

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIV

nº 42 Junio 2011



CALIDAD en TIEMPOS de CRISIS

**MOGUER:
SIMULACRO DE SOCORRO
A LAS VÍCTIMAS**



Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de Redacción:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Antonio Ollid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería de
Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 14 h. y de 16 a 21 h.

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3 EDITORIAL

4 PÓLIZA

5 MOGUER XXV ANIVERSARIO PROTECCIÓN CIVIL

6/11 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMERÍA EN HUELVA

12 J. R. JIMÉNEZ: LA CRISIS Y LA CALIDAD ASISTENCIAL, A DEBATE

13 EN EL BOE. DOS AÑOS PARA LA ESPECIALIDAD SALUD MENTAL

14/17 ¿CONOCEN LAS CUIDADORAS LOS CUIDADOS BÁSICOS?

18/23 DOLOR Y FITOTERAPIA EN LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

24 XVIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN CIUDAD DE HUELVA



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms. y en soporte informático.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

Trabajos, Especialidad y Calidad

Fiel

a su compromiso, **DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA** vuelve a comparecer ante la profesión colegiada en Huelva para anticiparse al inminente verano y dejar constancia de una nueva aportación tanto de trabajos como de noticias profesionales que revisten, en los dos casos, suficiente importancia y significación. Caminamos ya por la edición número 42 de esta cabecera del Colegio Oficial de Enfermería de nuestra provincia y sus catorce años de existencia hablan, por sí solos, de que los profesionales cuentan y valoran con esta oferta editorial como expresión, prácticamente, única y genuina de y para el colectivo onubense.

Nuestros lectores podrán adentrarse en las especificidades de los ensayos que, íntegramente, han merecido ser difundidos como reflejo de la permanente inquietud de seguir avanzando en el camino de la reflexión enfermera. El esfuerzo que comporta sacar a la luz cada número de esta publicación compensa, con creces, al verse repetido el eco y estímulo que suscita esta Revista en cuanto a ser un vehículo de expresión cada día más consolidado y respetado por sus destinatarios, las enfermeras y enfermeros colegiados en la provincia.

Pero, también, damos cuenta de determinadas novedades que, desde un punto de vista informativo, no pueden ser pasadas por alto. Citemos un par de ejemplos. De un lado, la trascendencia que supone ver confirmado en el BOE la nueva realidad de la especialidad de Enfermería en Salud Mental cuyo título a partir de ya, va a ser necesario seguir dos años de formación. El Ministerio de Sanidad, junto a las comunidades autónomas, han creído conveniente potenciar el periodo de docencia de las futuras especialistas y lo justifica con argumentos ciertamente de peso: la sociedad ha ido cambiando de forma evidente y la realidad que afecta a la salud mental de las personas receptoras de los cuidados no podía seguir dedicando un único curso académico de post-grado. En definitiva: salud mental se equipara con los estudios de matrona en cuanto a su duración.

Pero tampoco debemos relegar el significado de una Jornada que, con escenario en el hospital Juan Ramón Jiménez, supuso un eco de asistencia para debatir algo tan actual como es la calidad asistencial que se ofrece a la sociedad en un contexto en el que, no se debe olvidar, la crisis lo preside prácticamente todo. Por la importancia de su celebración y para concienciar a toda la profesión de que el esfuerzo mancomunado de todos y cada uno de los sectores implicados en la sanidad pública, Enfermería incluida, debemos patentarlo en resultados eficientes lo cual no es sino el compromiso en la hora actual de la Enfermería. Justo cuando el Sistema, como parte fundamental del estado del bienestar, precisa de los mayores esfuerzos para mantener el listón que el ciudadano lleva años percibiendo y que, como respuesta, reflejan los índices de satisfacción social. Las autoridades saben, perfectamente, que por parte de los profesionales no va a existir ni un paso atrás en este sentido.

Una respuesta que, también como símbolo, se concretó en Moguer al celebrarse un simulacro de atención a las "víctimas" de un siniestro de tráfico y en el tomaron parte numerosos efectivos socio-sanitarios, entre ellos los dispositivos de emergencias 061 y equipos móviles de la zona. El personal que lo integraba —enfermería, médicos y técnicos— volvieron a demostrar que si su cualificación es alta, también es notable el nivel de coordinación respecto a otros recursos igualmente válidos para contribuir a salvar vidas en la crudeza que comporta todo accidente vial, por desgracia tan frecuentes. El Colegio de Enfermería de Huelva se complace en divulgar este simulacro como muestra de una descentralización y puesta a punto vivida. Concretamente en la población de Moguer.

El Colegio te protege con 3.500.000 euros

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

NUEVO SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE
LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL
CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR
ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS
QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

Primero: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

Segundo: El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

Tercero: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

Cuarto: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

Quinto: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- Riesgo cubierto: responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y “piercing”.
- Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.090.000 euros, con un límite por anualidad de veinte millones.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

Moguer XXV aniversario de Protección Civil.

Simulacro de ayuda y rescate de víctimas de un siniestro

Huelva.- Redacción

El XXV aniversario de Protección Civil de Moguer se celebró, entre otros actos, con un simulacro de atención a los heridos en un accidente vial. Tomaron parte diferentes dispositivos entre otros profesionales de la Empresa Pública de Emergencias sanitarias (EPES) 061, del Distrito de APS Condado-Campiña, junto a efectivos de la Guardia Civil, Bomberos del Consorcio provincial de Huelva, Policía Local y voluntarios de Protección Civil.

