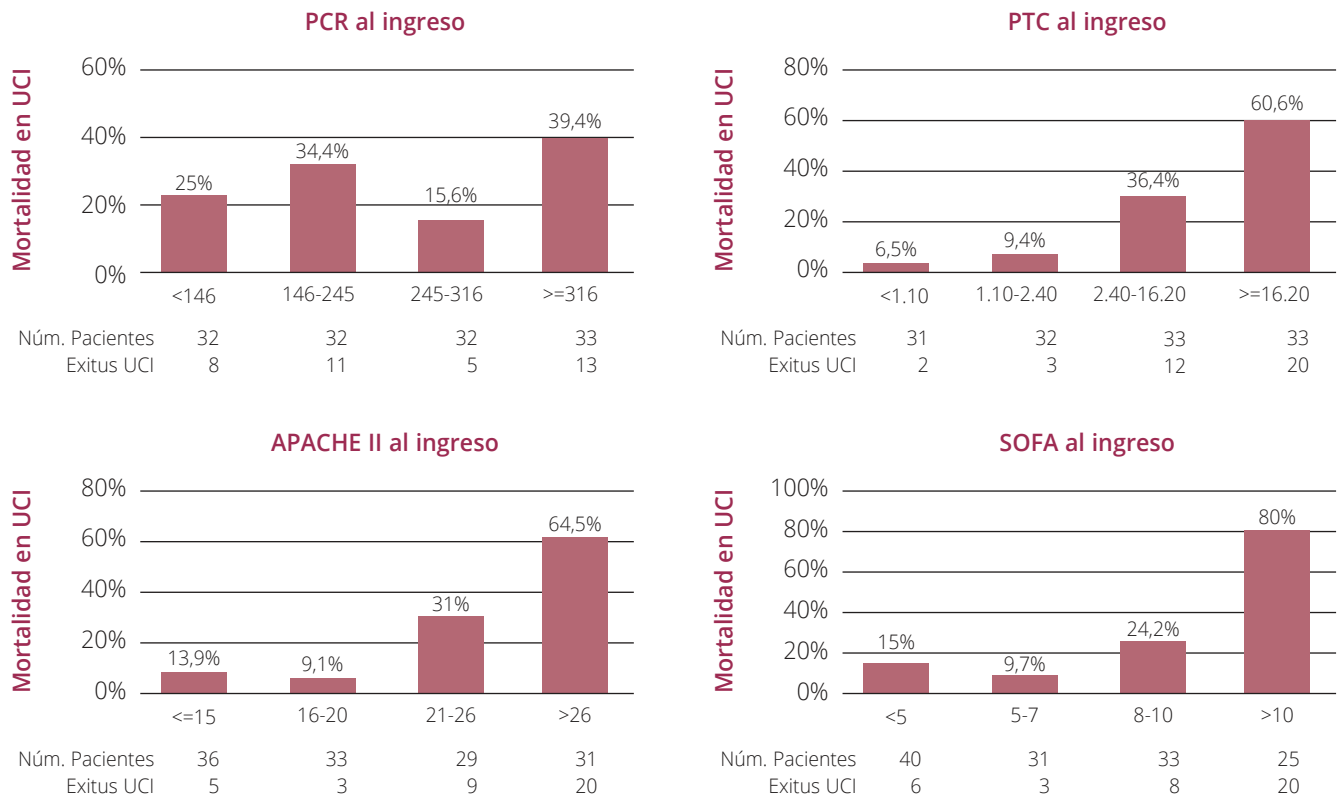
Características demográficas		Factores de riesgo	
Sexo		Tabaquismo	73 (56,6%)
Masculino	89 (69,0%)	Diabetes	38 (29,5%)
Femenino	40 (31,0%)	Obesidad	37 (28,7%)
Edad		Cardiopatía	30 (23,3%)
Media (DT)	57,6 (18,1)	EPOC	28 (21,7%)
Mediana (Mín-Máx)	61 (15-87)	Abuso alcohol	22 (17,1%)
		Inmunodepresión	17 (13,2%)
		ATB previo	16 (12,4%)
		Malignidad	8 (6,2%)
		HIV	4 (3,1%)
		ECV	4 (3,1%)
		Broncoaspiración	2 (1,6%)
		AVDP	1 (0,8%)



Un biomarcador es definido como una medida que valora la respuesta a una determinada intervención terapéutica.

durante su ingreso y permanencia en UCI, 46 (54,1%) ventilación invasiva con una media de 7,6 días y 39 (45,9%) no invasiva con una media de 30,5 horas de ventilación. El *S.pneumoniae* (62,8%) sigue siendo el principal microorganismo implicado en la NACG.

**Figura 2.**  
**MORTALIDAD EN UCI SEGÚN LOS VALORES DE LOS CUATRO ÍNDICES CONSIDERADOS AL INGRESO, ESTABLECIENDO COMO PUNTOS DE CORTE DE LOS INTERVALOS LOS CUARTILES DE LA DISTRIBUCIÓN DE VALORES OBSERVADOS.**



### Supervivencia en UCI al ingreso

La predicción de la mortalidad en UCI se estableció según los valores de los cuatro índices considerados al ingreso (APACHE II, SOFA, PCT y PCR), estableciendo como puntos de corte de los intervalos los cuartiles de la distribución de valores observados, **figura 2.**

La **tabla 2** muestra los valores observados y los ajustes univariados realizados. El ajuste multivariante ha sido realizado sobre aquellos factores significativos desde el punto de vista univariante para un nivel de significación del 10%.

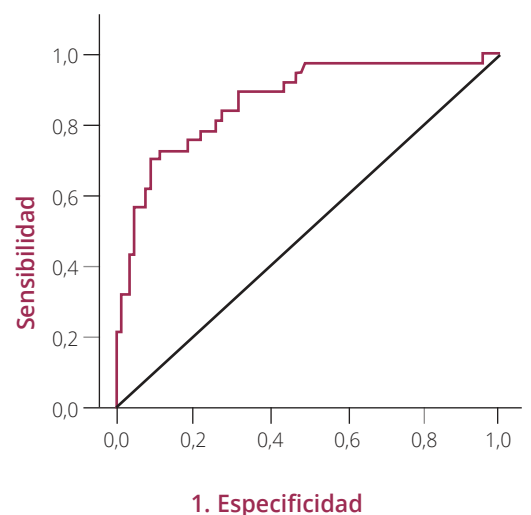
A continuación se ha evaluado la validez del modelo multivariante resultante basado en los valores del SOFA, PCT y presencia de ventilación mecánica al ingreso. La calibración del modelo resultante, la prueba de Hosmer-Lemeshow muestra una buena asociación entre los valores

observados y predichos por el modelo ( $p = 0,547$ ). Respecto a la discriminación, la **figura 3** muestra la curva ROC asociada al modelo predictivo resultante, con un área encerrada bajo la curva ROC asociada estimada del 0,870 (IC95% 0,798-0,941) ( $p < 0,001$ ).

### Supervivencia en UCI de los pacientes que sobreviven al menos 24 horas

En estos pacientes, además de las variables basales analizadas anteriormente, se analizaron también los valores de los índices SOFA, PCT y PCR observados a las 24 horas del ingreso. Se definió un modelo predictivo con las variables basales, los índices a las 24 horas y sus variaciones durante las últimas 24 horas (definidas como el cociente, multiplicado por 100, de la diferencia del valor a las 24 horas y el valor al ingreso entre el valor al ingreso).

**Figura 3.**  
**CURVA ROC ASOCIADA AL MODELO PREDICTIVO BASADO EN EL SOFA, EL PCT Y LA PRESENCIA DE VENTILACIÓN MECÁNICA AL INGRESO.**



**Tabla 2.**  
**AJUSTES UNIVARIADOS REALIZADOS Y VALORES OBSERVADOS EN LA EVALUACIÓN**  
**DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS (PCT, PCR, APACHE II Y SOFA).**

	Sobreviven en UCI	Fallecen en UCI	OR	IC (95%)		p-valor
<b>Sexo</b>						0,842
Masculino	63 (70,8%)	26 (29,2%)	(línea base)			
Femenino	29 (72,5%)	11 (27,5%)	0,919	0,400	2,110	
<b>Edad</b>			1,040	1,014	1,068	0,003
Media (DT)	54,5 (17,7)	57 (15-82)				
Mediana (Mín-Máx)	65,5 (16,7)	71 (20-87)				
<b>Tabaquismo</b>						0,250
No	37 (66,1%)	19 (33,9%)	(línea base)			
Sí	55 (75,3%)	18 (24,7%)	0,637	0,296	1,373	
<b>Abuso alcohol</b>						0,061
No	80 (74,8%)	27 (25,2%)	(línea base)			
Sí	12 (54,5%)	10 (45,5%)	2,469	0,959	6,358	
<b>Obesidad</b>						0,264
No	63 (68,5%)	29 (31,5%)	(línea base)			
Sí	29 (78,4%)	8 (21,6%)	0,599	0,244	1,471	
<b>Diabetes</b>						0,371
No	67 (73,6%)	24 (26,4%)	(línea base)			
Sí	25 (65,8%)	13 (34,2%)	1,452	0,642	3,284	
<b>EPOC</b>						0,648
No	73 (72,3%)	28 (27,7%)	(línea base)			
Sí	19 (67,9%)	9 (32,1%)	1,235	0,500	3,052	
<b>Cardiopatía</b>						0,855
No	71 (71,7%)	28 (28,3%)	(línea base)			
Sí	21 (70,0%)	9 (30,0%)	1,087	0,444	2,660	
<b>Ventilación mecánica</b>						<0,001
No	42 (95,5%)	2 (4,5%)	(línea base)			
Sí	50 (58,8%)	35 (41,2%)	14,700	3,337	64,759	
<b>APACHE II al ingreso</b>			1,178	1,102	1,259	<0,001
Media (DT)	18,4 (6,3)	26,4 (7,7)				
Mediana (Mín-Máx)	18 (5-34)	27 (8-40)				
<b>SOFA al ingreso</b>			1,473	1,269	1,711	<0,001
Media (DT)	6,1 (2,6)	10,0 (3,7)				
Mediana (Mín-Máx)	5,5 (1-12)	11 (3-16)				
<b>PTC al ingreso</b>			1,103	1,059	1,149	<0,001
Media (DT)	5 (8)	24,4 (27,9)				
Mediana (Mín-Máx)	1,4 (0,1-37,2)	16,4 (0,1-122,0)				
<b>PCR al ingreso</b>			1,000	0,998	1,001	0,946
Media (DT)	277,3 (288,3)	273,9 (170,6)				
Mediana (Mín-Máx)	245 (12-2372)	238 (58-942)				

**Tabla 3. MODELO MULTIVARIANTE QUE PREDICE EL EXITUS EN UCI DESPUÉS DE 24 HORAS.**

	Modelo univariante			Modelo multivariante				
	OR	IC (95%)	p-valor	OR	IC (95%)	p-valor		
Edad	1,039	1,013	1,066	0,003		0,463		
Abuso alcohol	2,564	0,993	6,621	0,052		0,265		
Ventilación mecánica	14,280	3,238	62,977	<0,001		0,180		
APACHE II al ingreso	1,174	1,098	1,255	<0,001		0,645		
SOFA a las 24 horas	1,580	1,347	1,853	<0,001	1,443	1,208	1,722	<0,001
PCT a las 24 horas	1,115	1,067	1,164	<0,001	1,060	1,009	1,113	0,020
D SOFA ingreso - 24h (%)	1,015	1,002	1,027	0,023				0,528
D PCT ingreso - 24h (%)	1,019	1,006	1,031	0,003				0,088

**Tabla 4. MODELO MULTIVARIANTE QUE PREDICE EL EXITUS EN UCI DESPUÉS DE 48 HORAS.**

	Modelo univariante			Modelo multivariante				
	OR	IC (95%)	p-valor	OR	IC (95%)	p-valor		
Edad	1,036	1,008	1,065	0,012		0,076		
Ventilación mecánica	10,723	2,396	48,001	0,002		0,175		
APACHE II al ingreso	1,140	1,066	1,220	<0,001		0,110		
SOFA a las 48 horas	1,429	1,232	1,658	<0,001	1,400	1,204	1,628	<0,001
PCT a las 48 horas	1,107	1,054	1,164	<0,001				0,417
D PCT 24h - 48h (%)	1,012	1,001	1,023	0,037				0,308
D SOFA ingreso-48h (%)	1,010	1,000	1,019	0,048				0,983
D PCT ingreso-48h (%)	1,018	1,006	1,031	0,003	1,016	1,003	1,029	0,018

La **Tabla 3** muestra el ajuste multivariante de predicción de exitus en UCI para aquellos pacientes que ya han sobrevivido en UCI durante 24 horas, considerando como factores candidatos aquellos significativos desde el punto de vista univariante con un nivel de significación del 10%. Podemos ver que permanecen dos factores en el modelo final, el SOFA a las 24 horas ( $p < 0,001$ ) y el PCT a las 24 horas ( $p = 0,020$ ). La variación del PCT en las últimas 24 horas ( $p = 0,088$ ) no alcanza la significación estadística.

#### Supervivencia en UCI de los pacientes que sobreviven al menos 48 horas

Vamos a definir un modelo predictivo con las variables basales, los índices recogidos a las 48 horas y la variación de estos índices en las últimas 24 y 48 horas.

La **Tabla 4** muestra el ajuste multivariante de predicción de exitus en UCI para aquellos pacientes que ya han sobrevivido a UCI durante 48 horas, considerando como factores candidatos aquellos significativos desde el punto de vista univariante con un nivel de significación del 10%. Se aprecia que, en la predicción de la morta-

lidad en UCI después de 48 horas de ingreso, el valor del SOFA a las 48 horas ( $p < 0,001$ ) y la variación del PCT respecto al valor registrado a ingreso ( $p = 0,018$ ) son estadísticamente significativos.

#### DISCUSIÓN

La gravedad del paciente tipo de esta serie es comparable a otras: varón con edad comprendida entre los 15 y 87 años, con una edad media de 57,6 años y que permanece en UCI una media de 6,8 días con un rango temporal entre 1 y 38 días; presenta como principales factores de riesgo, tabaquismo (56,6%), diabetes (29,5%), obesidad (28,7%), cardiopatía (23,3%), EPOC (21,7%) y abuso de alcohol (17,1%), precisando ventilación mecánica un 44 (34,1%), un 46 (54,1%) invasiva y un 39 (45,9%) no invasiva. Fallecieron un 37 (28,7%) de los 129 pacientes y presentaron simultáneamente shock, bacteriemia y requerimientos de IOT en más del 80% de los enfermos. Los resultados muestran una mortalidad cruda del 28,7%, semejante a la de otras series donde está entre el 20-54% (37,38). Se consiguió un diagnóstico etioló-

gico en el 90,3% de los pacientes. Esta cifra es realmente elevada comparada con estudios recientes en los que el diagnóstico de la NACG en la UCI oscila entre el 40-60% (12). Como en otras series, el *S.pneumoniae* (62,8%) sigue siendo el principal microorganismo productor de la NACG (13). En relación con los principales factores de riesgo, de sobra es conocida la relación entre EPOC (21,7%) y NACG, que junto con la enfermedad cardiovascular (23,3%) y el tabaquismo (56,6%) conforman las comorbilidades más frecuentes, como refieren los estudios multicéntricos de Marrie et al (14), en el que el 28% de los pacientes tenía EPOC y el de Bodí et al (12) donde los antecedentes de tabaquismo (46%), EPOC (37%) y miocardiopatía (30%) fueron los más frecuentes.

¿Por qué un marcador biológico como la PCR, no presenta significación estadística ni siquiera en el análisis univariado de este estudio? Una de las posibles respuestas sería que la PCR es un marcador más genérico de inflamación y su relación con el proceso infeccioso es poco concluyente. Su utilización es controvertida, hay estudios

que no confirman la relación entre concentraciones de PCR y mortalidad (15), mientras que otros demuestran claramente esta correlación, como reflejan autores como Vincent et al (16). Otro aspecto a tener en cuenta es que la media de edad (57,6 años) de este estudio nos es muy elevada y puede influir (al relacionar mortalidad con grupo de pacientes con mayor edad) como refleja recientemente Cabezas et al (15).

La ventilación mecánica al ingreso ha sido relacionada con el pronóstico de mortalidad en múltiples trabajos (12,17), ya que se relaciona con un riesgo relativo de fallecer casi 5 veces mayor frente al paciente no ventilado. El ajuste multivariante muestra que el nivel de elevación de la PCT al ingreso es significativa ( $p=0,013$ ) y dependiente de la gravedad del proceso infeccioso del paciente y que sus concentraciones altas, mantenidas o con tendencia a aumentar pueden ser predictivas de mortalidad. En un estudio multicéntrico con una cohorte de más de 1600 pacientes (18), se observó que la PCT tenía valor pronóstico, relacionándose sus niveles altos con mayor probabilidad de muerte. En la misma línea, estudios similares (19), relacionan niveles crecientes y mantenidos de PCT con el incremento del riesgo relativo de fallecer. Asimismo, se ha asociado el incremento de la PCT con el mayor riesgo de muerte en pacientes con NACG, neumonía asociada a ventilación mecánica y en pacientes politraumatizados (20).

Parece llamativo que la variable edad, que en el análisis multivariante al ingreso y a las 24 horas en relación con la predicción de la mortalidad, no hay significación estadística. En cuanto al SOFA, existen diferentes estudios previos que demuestran, una clara asociación entre un valor de SOFA creciente y mayor mortalidad (5,21), y por tanto su valor como variable independiente.