La "Jornada del Voluntariado" convocada por Protección Civil de Moguer para conmemorar su XXV aniversario giró en torno a un ejercicio práctico de socorro y ayuda a las víctimas de un siniestro vial. El ejercicio consistió en demostrar la coordinación y puesta en acción de los distintos recursos una vez consumado un accidente múltiple con 3 vehículos implicados y el resultado de 11 víctimas, una de ellas mortal. Puesto en marcha el simulacro, comenzaron a llegar al lugar de la tragedia fuerzas de seguridad y, acto seguido, los equipos sanitarios que, de inmediato, abordaron todo lo relativo a la clasificación de las víctimas según la gravedad que presentaban.

Las dotaciones de Bomberos, dos UVI móviles y un vehículo sanitario de apoyo logístico completaron el esfuerzo que, de forma simultánea, practicaron sus respectivos cometidos desde la liberación, por parte de los Bomberos, de las personas atrapadas en los automóviles a la atención sanitaria "in situ". También se dispuso el montaje de un hospital de campaña hasta donde se fueron trasladando los pacientes una vez clasificados y estabilizados para conseguir su evacuación.

Cualificación

El sistema de emergencias en España, como en los países más avanzados, busca "llevar al hospital al enfermo" garantizando que el paciente pueda recibir la misma atención inicial de calidad en la zona del siniestro que en el hospital. Para conseguir este objetivo es preciso una alta capacitación de todos y cada uno de los dispositivos intervinientes partiendo de la más acorde de las coordinaciones al objeto de no malgastar ningún tipo de energías que no sea el rescate y atención de los damnificados.

El Distrito APS Condado-Campiña cuenta con una Unidad de Gestión Móvil formada por dos ambulancias y sus correspondientes equipos para dar una respuesta con la mayor calidad y eficacia ante las emergencias y urgencias que se atienden en su zona. La dotación del equipo la configuran 9 enfermeras(os) y 9 médicos(as) además de técnicos en transporte sanitario.



Producción científica de la Enfermería en Huelva

Mapa bibliométrico de los años 2000-2009

El presente artículo ha sido galardonado con el **Primer Premio** del XVII Certamen de Investigación en Enfermería "Ciudad de Huelva" promovido por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

AUTORES

Francisco T. Lozano León (colg. nº 3242)¹

Antonio Minchón Hernando (colg. nº 1762)²

Esther María Romero Indiano (colg. nº 3548)³

¹Doctorando en Enfermería, Diplomado y Máster Oficial en Enfermería. Distrito Sanitario Condado-Campiña.

²Diplomado en Enfermería. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

³Diplomada en Enfermería. Distrito Sanitario Condado-Campiña.

RESUMEN

Fundamento: El análisis de la producción científica de las enfermeras y enfermeros de la provincia de Huelva mediante técnicas bibliométricas referida al periodo 2000-2009, permitirá conocer la evolución, distribución e impacto de la misma como elemento generador de la Ciencia Enfermera.

Método: Estudio descriptivo y trasversal de la producción científica del personal de Enfermería de instituciones de la provincia de Huelva según las referencias bibliográficas recuperadas de la base de datos Cuiden Plus de la Fundación Index. Se realiza análisis descriptivo mediante la utilización de medias para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

Resultados: Se seleccionan 192 documentos excluyéndose 101 de un total de 293 registros. La producción media anual es de $19,2 \pm 9,9$ artículos. El 56% de los primeros autores pertenecen al ámbito académico, el 44,9% a At. Hospitalaria y el 13% a At. Primaria. 88 artículos son publicados en revista sin *Impacto*.

Conclusiones: Hay un incremento del 160 % en el número de publicaciones con respecto al periodo 2000-2009.

PALABRAS CLAVE

Bibliometría, Enfermería, Huelva, Indicadores de Producción Científica, Investigación en Enfermería, Publicaciones Científicas.

ABSTRACT

Background: The analysis of scientific production of nurses in the province of Huelva using bibliometric techniques relating to the period 2000-2009, will reveal the evolution, distribution and impact of it as a generator of Science Nurse.

Method: Descriptive and transversal of the scientific production of nursing staff from institutions in the province of Huelva. The references have been retrieved from the database Cuiden Plus. Descriptive analysis is performed using averages for quantitative variables and absolute and relative frequencies for qualitative variables.

Results: 192 documents are selected. Excluded 101 of a total of 293 records. The annual average production of 19.2 ± 9.9 items. 56% of the first authors belong to the University, Hospital 44.9% and Primary 13%. 88 articles are published in journals without impact.

Conclusions: There is a 160% increase in the number of publications for the period 2000-2009.

KEY WORDS

Bibliometrics, Huelva, Nursing, Nursing Research, Scientific Publication, Scientific Publication Indicators.

INTRODUCCIÓN

La construcción de la Ciencia es un proceso complejo en el que la publicación del producto de su actividad es un hecho culminante, el resultado final de la actividad científica (1,2). Sin embargo este resultado es parte de un fenómeno más amplio denominado ciclo de la producción científica, según el cual, la publicación permite a la comunidad científica de referencia conocer y contrastar los hallazgos (1), incorporarla al acervo disciplinar y, en último lugar, utilizarla en la construcción teórica o práctica de la Ciencia mediante la cita y uso del documento en futuros productos (3). La cita del documento por otros autores es el punto final del ciclo de la producción científica, y da lugar al inicio de un nuevo ciclo para el documento que se cita (4).