## CONCLUSIONES

El SOFA y la PCT pueden considerarse como variables independientes de mortalidad. Añadir los niveles de PCT a la escala de gravedad SOFA puede mejorar la predicción de mortalidad. La combinación de índices y marcadores pronósticos acompañado de un juicio clínico riguroso pueden conformar la estructura básica en la decisión final del clínico. Son necesarios nuevos estudios para confirmar los hallazgos de este trabajo de investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Vallés Daunis J. Epidemiología y mortalidad de la neumonía comunitaria grave en la UCI. En: Rodríguez Oviedo A, López Pueyo M, J, López Mendoza D. Actualización en neumonía comunitaria grave en la UCI. Barcelona: ÉdikaMéd; 2012. p. 1-9
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell D, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect Dis*. 2007; 44:s27-72
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985; 13:818-829
- Vincent JL, de Mendoza A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/ failure in intensive care units: results of a multicenter prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med* 1998; 26:1793-1800
- Niederman Ms, Mandell LA, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:1730-54
- Koivula I, Sten M, Makela PH. Risk factors for pneumonia in the elderly. *Am J Med* 1994;96:313-20
- Almirall J, González CA, Balanzo X, Bolivar I, Proportion of community-acquired pneumonia cases attributable to tobacco smoking. *Chest* 1999;116:375-9
- Menéndez R, Cavalcanti M, Reyes S, Mensa J, Martínez R, Marcos MA, et al. Markers of treatment failure in hospitalised community acquired pneumonia. *Thorax*. 2008; 63:447-52
- Huang DT, Weissfeld LA, Yealy DM, Kong L, Martino M, et al. Risk prediction with procalcitonin and clinical rules in community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*. 2008;52:48-58
- Upadhyay S, Niederman MS, Biomarkers: What is their benefit in the identification, severity assessment, and management of community-acquired pneumonia? *Infect Dis Clin North Am*. 2013;27:19-31
- Ramírez P, Ferrer M, Martí V, Reyes S, Martínez R, Menéndez R, et al. Inflammatory biomarkers and prediction for intensive care unit admission in severe community-acquired pneumonia. *Crit Care Med*. 2011; 39:2211-7
- Bodi M, Rodríguez A, Solé-Violán J, Gilavert MC, Granacho J, Blanquer J, et al. Community-Acquired Pneumonia intensive Care Units (CAPUCI) Study investigators. Antibiotic prescription for community-acquired pneumonia in the intensive care unit: Impact of adherence to infectious Diseases Society of America guidelines on survival. *Clin Infect Dis*. 2005;41:1709-1716.
- Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS. *Crit Care Med*.2003;31: 1250-1256.
- Marrie TJ, Shariatzadeh MR. Community-acquired pneumonia requiring admission to an intensive care unit: a descriptive study. *Medicine (Baltimore)*. 2007;86:103-11.
- Cabezas P, Ruiz-González A, Falguera M. Factores que modifican la producción de proteína C- reactiva en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:47-51.
- Claeys R, Vinken S, Spapen H, et al. Plasma procalcitonin and C-reactive protein in acute septic shock: clinical and biological correlates. *Crit Care Med* 2002; 30:757-62.
- Gilavert Cuevas M. C, Bodi Saera M. Factores Pronósticos en Neumonía Comunitaria Grave. *Med Intensiva*. 2004; 28(8): 419-24.
- Clec'h C, Ferriere F, Karoubi P, Fosse JP, Cupa M, Hoang P et al. Diagnostic and prognostic value of procalcitonin in patients with septic shock. *Crit Care Med* 2004; 32:1166-9.
- Boussekey N, Leroy O, Alfandari S, Devos P, Georges H, Guery B. Procalcitonin Kinetics in the prognostic of severe community-acquired pneumonia. *Intensive Care Med*. 2006; 32: 469-72.
- Cabré L, Mancebo JF, Solsona P, et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure assessment scores in decision making. *Intensive Care Med* 2005; 31(7): 927-33.
- Arts DG, de Kreizer NF, Vroom MB, de Jonge E.: Reliability and accuracy of Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) scoring. *Crit Care Med* 2005; 33(9): 1988-1993.

## FACTORES CONDICIONANTES

# Dolor postoperatorio en el paciente intervenido de cirugía ortopédica y traumatológica



### AUTORES

- ESTHER GÓMEZ GUTIÉRREZ  
*Directora Enfermería Departamento de Salud de La Ribera. Profesora Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"*
- JORGE CARRILLO VILLENA  
*Enfermero Hospital Universitario La Ribera*
- MARIA CUENCA TORRES  
*Farmacéutica Investigación y Docencia Departamento de Salud de La Ribera. Profesora Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"*
- RAQUEL ESPÍ LORENTE  
*Secretaría Dirección Enfermería Departamento de Salud de La Ribera*

### PALABRAS CLAVE

- > ANSIEDAD > DOLOR POSTOPERATORIO
- > PERIODO POSTOPERATORIO
- > TRAUMATOLOGÍA

### RESUMEN

**Fundamento y Objetivo:** El dolor postoperatorio sigue siendo un problema frecuente y no resuelto. Estudios recientes demuestran la presencia de dolor agudo postoperatorio moderado o intenso en más del 50% de pacientes tras una cirugía traumatológica con ingreso, con la consiguiente reducción de la satisfacción del paciente, aumento de las complicaciones postoperatorias, prolongación de estancias, retraso en el retorno a la actividad habitual y aumento de costes socio-sanitarios asociados. Por este motivo, el presente estudio pretende comprobar el dolor de los pacientes de Cirugía Ortopédica y Traumatológica con ingreso del Hospital Universitario de la Ribera.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo realizado en el Hospital Universitario de la Ribera. La recogida de datos se realizó a través de una encuesta en la que se contemplaron distintas variables. El nivel del dolor se midió

mediante la Escala Visual Analógica y el grado de ansiedad mediante la escala APAIS.

**Resultados:** Según los resultados obtenidos, solo el 36,2% de los pacientes refirieron dolor intenso-moderado. Se objetivó una asociación del dolor según la vía de abordaje y drenajes quirúrgicos, siendo éstos factores condicionantes. A diferencia de la anestesia o el tipo de procedimiento quirúrgico donde no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** El nivel de dolor fue mayor en las mujeres de menor edad. Las intervenciones con reducciones abiertas de fracturas con fijaciones internas fueron las que, según la percepción de los pacientes, fueron catalogadas como las más dolorosas. Los pacientes intervenidos con cirugía de acceso abierto fueron los que acusaron un dolor insoportable, mientras que los pacientes portadores de drenajes presentaron un nivel menor de dolor.

## INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente (1). La American Association of Anesthesiologist lo define como todo dolor frecuente en el paciente quirúrgico debido a la propia enfermedad, al procedimiento quirúrgico, a las posibles complicaciones o a una combinación de las causas anteriores (2).

La sociedad Española del Dolor, tras un estudio realizado en 11 hospitales del territorio nacional, refiere porcentaje de dolor en la primera hora del postoperatorio en el 68% de los pacientes intervenidos<sup>3</sup>, porcentaje similar al referido por la Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor que refiere aproximadamente el 70% de los pacientes experimentan dolor intenso en algún momento de su recuperación, y un 30% dolor moderado después de ser sometidos a un procedimiento quirúrgico (14%).

La agresión quirúrgica, la técnica realizada y la duración de la intervención también se han relacionando con la serenidad del dolor postoperatorio, así como la colocación de drenajes, considerados como factores añadidos, como condicionantes de dolor post quirúrgico (5)

La incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varía considerablemente entre pacientes y especialidades, considerándose las intervenciones de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología (COT) de las más dolorosas. El dolor postoperatorio sigue siendo un problema frecuente y no resuelto. Distintos estudios recientes demuestran la presencia de dolor agudo postoperatorio, moderado o intenso en más del 50% de pacientes tras una cirugía traumatológica con ingreso, con la consiguiente reducción de la satisfacción del paciente, aumento de las complicaciones postoperatorias, prolongación de estancias, retraso en el retorno a la actividad habitual y aumento de costes socio-sanitarios asociados (6).

COT que precisaron ingreso hospitalario en el periodo de estudio, excluyéndose por tanto los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), los intervenidos de cirugías urgentes y los no capaces de expresarse verbalmente o con deficiencias cognitivas, ya que por parte de la recogida de datos se realizó a través de entrevista al paciente en la fase preoperatoria en la Unidad de preanestesia y en la fase postoperatoria las 24 horas de la intervención en las Unidades de Hospitalización.

Las variables a estudio fueron: sexo y edad de los pacientes, procedimiento quirúrgico, vía de abordaje, portador o no de drenaje, anestesia utilizada y dolor referido por los pacientes, según la puntuación referida en la escala EVA y agrupado por grado de intensidad del dolor (no dolor=0 puntos, dolor leve < 4 puntos, dolor moderado 4-6 puntos, dolor intenso entre 6-8 puntos y dolor insoportable > 8 puntos). El análisis de los resultados se efectuó con el paquete estadístico SPSSV.19.0



Estudios recientes demuestran la presencia de dolor agudo postoperatorio moderado o intenso en más del 50% de pacientes tras una cirugía traumatológica con ingreso, con la consiguiente reducción de la satisfacción del paciente, aumento de las complicaciones postoperatorias, prolongación de estancias, retraso en el retorno a la actividad habitual y aumento de costes socio-sanitarios asociados.

En este tipo de dolor intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivo sobre los que influyen factores fisiológicos, de conducta y emocionales (1).

Los factores psicológicos desempeñan un papel muy relevante en la percepción y el control del dolor, en ocasiones vehiculado por circuitos neuroquímicos conocidos. Esta ración es claramente bidireccional en muchas ocasiones, pues el dolor mantenido supone numerosas alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, miedo, enfado), que pueden llevar a la temida conducta asociada al dolor por la que los afectados sitúan éste en el centro de sus preocupaciones, lo que contribuye a empeorar la situación (4).

En este aspecto, el presente estudio pretende comprobar el dolor de los pacientes de COT con ingreso del Hospital Universitario de La Ribera (HULR). Al mismo tiempo, relacionar la ansiedad y la desinformación del paciente respecto a la anestesia con el dolor, y con la finalidad de intentar mejorar la gestión del dolor que sufren los pacientes intervenidos.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en el periodo comprendido del 01 al 30/06/2014. Se incluyó una muestra representativa de 94 pacientes intervenidos por

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 94 pacientes, en un porcentaje ligeramente superior (60,6%) mujeres, con una edad media de  $64 \pm 15,41$  años. Un 14,9% de los pacientes intervenidos refirieron mucha ansiedad, un 7,4% de demasiada ansiedad y en 24,5% manifestaron no presentar ansiedad ante la intervención.

El procedimiento quirúrgico de mayor impacto fue la sustitución total de rodilla, describiéndose en un 24,5% de los casos, seguido por la sustitución total de cadera y la reducción abierta de fractura, con un porcentaje en ambos casos de un 19,1%. (tabla 1)

**Tabla 1.**  
**DESCRIPTIVOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
ARTRODESIS RADIOCARPIANA	1	1,1	1,1	1,1
ARTROSCOPIA DE CADERA	1	1,1	1,1	2,1
ARTROSCOPIA DE HOMBRO	1	1,1	1,1	3,2
BIOPSIA DE HUESO	1	1,1	1,1	4,3
BURSECT.CON CORREC.DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMIA DEL 1ER MET	3	3,2	3,2	7,4
COLOCACION DE PROTESIS DE BRAZO SUPERIOR Y HOMBRO	1	1,1	1,1	8,5
COLOCACION DE PROTESIS ENCIMA DE LA RODILLA	1	1,1	1,1	9,6
EXCISION DE CARTILAGO SEMILUNAR DE RODILLA	1	1,1	1,1	10,6
EXCISION DE LESION DE MUSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOVI	2	2,1	2,1	12,8
INJERTO EN RADIO Y CUBITO	1	1,1	1,1	13,8
OSTEOTOMIA EN CUÑA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	1	1,1	1,1	14,9
OTRA ARTROTOMIA	1	1,1	1,1	16,0
OTRA REPARACION DE LOS LIGAMENTOS CRUZADOS	1	1,1	1,1	17,0
OTRA SUSTITUCION TOTAL DE HOMBRO	1	1,1	1,1	18,1
RED. ABIERTA DE FRACT. CON FIJACION INTERNA FEMUR	3	3,2	3,2	21,3
RED. CERRADA DE FRACT.CON FIJ.INT. EN FEMUR	1	1,1	1,1	22,3
REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA	18	19,1	19,1	41,5
REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA	1	1,1	1,1	42,6
REPARACION DE MANGUITO DE LOS ROTADORES	2	2,1	2,1	44,7
REVISIÓN DE SUSTITUCIÓN DE RODILLA, NO ESPECIFICADO DE OTRO MODO	4	4,3	4,3	48,9
SUSTITUCION PARCIAL DE CADERA	5	5,3	5,3	54,3
SUSTITUCION TOTAL DE CADERA	18	19,1	19,1	73,4
SUSTITUCION TOTAL DE RODILLA	23	24,5	24,5	97,9
SUTURA DE VAINA DE TENDON	2	2,1	2,1	100
Total	94	100	100	

**Tabla 2.**  
**DESCRIPTIVO RANGO DE DOLOR**

Rango de dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Insoportable	10	10,6	10,6	10,6
Intenso	24	25,5	25,5	36,2
Leve	28	29,8	29,8	66,0
Moderado	28	29,8	29,8	95,7
No dolor	4	4,3	4,3	100
Total	94	100	100	

El 92,6% de las intervenciones se realizaron mediante cirugías con abordaje quirúrgico abierto y el 67% de los pacientes intervenidos fueron portadores de drenaje.

El 33% de las intervenciones se realizaron con anestesia general, seguido del 29,8% con anestesia locorregional, en tercer lugar con un 25,5% anestesia raquídea y en último lugar con un 11,7%, anestesia epidural.

La media de dolor referido entre los pacientes según la escala EVA fue de  $3,9 \pm 2,44$  puntos. Se observó que el máximo grado de dolor que soportaron los pacientes a las 24 horas de ser intervenidos fue de 9, mientras que el mínimo referido fue de 0 puntos, esto se tradujo en que un 10,6% de los pacientes percibieron un dolor insoportable, mientras que alrededor de un 60% describieron sufrir un dolor leve-moderado. (tabla 2)

### Nivel de dolor según las características de los pacientes

La media de dolor referido fue similar en ambos sexos ( $3,81 \pm 2,49$  en hombres vs  $4,01 \pm 5,85$  en mujeres).

En los pacientes que refirieron no dolor y dolor leve se describieron mayores medianas de edad (70,5 y 69,5 años). Por el contrario, en los enfermos que indicaron tener un dolor insoportable a las 24 horas posteriores a la intervención, se observó una mediana de edad inferior (55 años). (gráfico 1)

### Nivel de dolor por el procedimiento quirúrgico

Con respecto al nivel de dolor por procedimiento quirúrgico, se observó que la reducción abierta de fractura con fijación interna del acto quirúrgico con mayor nivel del dolor, representando por una puntuación media en la escala EVA de  $4,53 \pm 3,05$  puntos y un máximo de 9 puntos. Por el contrario, la sustitución parcial de cadera fue el procedimiento con una media de valoración menor ( $2 \pm 0,71$  puntos). En la **tabla 3** puede observarse el rango de dolor referido por los pacientes por procedimientos quirúrgico.

Gráfico 1.  
NIVEL DE DOLOR SEGÚN SEXO

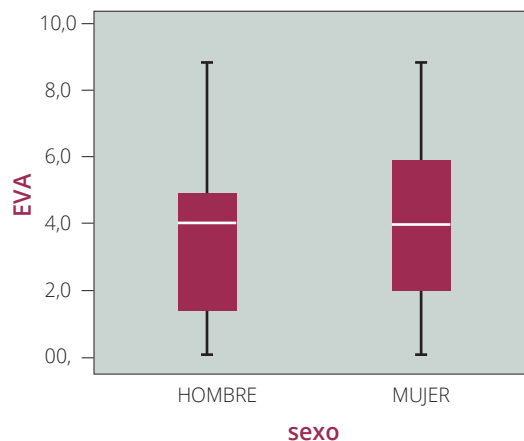


Tabla 3.  
RANGO DE DOLOR SEGÚN PROCEDIMIENTO

Procedimiento	Procedimiento	Rango de dolor					Total
		Insoportable	Intenso	Leve	Moderado	No dolor	
ARTRODESIS RADIOCARPIANA	Recuento	1	0	0	0	0	1
	%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
ARTROSCOPIA DE CADERA	Recuento	0	0	1	0	0	1
	%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
ARTROSCOPIA DE HOMBRO	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
BIOPSIA DE HUESO	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
BURSECT.CON CORREC.DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMIA DEL 1ER MET	Recuento	0	0	0	3	0	3
	%	0%	0%	0%	100%	0%	100%
COLOCACION DE PROTESIS DE BRAZO SUPERIOR Y HOMBRO	Recuento	0	0	1	0	0	1
	%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
COLOCACION DE PROTESIS ENCIMA DE LA RODILLA	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
EXCISION DE CARTILAGO SEMILUNAR DE RODILLA	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
EXCISION DE LESION DE MUSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOVI	Recuento	0	0	0	2	0	2
	%	0%	0%	0%	100%	0%	100%
INJERTO EN RADIO Y CUBITO	Recuento	0	0	1	0	0	1
	%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
OSTEOTOMIA EN CUÑA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	Recuento	0	0	0	1	0	1
	%	0%	0%	0%	100%	0%	100%
OTRA ARTROTOMIA	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
OTRA REPARACION DE LOS LIGAMENTOS CRUZADOS	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%