El análisis de la publicación de artículos científicos es un eslabón fundamental dentro del proceso de investigación, se ha convertido en la unidad estándar que permite calificar la calidad del proceso generador de conocimiento y su impacto en el entorno científico (5).

De la utilización cada vez más frecuente de métodos matemáticos y estadísticos para el análisis de la producción científica y de su calidad, nace la bibliometría definida por Garfield en 1978 como *la cuantificación de la información bibliográfica susceptible de ser analizada* (6,7). El uso de indicadores bibliométricos para analizar la actividad investigadora de un equipo científico, un área o un país, se basa en que las publicaciones científicas son un resultado esencial de dicha actividad. Un nuevo conocimiento adquiere valor cuando se da a conocer y se difunde, ya que es así como progresa la ciencia (8). La bibliometría es un instrumento esencial para evaluar el producto de la ciencia y en el caso de disciplinas incipientes en materia de investigación, como es la enfermería, es una herramienta esencial para determinar su avance y estado de consolidación. Cuando una disciplina utiliza su conocimiento no hace sino identificarse con él, con sí misma, reconocerse en la herencia de su pasado y presente, configurarse en el presente y en el futuro (9).

La bibliometría es un elemento muy útil para la evaluación de la actividad científica (10,11). Los investigadores López Piñero y Terrada fueron los primeros que introdujeron los estudios bibliométricos en España hace ya tres décadas y desde entonces se han realizado interesantes estudios sobre la producción científica española en biomedicina y salud (12,13). La producción científica se estudia a través de los documentos de las revistas, localizados manualmente o bien recuperados a partir de bases de datos; mediante el análisis de los diversos indicadores de producción, circulación, dispersión, consumo de la información y repercusión.

El incremento en la producción bibliográfica y la creciente

necesidad de conocer la documentación existente hacen de las bases de datos una de las herramientas más útiles para la recuperación selectiva de la información (14,15). En cuanto a las bases de datos especializadas en Enfermería, Cuiden (perteneciente a la Fundación Index de Granada) es la más importante (16). Contiene 464 publicaciones, 102 de las 116 revistas de Enfermería españolas están indizadas en Cuiden, todas las revistas de Enfermería españolas con *Factor de Impacto* están incluidas en esta base de datos.

La provincia de Huelva cuenta con las siguientes instituciones en las que los enfermeros y enfermeras realizan su labor: Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Hospital Infanta Elena, Hospital de Riotinto, Distrito Sanitario Huelva-Costa, Distrito Sanitario Condado-Campiña, Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (que incluye al Hospital de Riotinto) y Universidad de Huelva principalmente.

Hasta ahora no se ha realizado ningún estudio que evalúe la producción científica de la Enfermería de la provincia de Huelva.

En base a todo lo anterior, nos planteamos describir la producción científica del personal de Enfermería de instituciones de la provincia de Huelva según las referencias bibliográficas recuperadas de la base de datos Cuiden (Fundación Index) durante los años 2000 a 2009.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Estudio bibliométrico descriptivo transversal.

Objetivo: Describir la actividad y producción científica publicada por los enfermeros y enfermeras de instituciones de la provincia de Huelva durante los años 2000 a 2009.

Fuente de datos: Se realiza búsqueda bibliográfica online el 01/11/2010 en la Base de Datos CUIDEN Plus a través de su página web <http://www.index-f.com/cuiden-plus/avanzada.php>

Estrategia de búsqueda: Se ha realizado la búsqueda en la base de datos con la siguiente ecuación de búsqueda:

- Keywords: Huelva.
- Campo: Autores/Institución/Función.
- Workform: ARTICULO OR ACTAS DE CONGRESO OR CAPITULO DE LIBRO OR LIBRO OR LITERATURA GRIS OR MATERIAL AUDIOVISUAL.
- Año de publicación desde 2000 hasta 2009.

Población de estudio: Todos los artículos incluidos en la base de datos Cuiden a partir de la estrategia de búsqueda antes citada.

Indicadores:

- Número de documentos.
- Año de publicación.
- Instituciones firmantes: nº de instituciones firmantes por documento. Se tiene en cuenta la institución del primer autor. Carácter público o privada.
- Autoría: nº de autores. Autores por trabajo y productividad.

- Revistas fuente: Ámbito de la revista: Local, nacional o internacional. Repercusión¹ (Impacto).
- Tipo de documento: según la distribución tipológica de la Fundación Index. Documentos citables (originales y revisiones).
- Idioma.

Análisis: Se diseña matriz de datos ad hoc y se exporta a SPSS. Se realiza un análisis descriptivo de los datos a través de tablas de frecuencias y gráficos.

Criterios Inclusión:

- Artículos indizados en la base de datos Cuiden en los años 2000–2009.
- Autoría: Institución ubicada en la provincia de Huelva. Al menos uno de los autores Enfermero/a.

Criterios Exclusión:

- Comunicaciones a congresos tanto orales como pósteres.
- Ponencias.
- Noticias.
- Reseñas bibliográficas.
- Capítulos de libros o libros completos.

Limitaciones:

- Filiaciones no completas, tanto de institución como provincia.
- Identificaciones diferentes para un mismo firmante dificulta la visibilidad.

RESULTADOS

El día 1/11/2010 se encuentran registrados en la base de datos Cuiden Plus un total de 69.035 documentos, de los cuales, con el término *Huelva* en el campo *Autor/Institución/Función* para los años de publicación 2000–2009 se obtienen 293 documentos.

Se excluyen un total de 101 documentos (Gráfico 1) distribuidos del siguiente modo:

- Comunicación: 80 entradas.
- No enfermeros: 14 entradas.
- Reseña bibliográfica: 4 entradas.
- Duplicados: 2 entradas.
- Capítulo de libro: 1 entrada

Se analizan por tanto **192** entradas bibliográficas.

Las Enfermeras en la provincia de Huelva producen anualmente $19,2 \pm 9,9$ artículos, con una mediana de 15,5. El 50,5% (97 publicaciones) se realizan en el último trienio de los años analizados. Durante el primer cuatrienio se producen 22,4 % (43 artículos). Se observa a lo largo del decenio un aumento exponencial de la producción científica acumulada (Gráfico 2).

El 72 % de los artículos están firmados por una institución. 56 artículos (29,2%) están realizados por dos instituciones o más. El 56% de los primeros autores pertenecen al ámbito académico, concretamente a la Universidad de Huelva (Gráfico 3). 85 artículos son realizados por profesionales de la atención hospitalaria (44,9%). El 13% (25 artículos) se corresponden con publicaciones realizadas por profesionales del ámbito de la atención primaria, y 26 artículos (13,5%) corresponden con primeros firmantes de otras instituciones. En el 1% (2 artículos) de los documentos figura como primer autor un profesional de la sanidad privada.

Contabilizando el total de los firmantes de cada documento, nos encontramos con 299 profesionales diferentes, lo que supone un índice de colaboración de 1,56 autores por documento. De ellos, 72 (21,1%) son pertenecientes a la Universidad de Huelva; 95 (31,8%) firman como profesionales de la atención hospitalaria y 39 (13%) de atención primaria. El resto, 93 autores (31,1%) son firmantes de otras instituciones.

Habiendo explicitado el índice de colaboración anterior, destacamos el 37,5% (72 artículos) firmado por un solo autor; 60 artículos (31,2%) firmados por 2-3 autores y 60 (31,3%) firmados por 4 o más autores. (Tabla 1). 1 de los 72 documentos anteriores tiene autoría institucional.

157 (60,6 %) de los autores incluidos en este estudio son productores ocasionales (publican un único artículo en el período de estudio); 94 (36,3%) autores son pequeños productores (2-9 artículos); el resto, 8 autores (3,1%) son grandes productores (más de 9 artículos). (Gráfico 4).

Los autores de instituciones onubenses publican en un total de 39 revistas diferentes. Destaca con el mayor porcentaje de artículos publicados (12,5%) la revista Documentos de Enfermería editada por el Il. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. Las siguientes revistas por número de publicaciones, con 14 artículos cada una (7,3%) son Metas de Enfermería e Index de Enfermería. (Tabla 2).

En cuanto al ámbito de difusión de la revista, encontramos que el 85,4% de los artículos (164) aparecen en ediciones de ámbito nacional; 14,1% (27 artículos) en ámbito local y sólo se rescata un documento publicado en revista de edición internacional. De todas ellas 2 artículos son publicados en inglés.

88 artículos (45,8%) se publican en revistas sin *Impacto*²; en el rango del primer cuartil aparecen 20 documentos correspondiéndose con el 10,4% del total. (Gráfico 5).

Los tipos de documentos más publicados, según la ti-

¹ Para la distribución por *Impacto* se utiliza el indicador Repercusión Inmediata Cuiden que es el número de citas que recibe una revista dividido entre el número de artículos publicados. A su vez distribuidos en cuartiles.

² Para el análisis de *Impacto* se ha utilizado el indicador Repercusión Inmediata Cuiden.