**Tabla 3.**  
**RANGO DE DOLOR SEGÚN PROCEDIMIENTO (CONTINUACIÓN)**

Procedimiento	Procedimiento	Rango de dolor					Total
		Insoportable	Intenso	Leve	Moderado	No dolor	
OTRA SUSTITUCION TOTAL DE HOMBRO	Recuento	0	0	0	0	1	1
	%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
RED. ABIERTA DE FRACT. CON FIJACION INTERNA FEMUR	Recuento	1	0	1	0	1	3
	%	33,30%	0%	33,30%	0%	33,30%	100%
RED. CERRADA DE FRACT.CON FIJ.INT. EN FEMUR	Recuento	0	0	1	0	0	1
	%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA	Recuento	5	3	6	4	0	18
	%	27,80%	16,70%	33,30%	22,20%	0%	100%
REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA	Recuento	0	1	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
REPARACION DE MANGUITO DE LOS ROTADORES	Recuento	0	1	1	0	0	2
	%	0%	50%	50%	0%	0%	100%
REVISIÓN DE SUSTITUCIÓN DE RODILLA, NO ESPECIFICADO DE OTRO MODO	Recuento	0	1	1	2	0	4
	%	0%	25%	25%	50%	0%	100%
SUSTITUCION PARCIAL DE CADERA	Recuento	0	0	4	1	0	5
	%	0%	0%	80%	20%	0%	100%
SUSTITUCION TOTAL DE CADERA	Recuento	1	6	4	7	0	18
	%	5,60%	33,30%	22,20%	38,90%	0%	100%
SUSTITUCION TOTAL DE RODILLA	Recuento	1	6	7	7	2	23
	%	4,30%	26,10%	30,40%	30,40%	8,70%	100%
SUTURA DE VAINA DE TENDON	Recuento	1	0	0	1	0	2
	%	50%	0%	0%	50%	0%	100%
Total	Recuento	10	24	28	28	4	94
	%	10,60%	25,50%	29,80%	29,80%	4,30%	100%

**Tabla 4.**  
**RANGO DE DOLOR SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE**

Vía de abordaje		Rango de dolor					Total
		Insoportable	Intenso	leve	Moderado	No dolor	
Abierto	Recuento	10	19	26	28	4	87
	%	11,5%	21,8%	29,9%	32,2%	4,6%	100%
Cerrado	Recuento	0	5	2	0	0	7
	%	0%	71,4%	28,6%	0%	0%	100%
Total	Recuento	10	24	28	28	4	94
	%	10,6%	25,5%	29,8%	29,8%	4,3%	100%

#### Nivel de dolor según vía de abordaje

El máximo de dolor referido se observó en los pacientes sometidos a cirugía abierta, 9 puntos sobre 10. Sin embargo, la media y mediana en la puntuación fue superior en la cirugía cerrada (media: 4,71 vs 3,69; mediana 3 vs 4), en cirugía cerrada y abierta respectivamente.

En la **tabla 4** puede observarse el rango de dolor referido por los pacientes según la vía de abordaje. Se observó que ningún paciente sometido a cirugías con abordaje cerrado dejó de tener dolor en el postoperatorio, refiriendo el 71,4% de ellos haber tenido un dolor intenso en las primeras

24 horas post intervención. Sin embargo, los enfermos que indicaron haber tenido dolor insoportable postquirúrgico, fueron del grupo de pacientes intervenidos por vía de abordaje abierta. Las diferencias en el rango de dolor según la vía de abordaje, fueron significativas ( $p=0,047$ ).

**Tabla 5.**  
**RANGO DE DOLOR SEGÚN SEA PORTADOR DE DRENAJE**

Vía de abordaje		Rango de dolor					Total
		Insoportable	Intenso	leve	Moderado	No dolor	
No	Recuento	8	7	7	9	0	31
	%	25,8%	22,6%	22,6%	29,0%	0,0%	100%
Si	Recuento	2	17	21	19	4	63
	%	3,2%	27,0%	33,3%	30,2%	6,3%	100%
Total	Recuento	10	24	28	28	4	94
	%	10,6%	25,5%	29,8%	29,8%	4,3%	100%

**Tabla 6.**  
**DESCRIPTIVO NIVEL DEL DOLOR SEGÚN ANESTESIA UTILIZADA**

TIPO DE ANESTESIA	Media	Mediana	Dest tip	Mínimo	Máximo
Anestesia epidural	3,909	3	2,2115	1	8
Anestesia general	3,935	4	2,5487	0	8,5
Anestesia loco-regional	4,054	4	2,3068	0	9
Anestesia raquídea	3,792	4	2,6699	0	9

#### Nivel de dolor según portador o no de drenajes

Los pacientes no portadores de drenaje refirieron mayores puntuaciones de dolor en la escala EVA y mayores porcentajes de dolor insoportable. Se observaron diferencias significativas ( $p=0,012$ ) al estudiar la intensidad de dolor en función de si el paciente era o no portador de drenaje.

Por el contrario, se determinó un mayor porcentaje de pacientes sin dolor o con dolor leve, en el grupo de enfermos portadores de drenaje quirúrgico. (tabla 5)

#### Nivel de dolor según tipo de anestesia utilizada

En cuanto al nivel de dolor referido por el paciente según tipo de anestesia empleada, se determinó que los enfermos sometidos a anestesia loco-regional presentaron mayor dolor postoperatorio, describiéndose una media en escala de dolor de  $(4,054 \pm 2,31)$  puntos. Por el contrario, la menor media de dolor se determinó en los pacientes sometidos a anestesia raquídea  $(3,79 \pm 2,67)$  puntos). (tabla 6)

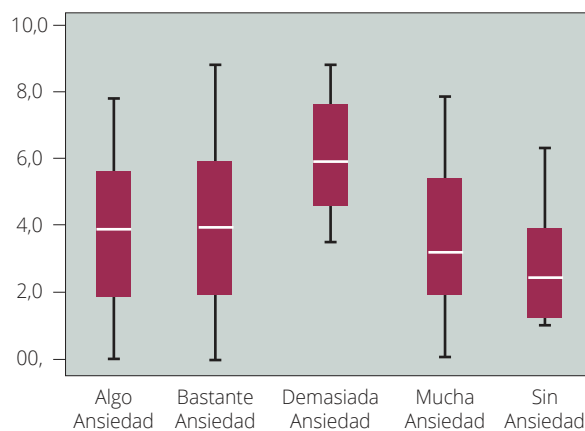
#### Nivel de dolor según grado de ansiedad

En el análisis del nivel del dolor según escala EVA relacionado con el grado de ansiedad, mostró medianas de puntuación del dolor más elevadas en los pacientes que referían tener “demasiada ansiedad”. (gráfico 2)

### DISCUSIÓN

El dolor postoperatorio sigue siendo un problema frecuente y no resuelto. Distintos estudios recientes demuestran la presencia de dolor agudo postoperatorio, moderado o intenso en más del 50% de pacientes tras una intervención quirúrgica de cirugía ortopédica

**Gráfico 2.**  
**NIVEL DEL DOLOR SEGÚN GRADO DE ANSIEDAD**



y traumatología con ingreso, con la consiguiente reducción de la satisfacción del paciente, aumento de las complicaciones postoperatorias, prolongación de estancias, retraso en el retorno a la actividad habitual y aumento de costes socio-sanitarios asociados (6).

En este aspecto, el presente estudio pretendió estudiar el dolor de los pacientes de COT que precisaron ingreso en el Hospital Universitario de La Ribera, obteniéndose en un gran porcentaje de pacientes rango de dolor leve-moderado ya que sólo un 24% de los pacientes refirieron dolor intenso.

Estos resultados distan de los obtenidos por la Sociedad Europea de Anestesia Regional y tratamiento del dolor que refiere que aproximadamente el 70% de los pacientes experimentar dolor intenso en algún momento de recuperación, y un 30% dolor moderado tras después del procedimiento quirúrgico<sup>7</sup>. Este mismo hecho se hace patente en un estudio realizado en el Hospital San Agustín de Avilés, donde se encontró un nivel de dolor postoperatorio en los primeros días, de carácter moderado-intenso, en torno al 76% (8).

Los bajos niveles de dolor referidos por los pacientes en el HULR podrían estar justificados por la existencia en el centro de una unidad del dolor, que revisa y actualiza los diferentes protocolos de analgesia para las diversas intervenciones que se realizan, consiguiendo de esta forma un buen manejo del dolor.

El perfil socio-demográfico del paciente que más sufrió dolor fue: paciente con rango de edad de 60 años, en un porcentaje ligeramente superior de sexo femenino. La relación entre sexo y dolor sigue siendo controvertida. Existen estudios que describen que el dolor en las mujeres es más intenso que en los hombres (9), mientras que otros investigadores afirman que son las mujeres las que tienen menor porcentaje de dolor que los hombres (10).

Se determinó una asociación entre la vía de abordaje y la intensidad del dolor; el rango de dolor insoportable se describió únicamente intervenidos por vía abierta. Este hecho también se describe en un artículo publicado en "Journal of trauma - Injury Infection & Critical Care" (11), que señala que los enfermos intervenidos por vía cerrada presentaban menor intensidad de dolor, al resultar esta técnica mínimamente invasiva. El procedimiento quirúrgico referido por los pacientes como más doloroso fue la reducción abierta de fractura con fijación interna, esto puede ser debido a que esta intervención es considerada una cirugía menor al compararla con otras intervenciones como la sustitución total de cadera y por tanto, la prescripción farmacológica se realiza con analgésicos de menor potencia. Otro factor que puede condicionar el dolor, según la bibliografía, es la presencia tras la intervención de drenajes quirúrgicos, siendo mayor el nivel de dolor en pacientes portadores de drenajes (5).

Estos resultados descritos en la literatura científica, son discordantes con los obtenidos en el presente estudio, el motivo que justifi-

que este hecho puede ser que los pacientes portadores de drenajes sean tratados en el HULR con mayores niveles de analgesia.

Los pacientes que han percibido un rango de dolor insoportable fueron los intervenidos con anestesia general, datos coincidentes con los descritos por estos autores (9-12). Por el contrario, los pacientes con menor percepción de dolor, corresponderán a los intervenidos con anestesia raquídea o epidural, probablemente por el mantenimiento de bombas de infusión continua, vía epidural o raquídea después de la intervención para alcanzar un correcto control del dolor, ya que de este modo es más efectiva la analgesia (13).

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de dolor agudo postquirúrgico en pacientes intervenidos por patologías de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología fue inferior al referido en la bibliografía científica.

La reducción abierta de fractura con fijación interna fue el procedimiento que cursó con mayor nivel de dolor postoperatorio.

La vía de abordaje quirúrgico se asoció como un factor que influye directamente en el dolor de los pacientes (los pacientes intervenidos a través de accesos quirúrgicos abiertos presentaron mayores niveles de dolor insoportable tras la intervención). Los pacientes sometidos a anestesia general presentaron menor nivel de dolor postoperatorio. El tipo de anestesia no se asoció de forma significativa con los niveles de dolor, aunque se observó un mayor nivel de dolor insoportable en el postoperatorio en los pacientes con anestesia general y una menor percepción de dolor en los pacientes con anestesia raquídea o epidural.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dias MPM. Dolor y cuidados enfermeros Madrid: Difusión de Avances de Enfermería (Grupo paradigma);2010.
2. American Association of Anesthesiologists. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, Inc. [Online]; 2010 [cited 2014 Octubre 1. Disponible en: [www.anesthesiology.org](http://www.anesthesiology.org).
3. Gallego JL Rodríguez de la Torre MR, Vazquez Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Revista Sociedad Española del Dolor. 2004 Nov; p. 197-202.

4. Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2003.
5. Achury Saldaña M. Dolor: la verdadera realidad Colombia: Aquichan; 2008.
6. Zaragoza García F, Landa García I, Larraizar Garcijo R, Moñino Ruiz P, De la Torre Liébana R. Dolor postoperatorio en España: primer documento de consenso [Online]; 2005. Disponible en: [http://www.aecirujanos.es/libreria\\_virtual/Documento\\_consenso\\_dolor\\_postoperatorio.pdf](http://www.aecirujanos.es/libreria_virtual/Documento_consenso_dolor_postoperatorio.pdf).
7. Sociedad Europea de Anestesia Regional y tratamiento del dolor (ESRA). Epidemiología del dolor postoperatorio. (Online). [cited 2015 04 14. Disponible en: [http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:1\\_-Epidemiolog%C3%ADa\\_del\\_dolor\\_postoperatorio](http://www.dolopedia.com/index.php/Categor%C3%ADa:1_-Epidemiolog%C3%ADa_del_dolor_postoperatorio).
8. Barragán González MJ, González Franco, A, Puente Martínez P, Sacristán De Lama FP, Baldonado Cernuda RF, Mosteiro Díaz MP. Control del dolor en pacientes post-quirúrgicos en un hospital comarcal. European Journal of Clinical Pharmacy. 2003 May; 3:p. 158-167
9. Soler Company E, Faus Soler MT, Montaner Abasolo MC, Morales Olivas F, Martínez Pons V. Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. Revista Española de Anestesiología y Reanimación.2011; 78(4): p. 163-170.
10. Ortega López RM, Romero Hernández RM, Sánchez Castellanos MD, García Báez M, Cruz Pecina O, Fang Huerta MA, et al. La cultura del manejo del dolor postoperatorio del personal de enfermería. CienciaUat. 2010 Jun; p.64-68.
11. Debray C, Debray G, Pironneau A, Paolaggi JA, Papi E, Herzhaft R. Laparoscopy in abdominal traumatology; its value. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care. 2009; p. 79-81.
12. Goano C, Leitgeb U, Sitzwohl C, Ihra G, Weinstabl C, Tettner S. Spinal Versus General Anesthesia for Orthopedic Surgery: Anesthesia Drug and Supply Cost. International Anesthesia Research Society. 2006 Feb; 102: p. 524-529.
13. Wu C. Efficacy of postoperative patient-controlled and continuous infusion epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia with opioids: a meta-analysis. The Journal of the American Society of Anesthesiologist. 2006; 105 (5): p. 1077-1088.

# Estiramientos musculares como herramienta preventiva en patología muscular laboral

### AUTORES

- DAVID CASTILLO VILLAR  
*Enfermero "Dpto. Vigilancia de la Salud-Valora Prevención S.L."*
- PILAR MAICAS CALABUIG  
*Enfermera del Trabajo & Fisioterapeuta "Dpto. Vigilancia de la Salud-Valora Prevención S.L."*
- YOVANA REDONDO VILLA  
*Enfermera del Trabajo "Dpto. Vigilancia de la Salud-Valora Prevención S.L."*

### PALABRAS CLAVE

PREVENCIÓN > TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS  
> TABLA DE ESTIRAMIENTOS



### RESUMEN

En este artículo se analiza cómo los cambios en la estructura laboral de las últimas décadas han incidido en la creciente patología musculo-esquelética; así como el decisivo papel que tienen los estiramientos musculares como mecanismo preventivo de la misma.

Como trastorno musculo-esquelético podemos entender cualquier daño o alteración de las articulaciones y/u otros tejidos del aparato locomotor; es decir músculos, tendones, esqueleto óseo, cartílagos, ligamentos y nervios (1).

La mayoría de los trastornos musculo-esqueléticos relacionados con el trabajo se desarrollan a lo largo del tiempo. Normalmente no hay una única causa de los trastornos musculo-esqueléticos, sino que son varios los factores que trabajan conjuntamente (2).

### INTRODUCCIÓN

El desarrollo laboral ha puesto de manifiesto que los trastornos musculo-esquelético (a partir de ahora TME) son sin duda alguna, los que presentan un mayor índice de casos en la estadística laboral de cualquier sector empresaria (3,4).

Tabla 1.  
ACCIDENTES DE TRABAJO EN JORNADA LABORAL  
POR SOBRESFUERZOS MUSCULARES 2000-2015 (5)

Año	Nº ATJT por sobreesfuerzos (*)	% ATJT por sobreesfuerzos sobre el total de ATJT	II ATJT sobreesfuerzos (**)
2000	265.323	28,4	2.152,46
2001	280.552	29,6	2.178,02
2002	288.364	30,7	2.169,11
2003	271.056	31,0	1.979,08
2004	274.627	31,5	1.933,20
2005	288.915	32,4	1.949,67
2006	302.834	33,2	1.953,46
2007	326.835	35,3	2.035,35
2008	293.158	36,4	1.846,12
2009	232.287	37,6	1.554,01
2010	216.222	38,0	1.469,61
2011	197.381	38,5	1.353,60
2012	153.459	37,6	1.070,13
2013	154.314	38,2	1.148,60
2014	165.453	39,0	1.212,30
2015	178.218	38,9	1.265,36

\* Sobreesfuerzo físico - sobre el sistema musculoesquelético.

\*\* Índice de incidencia por sobreesfuerzos por 100.000 afiliados.

Fuente: Fichero informatizado de partes de accidente de trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2015.

La automatización en muchos sectores profesionales ha supuesto un descenso importante de este tipo de incidencia médica, pero en los últimos años este tipo de patologías han vuelto a repuntar.

Hay muchos sectores que afirman que la crisis económica de los últimos años ha supuesto un retroceso en la política preventiva de muchas empresas, con el consiguiente empeoramiento laboral de los trabajadores.

Se ha reducido la inversión en las medidas de diseño e implantación de mecanismos auxiliares que eliminen o reduzcan la carga física a la que está sometido el trabajador; así como nos hemos encaminado hacia una repetitividad y aumento de las jornadas laborales.

Todo esto unido a los tiempos de trabajo en los que prima la cantidad y rapidez, y no la calidad del trabajo, han desembocado en este repunte.