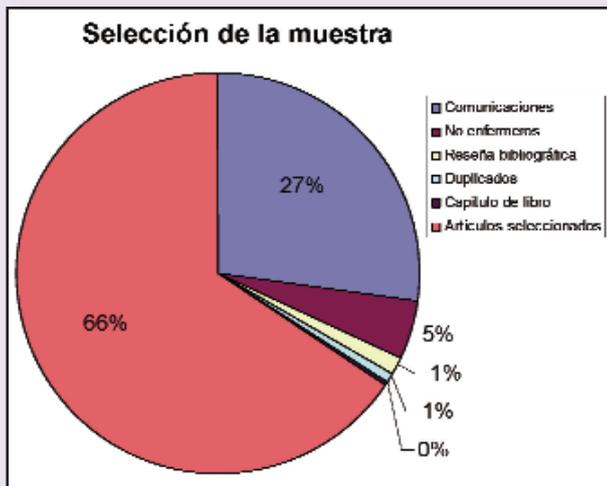


Gráfico 1. Selección de la muestra

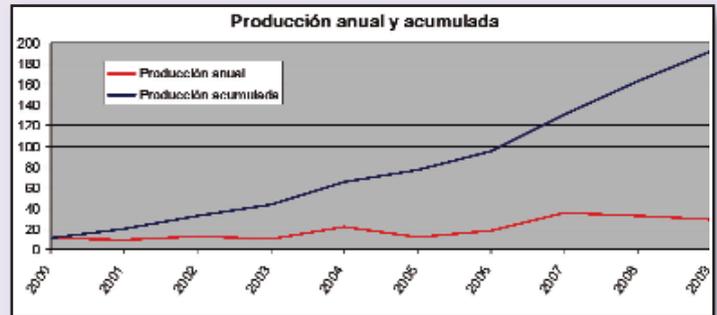


Gráfico 2. Producción anual y acumulada

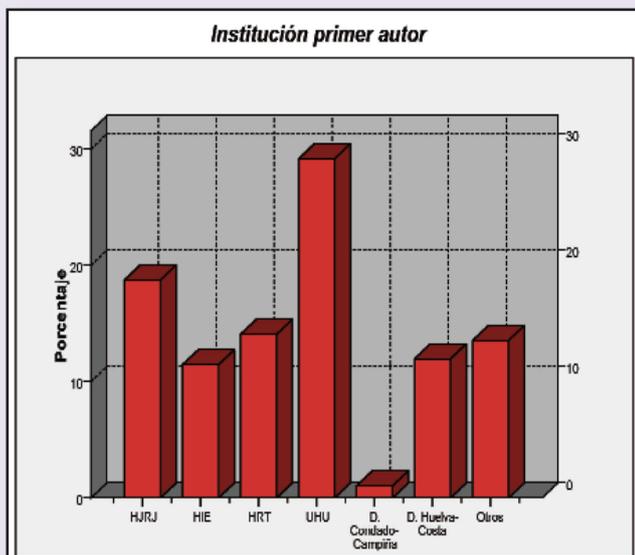


Gráfico 3. Institución primer autor

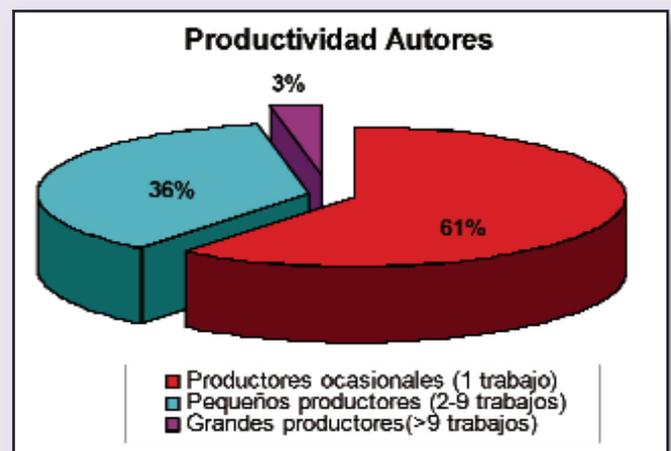


Gráfico 4. Productividad de los autores

pología documental de la Fundación Index, son originales y de revisión que suman 97 artículos (50,5%); Las Cartas al director, Breves con 15 artículos cada uno (15,6% del total de los artículos) y protocolos con 18 artículos (9,4%) lideran la tipología documental en Huelva. (Gráfico 6).

DISCUSIÓN

La producción científica de la Enfermería en la provincia de Huelva está consolidada como tal a tenor de los resultados expuestos en esta investigación.

Se aprecia una distribución irregular del número de publicaciones a lo largo de los años de estudio. Esta producción va aumentando sustancialmente en los 3-4 últimos años del período. La publicación de documentos ha aumentado un 160% entre el primer y el último año de estudio, pasando de 11 artículos para el año 2000 a 29 en el año 2009. El análisis de las posibles causas de este incremento habrían de ser estudiadas de manera más pormenorizada en posteriores estudios, incluyendo como posibles variables la incentivación de la investigación de enfermería desde las diversas instituciones, políticas estratégicas, promoción del desarrollo profesional enfermero,