### TME laborales

Entre las patologías que podemos englobar como trastornos musculoesqueléticos en el mundo laboral las más frecuentes son<sup>7</sup>:

#### Tendinopatías

- Miembro superior
  - Manguito de los rotadores
  - Epicondilitis
  - Epitrocleititis
  - Dedo en resorte o en gatillo
  - Tendinitis de Quervain
- Miembro inferior
  - Tendinopatía cuadrípital
  - Tendinitis de Aquiles

#### Neuropatías

- Síndrome del canal de Guyon
- Síndrome del túnel carpiano
- Síndrome del pronador redondo
- Síndrome del túnel cubital

#### Bursitis

- Del piramidal

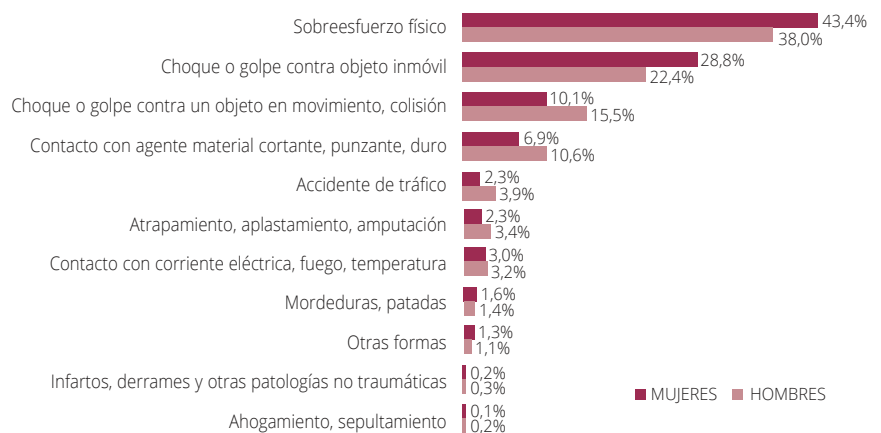
#### Mialgias

- Dorsalgia
- Lumbalgia
- Ciatalgia
- Cervicalgia&Cervicobraquialgia

#### Sintomatología

El síntoma predominante es el dolor asociado a inflamación, hipotonía y disminución o

**Tabla 2.**  
**TIPOLOGÍA DE ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA SEGÚN SEXO (2015) (6).**



Fuente: Elaboración del INSHT a partir del fichero de microdatos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social 2015. MEYSS.

incapacidad funcional de la zona anatómica afectada, así como parestesias e hipoestesis. Podemos distinguir tres etapas predominantes en la evolución de la sintomatología:

1. Aparición de dolor y cansancio durante las horas de trabajo, mejorando fuera de éste, durante la noche y los fines de semana.
2. Comienzo de los síntomas al inicio de la jornada laboral, sin desaparecer por la noche, alterando el sueño y disminuyendo la capacidad de trabajo. La sintomatología mejora con descansos prolongados (fines de semanas, vacaciones).
3. Persistencia de los síntomas durante el descanso, incluso con los periodos prolongados de vacaciones, fines de semana; dificultando la ejecución de tareas cotidianas, incluso las más triviales.

Una vez establecida la fase 2 y 3 de sintomatología, la reducción o eliminación del dolor requerirá un tratamiento prolongado de un equipo multidisciplinar, así como una readaptación del puesto de trabajo.

Para evitar llegar al punto de agotamiento muscular que induciría la aparición de la primera molestia articular, la prevención es la herramienta más importante que los equipos de Vigilancia de la Salud tenemos. Desde nuestro departamento nos planteamos qué podríamos hacer para mejorar la calidad musculoesquelética de los trabajadores para que el impacto físico del trabajo diario fuese el mínimo posible; a la vez que

no supusiese un cambio radical que fuera descartado por la dirección de la empresa. De ahí nació la idea de adoptar estiramientos musculares preventivos antes de iniciar la jornada laboral, así como al finalizarla.

Desde el punto de vista de la prevención, ambas acciones tienen igualdad de importancia en el bienestar del trabajador.

En el primer caso (al inicio de la jornada) como método de preparación y acondicionamiento muscular para hacer frente al gasto energético y muscular al que va a ser sometido el individuo, dependiendo de su puesto de trabajo. Y al finalizar el mismo, ya que necesitamos un estadio intermedio para que la musculatura y todos aquellos componentes del aparato locomotor, puedan elongarse, estirarse y volver a unas condiciones de menor actividad.

Básicamente, estamos hablando del ya conocido por todos, fase de "calentamiento" y fase de relajación o "vuelta a la calma".

En la práctica todos conocemos la primera fase, pero muy pocos, incluso en el mundo deportivo, son conocedores de la importancia de la segunda; siendo mayor el número de lesiones producidas por la eliminación de la fase de relajación.

#### Etiología

Entre las causas más frecuentes que nos podemos encontrar en el ámbito laboral, independientemente del área de trabajo, nos encontramos con:

- Manipulación manual de cargas
- Movimientos repetitivos y/o forzados
- Vibraciones

- Temperaturas extremas de trabajo (frío excesivo)
- Posturas estáticas, tanto en bipedestación, como en sedestación.
- Posturas forzadas
- Elevados ritmos de trabajo...

## OBJETIVOS

El planteamiento de esta actividad preventiva tiene 2 pilares básicos:

- a) Que sea una técnica atractiva para los trabajadores.
- b) Que pueda ser adoptada e introducida en la jornada laboral de forma fácil y respetuosa.

Teniendo en cuenta estas dos premisas, los objetivos que nos planteamos fueron:

- Incorporación de los estiramientos musculares como parte del propio proceso productivo-laboral.
- Aceptación de los estiramientos tanto por los trabajadores como por la dirección empresarial.
- Adaptar los estiramientos a la zona de trabajo, para que estos no supongan un riesgo sobreañadido en el entorno laboral.
- Favorecer la creación de una rutina de estiramientos: repetición, automatización.
- Supervisión de los mandos intermedios para que los estiramientos sean realizados.
- Visitas periódicas para establecer retroalimentación con la población laboral al respecto de dudas que puedan surgir durante la realización de la actividad.
- Crear mentalidad preventiva en la empresa.
- Creación de una rutina de trabajo físico que posibilite la adquisición de otro hábito de actividad deportiva extra laboral: el trabajador que note el efecto positivo muscular y psicológico que los estiramientos producen, será más susceptible de introducir un nuevo elemento "deportivo" dentro de su tiempo libre.

## MÉTODO

El primer paso para la adopción de esta estructura de trabajo consiste en hacer una visita de inspección a la zona laboral. Con esta actuación pretendemos observar y analizar los elementos del entorno, aquello que nos puede limitar en cuanto a espacio o estructuras adyacentes; así como valorar las técnicas y procesos que el trabajador realiza de forma diaria.



Imagen 1: Tabla básica de estiramientos para personal usuario de pantallas de visualización de datos (8).

Valoraremos todas las acciones y procesos productivos, de modo que podamos establecer un esquema de grupos musculares implicados en las acciones, así como el tiempo de trabajo de estos grupos musculares.

Actualmente en nuestras empresas prima la especialización de los procesos; es decir, trabajadores altamente cualificados para una determinada tarea, que dedican gran parte de su jornada laboral a la realización de la misma. Por lo que hay determinados gestos posturales o patrones de actividad que se repiten y es fácil suponer que cada departamento de trabajo tendrá más riesgo de "sobrecargar" unas determinadas zonas musculares que otras.



Imagen 2: Sesión de estiramientos musculares en personal cadena de producción (9).

Con esta premisa, podemos tomar dos decisiones:

1. Adaptar los estiramientos a los trabajadores según su departamento de trabajo.
2. Establecer unos estiramientos que engloben la mayor parte de la musculatura, para que sean realizados por todos

los trabajadores, sin distinción de la sección a la que pertenezcan.

La adopción de uno u otro método sería muy interesante que se pactase con la dirección de la empresa, sus representantes y su comité de seguridad y salud.

Aunque las dos situaciones tienen sus ventajas, los estiramientos realizados por toda la población trabajadora, tienen el añadido de crear el sentimiento de comunidad en un espectro más amplio.

Una vez establecido los grupos musculares sobre los que tenemos que trabajar, es importante hacer una selección de los tipos de ejercicios que trabajaremos para que en ningún momento éstos puedan ser un motivo de peligro para la estructura musculo-esquelética de nuestra población.

Debemos conocer las situaciones particulares de aquellos trabajadores que ya partan de una lesión previa, así como explicar de forma clara, concisa y fácilmente recordable qué es el umbral del dolor, definido como la intensidad mínima de un estímulo que despierta la sensación de dolor, es la capacidad que tenemos los seres humanos de soportar la sensación de dolor (10), y que nunca debemos sobrepasarlo.