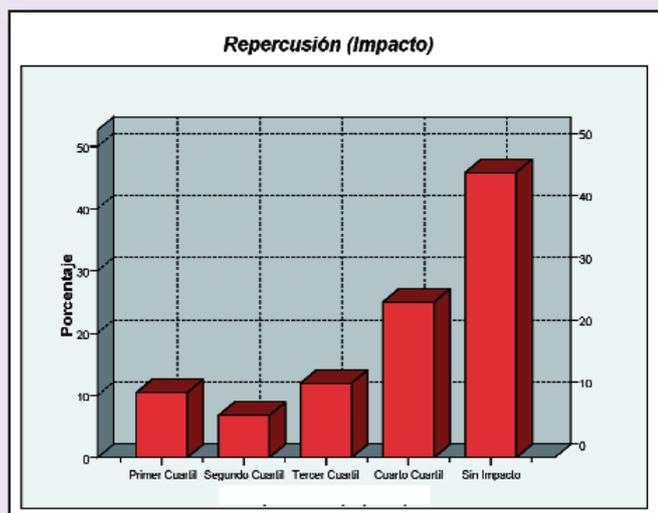


Gráfico 5. Distribución de artículos según el impacto de la revista

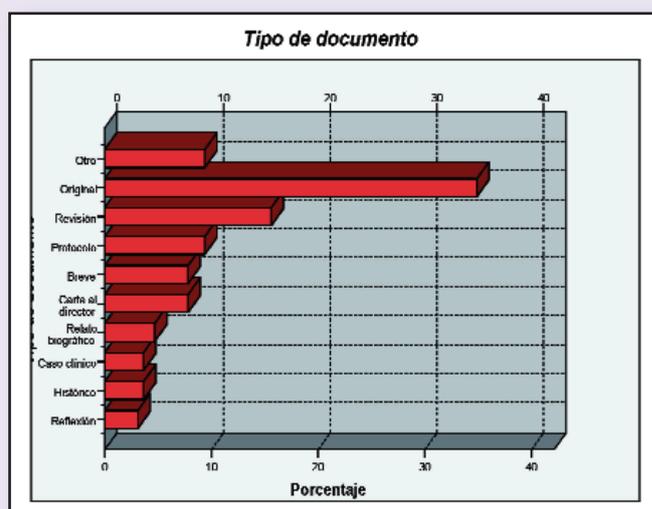


Gráfico 6. Distribución de artículos según la tipología documental

alcance de los diversos niveles académicos enfermeros de Grado, Máster o Doctor, entre otros.

Se constata una escasa colaboración en los artículos analizados, tanto a nivel institucional como a nivel de autoría, estando la mayor parte de los documentos por una institución y por uno o dos autores.

Contabilizando el total de los firmantes, nos encontramos con 299 profesionales que han publicado algún documento entre los años 2000 y 2009, no pudiendo asegurar que el 100% de los mismos sean o no profesionales de Enfermería. La falta de normalización de los nombres de los investigadores disminuye la visibilidad de los autores en las bases de datos bibliográficas, encontrando hasta 5 maneras escritas diferentes para un mismo firmante.

En los 10 años analizados encontramos 8 grandes productores de literatura científica con más de 9 trabajos

publicados. Se dejan intuir algún grupo consolidado de investigación, que repiten autoría en diversos artículos. Más de la mitad (54,2%) de los artículos publicados se editan en revistas con *Repercusión Inmediata Cuiden* (Impacto). Destacando 33 documentos publicados (17%) en revistas incluidas en el primer o segundo cuartil.

Hay una escasa producción privada.

Debido a las limitaciones propias del estudio se han podido omitir artículos en los que no se hayan explicitado la institución de pertenencia de alguno de los autores firmantes, a pesar de su obvia localización en la provincia de Huelva.

Dado que no se han encontrado investigaciones similares con objeto de estudio a nivel provincial enfermero, no hay posibilidad de comparación de la producción científica Enfermera con otras provincias.

Tabla 1: Número de autores por artículo

Autores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	72	37,5	37,5
2	25	13,0	50,5
3	35	18,2	68,8
4	16	8,3	77,1
5	8	4,2	81,3
6	21	10,9	92,2
7	7	3,6	95,8
8	1	,5	96,4
9	7	3,6	100,0
Total	192	100,0	

Tabla 2: Número de artículos por revista

	Artículos	Porcentaje
Doc Enferm	24	12,5%
Metas Enferm	14	7,3%
Index Enferm	14	7,3%
Biblioteca Lascasas	12	6,3%
Evidentia	11	5,7%
Cul Cuid	10	5,2%
Arch Memoria	10	5,2%
Rev ROL Enferm	7	3,6%
Híades	7	3,6%
Rev Tesela	6	3,1%
Gerokomos	6	3,1%
Enfuro	6	3,1%
Enferm Global -Esp-	6	3,1%
Enferm Comunitaria (Granada)	6	3,1%
Enferm Científ	6	3,1%
Resto de Revistas	47	24,20%

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Contreras, E. Las revistas científicas: el centro y la periferia. Rev. Esp. Doc. Cient., 1992; 15(2):174-182.
2. López Piñero, JM; Terrada, ML. Los indicadores bibliométricos de la actividad médico-científica. (I) Usos y abusos de la bibliometría. Med. Clin. (Barc), 1992; 98:64-68.
3. Aleixandre, R; Giménez Sánchez, JV; Terrada, ML; López Piñero, JM. Análisis de consumo de información en la revista Medicina Clínica. Med Clin. (Barc), 1994;103:246-251.
4. Amezcua Martínez, M; Gálvez Toro, A; Cuesta de la Rosa, R; Heierle Valero, C; Poyatos Huertas, E. La Pequeña Ciencia. Producción, Repercusión y Transferencia del Conocimiento. La Enfermería del área Lingüística del Español y del Portugués. PI 03/0945. [citado el 20 de abril de 2009] Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0139.php>
5. Rueda-Clausen Gómez CF, Villa-Roel Gutiérrez C, Rueda-Clausen Pinzón CE. Indicadores bibliométricos: origen, aplicación y nuevas propuestas. Med Unab. 2005;8(1):29-36.
6. Camps D, Samar ME, Ávila RE, Recuero Y. Estudio bibliométrico de un volumen de la revista Archivos de Medicina. Arch Med [Revista en Internet] 2006. [citado el 20 de Abril de 2009]; 2(3). Disponible en: <http://archivosdemedicina.com>
7. Rousseau R. Indicadores bibliométricos y econométricos en la evaluación de instituciones científicas. CIMED.2001; 9: 23-9.
8. Camps D. Estudio bibliométrico general de colaboración y consumo de la información en artículos originales de la revista Universitas Médica, período 2002 a 2006. Univ Med. 2007;48(4):358-65.
9. Gálvez Toro, A. La legitimidad del valor de la producción científica enfermera. Index Enferm [revista en internet] 2007 [citado el 20 de abril de 2009]; 57. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/57/0708.php>
10. López Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (I). Usos y abusos de la bibliometría. Med Clin (Barc) 1992;98:64-8.
11. González de Dios J, Moya M, Mateos Hernández MA. Indicadores bibliométricos: características y limitaciones en el análisis de la actividad científica. An Esp Pediatr 1997;47:235-44.
12. Camí J, Fernández MT, Gómez Caridad I. La producción científica española en biomedicina y salud. Un estudio a través del Science Citation Index (1986-1989). Med Clin (Barc) 1993;101:721-31.
13. Camí J, Zulueta MA, Fernández MT, Bordons M, Gómez I. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud durante el período 1990-1993 (Science Citation Index y Social Science Citation Index) y comparación con el período 1986-1989. Med Clin (Barc) 1997;109:481-96.
14. Subirana M, Solá I, García JM, Guillamet A, Paz E, Gich I, Urrutia G, Grupo de trabajo IMACE. Importancia de las bases de datos en la búsqueda bibliográfica: primer paso de una revisión sistemática. Enferm Clin 2002;12(6): 296- 300.
15. Ferran N, D'Alòs-Moner A. Del elefante a Internet: breve historia de las bases de datos y tendencias de futuro. El profesional de la información 2001; 10 (3): 3572.
16. Sobrido Prieto M, Sobrido Prieto N, González Guitián C, Pichel Guerrero MJ, García Sánchez MM, Prieto Díaz A. Revistas españolas de Enfermería en bases de datos nacionales e internacionales. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2005; 48-49. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49_articulo_74-77.php> Consultado el 29/10/2010.



J. R. JIMÉNEZ

La crisis y la calidad asistencial, a debate

Masiva asistencia a la Jornada provincial en el J.R. Jiménez

Huelva.- Redacción

Las Jornadas provinciales sobre calidad en el mundo sanitario fue el reclamo que, celebrado en el hospital Juan Ramón Jiménez, sirvió para hacer un repaso a la situación actual en medio de un contexto de crisis que, indefectiblemente, puede llegar a repercutir en la asistencia que recibe el paciente del sistema público. Las primeras autoridades de Salud en Huelva, junto al director-gerente del SAS José Luis Gutiérrez, comparecieron para realizar un análisis lo mas completo posible en torno al siempre trascendente capitulo de la mejora en la calidad que recibe el ciudadano.

Asistencia

Poco más de cinco horas duró la Jornada provincial de Calidad celebrada el pasado 25 de mayo bajo la organización de la Consejería de Salud. Como escenario, el salón de actos del hospital Juan Ramón Jiménez que registró un lleno de personal sanitario, destacando la presencia, casi masiva, de responsables de distintos Servicios y Unidades, tanto de médicos como de enfermería. La mesa inaugural contó con la presencia de la delegada de la consejería en Huelva, M^a José Rico; el director-gerente del SAS, José Luis Gutiérrez y el secretario general de Calidad y Modernización de la consejería, José Luis Rocha.

Mesas

Este encuentro sirvió para exponer, a través de dos mesas de trabajo, cuáles son las principales iniciativas de los dispositi-

vos existentes en la sanidad pública en la provincia tendentes a mejorar el servicio que se presta a la sociedad. Se habló, por ejemplo, del Plan de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) del área hospitalaria del J.R. Jiménez; del "Listado de versificación de seguridad al implante de un Marcapasos definitivo". De la "Utilización de las redes sociales en la consulta joven de un centro de atención primaria, concretamente el de Almonte pasando por la "Seguridad en medicamentos de alto riesgo en prescripción electrónica" así como del "Plan de intervención estructurada en pacientes polimedicados". La sesión concluyó con el responsable de Salud Pública de la delegación provincial, José Luis Gurucelain, quien trató sobre el "Desarrollo del II Plan de calidad en el área de salud pública".

Enfermería

La profesión de enfermería también tuvo un lugar y presencia concreta en el contexto de este foro a través del servicio provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (Epes) 061 al detallarse que entre las propuestas de avanzar en la calidad se debe contemplar el refuerzo a las competencias del personal de enfermería en el proceso de atención al paciente. Por parte de, prácticamente, todos los intervinientes quedó sentado que es necesario establecer unas "estrategias de seguridad clínica" para que el Sistema gire en torno al paciente y no al revés así como la necesidad de que exista una implicación generalizada en la calidad de la atención ofrecida a la población la cual ha de estar basada en "las mejores prácticas clínicas".

En definitiva se trata de llevar a cabo un trabajo que permita detectar cualquier posible error, desviación o efecto adverso desde el inicio de la cadena sanitaria, es decir cuando el paciente tiene el primer contacto con la sanidad pública hasta el completo desarrollo de los procesos sucesivos.

DOS AÑOS PARA LA ESPECIALIDAD SALUD MENTAL

Huelva. — Redacción

La especialidad de Enfermería en Salud Mental cuenta, desde hace unas fechas, con un nuevo programa formativo. En el Boletín Oficial del Estado (BOE) número 123, de fecha 24 de mayo 2011 se publicó una Orden (SPI/1356/2011 de 11 de mayo) por la que se "aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería en Salud Mental". Una de las principales novedades respecto a la configuración hasta ahora en vigor es que la especialidad pasa a tener dos cursos de formación, así como la señalización del itinerario que deberá observar el alumnado, tanto por la atención especializada como por los centros de salud de primaria.