El siguiente paso será valorar los grupos musculares implicados y seleccionar los tipos de ejercicios, normalmente elegimos de tipo isotónicos, también conocidos como heterométricos (tensiones musculares que suelen ir acompañadas por acortamiento y alargamiento de las fibras muscu-

lares de un músculo determinado, variando su tensión a lo largo del recorrido de la contracción en sus diferentes puntos<sup>11</sup>).

Una vez concretado todo lo explicado, crearemos una serie de diagramas representativos con dibujos lo más explicativos posibles de los ejercicios a realizar. El dibujo debe ser sencillo y no inducir a errores, y marcaremos la dirección del movimiento, así como las repeticiones.

Estas tablas de ejercicios se facilitan a los trabajadores y deben estar de forma visible en el área en la que vamos a emplazar los estiramientos, mediante tabloneros explicativos. De esta forma favorecemos la "interiorización" de los mismos.

Otro punto importante a tener en cuenta, es el tiempo que vamos a dedicar a los estiramientos así como si deben o no formar parte de la jornada laboral.

En cuanto al primer aspecto, los estiramientos para que nos aporten el beneficio muscular y articular que buscamos deben mantenerse durante al menos 10-15 segundos. Repetiremos de nuevo la importancia de conocer y no sobrepasar el umbral del dolor durante la realización del mismo.

En nuestra experiencia, hemos usado una duración media de 10-12 minutos en la realización de varios ejercicios musculares. Teniendo en cuenta, como ya hemos dicho que cada ejercicio debe mantener una contracción aproximada de 10-15 segundos, podemos establecer un abanico amplio de ejercicios y repeticiones.

Por otra parte, cuantos más ejercicios realicemos, mayor será el riesgo de mala realización o de olvido de alguno de ellos.

Dicho esto, establecimos una pauta de 7-10 ejercicios, de 10 segundos de contracción cada uno de ellos, y 2 repeticiones por ejercicio.

El segundo aspecto del que hemos hablado con anterioridad (inclusión de los estiramientos en la jornada laboral, o no) debe ser un motivo de discusión con la empresa y los trabajadores.

Desde nuestro punto de vista, la incorporación de los estiramientos dentro de la jornada laboral hará más favorable la adquisición y seguimiento de esta rutina preventiva que deseamos. Pero muchas empresas no quieren ver reducida su jornada productiva; así como muchos trabajadores no están dispuestos a facilitar ese tiempo de su propia jornada extra laboral.

Así que se abre un gran debate en el que nosotros, como medida intermedia y facilitadora, proponemos que 10 minutos sean aportados por la empresa, y otros 10 por el trabajador. Pero ya apuntamos que esta medida entra dentro del campo privado empresa-trabajador.

## CONCLUSIÓN

Los estiramientos musculares suponen una herramienta sencilla, adaptable, reproducible y económica para prevenir todos aquellos TME que se derivan de los procesos productivos de la mayor parte de los sectores profesionales.

Con una inversión media de 20 minutos diarios (10 minutos al inicio de la jornada, y otros 10 minutos al finalizar la misma), estamos reduciendo la incidencia de estas lesiones laborales, que suponen la pérdida de la calidad de vida del trabajador, y la pérdida de millones de horas de trabajo para las empresas.

Establecer una cultura preventiva en las empresas, y en los trabajadores, debe ser una prioridad en cualquier servicio de vigilancia de la salud, porque como ya sabemos, la prevención debe ser una herramienta primordial a la hora de establecer la planificación sanitaria de actividades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo. Trastornos musculoesqueléticos. Disponible: <https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders>
2. Luttmann A, Caffier G. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo. Serie de protección a los trabajadores; vol 5. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/pwh5sp.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh5sp.pdf)
3. Díez de Ulzurrun, M; Garasa Jimenez, A; Macaya Zandio, M. Gorette; Eransus Izquierdo, J. Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. Documentación Básica INSL-Gobierno de Navarra. 2007.
4. Araña Suarez, S. Trastornos musculoesqueléticos, psicopatología y dolor. Programa Nacional de I+D+i, FIPROS 2009/38, Sociedad Científica Interdisciplinaria ACAP-PSICONDEC; Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Gobierno de España. Madrid. 2011. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143942.pdf>

5. Díaz Aramburu, C; De Vicente Abad, Ángeles; Accidentes de trabajo por sobreesfuerzos 2015. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2016. Disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Riesgos%20especificos/Estudios%20de%20sobreesfuerzos%20y%20TME/Ficheros%20e%20informes/Sobreesfuerzos2015.pdf>
6. De la Orden Rivera, M. Victoria. Informe Anual de Accidentes de Trabajo en España 2015. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2016. Disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/3%20Siniestralidad%20laboral%20en%20cifras/Informes%20anuales%20de%20accidentes%20de%20trabajo/Ficheros/InformeAnual2015.pdf>
7. Cuesta-Vargas, A.I.; García Romero, J.C.; Labajos Manzanares, M.T. y González-Sánchez, M. Patología musculoesquelética y ejercicio terapéutico: eficacia e implantación. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2010; vol. 10 (40):94-608
8. Cinco formas de ejercitarse en la oficina. Disponible en: <http://www.salud.com.ar/es/cinco-formas-de-ejercitarse-en-la-oficina.html>
9. Gallardo Ponce, I. El ejercicio físico en la empresa: mejora la salud del empleado. Diario Médico. 2012 Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/normapernett/?cat=789>
10. Hospital Intermutual de Levante. El umbral del dolor. Disponible en: <https://www.hilevante.com/el-umbral-del-dolor/>
11. Wikipedia. Contracciones isocinéticas. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Contracci%C3%B3n\\_muscular#/media:Contracciones\\_isocin.C3.A9ticas](https://es.wikipedia.org/wiki/Contracci%C3%B3n_muscular#/media:Contracciones_isocin.C3.A9ticas)

## Otra bibliografía consultada

1. Gil Hernández, F. Tratado de Medicina del Trabajo. Ed. Masson. 2005.
2. Sánchez Blanco, Isidoro. Manuel SERMEF de rehabilitación y medicina física. Ed. Médica Panamérica. 2008.
3. Backup, K; Backup, J. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular (Exploraciones, signos y síntomas) Ed. Elsevier-Masson. 2014.
4. Izquierdo, M. Biomecánica y bases neuromusculares de la actividad física y del deporte. Ed. Médica-Panamérica. 2008.

Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Y otra es hacerlo:

# Cuenta Expansión Plus PRO

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000 euros por depositante.

## Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado\*

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+ 1%

de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito en comercios de alimentación.<sup>(1)</sup>

+

3% TAE

de remuneración en cuenta sobre los 10.000 primeros euros, en caso de tener saldos en ahorro-inversión superiores a 30.000 euros.<sup>(2)</sup>

**Llámanos al 902 383 666, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.**

La Cuenta Expansión Plus PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 3.000 euros y haber domiciliado 2 recibos domésticos en los últimos 2 meses. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Oferta válida, a partir del 26 de septiembre de 2016.

\*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. El abono se realizará durante el mes de enero del año siguiente.

1. Recibos domiciliados que correspondan, como emisor, a organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en la Agencia Española de Cooperación y los recibos de colegios, guarderías y universidades cargados durante el mes. Deberá tratarse de centros docentes españoles (públicos, privados y concertados, quedando excluidos los gastos de academias particulares, colegios profesionales o gastos distintos a los de escolarización). Tampoco se incluirán los gastos en concepto de posgrados, másteres y doctorados. Operaciones de compra realizadas a crédito incluidas en la liquidación del mes, con las tarjetas modalidad Classic, Oro, Premium, Platinum y Shopping Oro cuyo contrato esté asociado a esta cuenta, en los establecimientos comerciales de alimentación incluidos y que podrá consultar en la página [www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus](http://www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus). Mínimo 5 euros y hasta 50 euros al mes.

2. Para tener acceso a esta retribución, los titulares deben tener un saldo medio mensual en el banco superior a 30.000 euros en recursos, calculado como la suma de saldos del mes anterior de: cuentas a la vista, depósitos, renta fija a vencimiento, seguros de vida-ahorro, fondos de inversión, valores cotizables y no cotizables, planes de pensiones, planes de previsión de EPSV y BS Fondos Gran Selección. No se tendrá en cuenta para el cómputo del saldo medio el saldo existente en esta Cuenta Expansión Plus PRO ni en ninguna otra de las mismas características en la que los titulares sean intervinientes. Sí se tendrá en consideración el número de cotitulares, por lo que el saldo mínimo existente en la entidad como requisito será el tomado proporcionalmente para cada cotitular. No se remunerarán los saldos durante el primer mes de vida de la Cuenta Expansión Plus PRO.

En caso de que no se alcance por parte de los titulares el saldo mínimo que da derecho a la retribución de la Cuenta Expansión Plus PRO, la liquidación se realizará al 0% por este concepto.

Rentabilidad: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,9910% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo). Ejemplo de liquidación en un año: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia 12 (mensual); intereses liquidados en el año: 291,90 euros.