La especialidad de Enfermería en Salud Mental dispone, desde el pasado 24/mayo 2011, de una nueva configuración legal en cuanto a su etapa formativa. El programa correspondiente se ha oficializado en las páginas del BOE (número 123, del 24/5/2011) por la que se constituyen las "reglas del juego" que van a imperar en esta disciplina especializada de la profesión que, en el tiempo de duración, se equipara, por ejemplo, a la especialidad de Ginecología y Obstetricia (Matrona). La Orden reguladora (SPI/1356/2011 de 11 de mayo) entró en vigor al día siguiente de ser publicada en el BOE y en ella se establecen un amplio contenido de apartados entre los cuales se anticipa que este programa docente será de aplicación a los residentes de Enfermería en Salud Mental a partir de la convocatoria de 2001 para el acceso en el 2012.

Insuficiente

La razón para que esta especialidad de enfermería pase, a partir de ahora, a tener dos años de duración académica la justificaba la Orden reguladora señalando que "en los últimos doce años, se ha venido desarrollando una especialidad de enfermería en Salud Mental acotada a un año que se considera insuficiente para alcanzar todos los retos de formación y capacitación que la enfermera especialista precisa para hacer frente a las demandas que se derivan de las circunstancias socio-políticas-sanitarias y culturales" producidas por los rápidos cambios experimentados en la sociedad. En el BOE se alude, de esta forma, a factores tales como los procesos de inmigraciones humanas, la superpoblación urbana y el abandono de las zonas rurales, los niveles elevados de estrés ambiental, laboral y personal que han determinado, entre otras consecuencias, el incremento de las enfermedades psicosomáticas, de trastornos emocionales, de conducta y diferentes tipos de adicciones.

En una de sus consideraciones programáticas, el Ministerio de Sanidad señala que "el ámbito de actuación de las enfermeras es-

pecialistas en Salud Mental abarca tanto a la atención hospitalaria, en régimen de hospitalización total o parcial, como la atención a la comunidad a través de los centros de Salud Mental especializados, centros de atención primaria, domicilios, instituciones sociales (escuelas, residencias, centros de acogida) y/o centros destinados a realizar actividades rehabilitadoras relacionadas con la Salud mental. Este marco de actuación de la enfermera especialista se desarrollará tanto en los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS) como en los centros privados debidamente autorizados.

La Orden igualmente contempla cómo la enfermera residente (Er) en la especialidad de Salud Mental contará con la figura del tutor el cual deberá ser un especialista en esta misma materia. Se utilizarán técnicas de enseñanza/aprendizaje tanto de carácter presencial como semi-presenciales, con una metodología docente que confiera prioridad al aprendizaje autónomo tutorizado y a la utilización de métodos creativos de aprendizaje que aseguren, —precisa—, la ponderación y la coordinación con la formación clínica, todo a través de un aprendizaje experimental y reflexivo basado en la práctica asistencial, en la evidencia científica contrastada tanto a nivel conceptual como a nivel empírico y en los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Cuando finalicen los dos cursos previstos de formación, la enfermera especialista en Salud Mental ha de ser competente para desarrollar sus funciones en los ámbitos asistenciales, docentes, de gestión y de investigación. Para lo cual deberá utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería en salud mental y de los principios éticos. Para lo cual, el Ministerio de Sanidad ha establecido cuál deberá ser el itinerario que los aspirantes han de cumplimentar.

Itinerario

Dicho itinerario está dividido en los dos años de que consta la especialidad. Así, en el primero deberá pasar por: Unidades de rehabilitación de larga estancia (2 meses), Unidades de hospitalización de agudos (6 meses) y Unidades especiales (adicciones, hospital de día, de Psicosis refractaria, de Patología dual, de Trastornos de la conducta alimentaria, de Trastornos psicosomáticos y otras Unidades específicas (3 meses). En el segundo año de formación, la enfermera(o) aspirante ha de pasar por Unidades de media estancia (4 meses), centros de salud mental comunitario (5 meses) y Programas o Servicios de salud mental infanto-juvenil (2 meses). Se contabilizará la duración del programa sin tener en cuenta los periodos vacacionales resultando un tiempo final efectivo de 22 meses.

¿ Conocen las cuidadoras informales los cuidados básicos y recursos disponibles para el paciente encamado ?

AUTORES

María del Rocío Calero Romero. Nº Colegiado: 4656

Laura Pérez Rodríguez. Nº Colegiado: 4665

Antonio Ángel Salvador Gómez. Nº Colegiado: 4585

RESUMEN

Objetivo: Conocer la información que tienen las cuidadoras informales acerca de los cuidados básicos y recursos disponibles existentes para el paciente encamado.

Diseño: Estudio cualitativo descriptivo con la utilización de un grupo focal.

Población de Estudio: 6 cuidadores pertenecientes a la Asociación de Mujeres del Polígono San Sebastián de Huelva para poder realizar el grupo focal.

Técnica de recogida de datos: La técnica que se utilizó fue el grupo focal, se elaboró un guión para seguir un orden en la recogida de información.

Análisis de los datos: La transcripción del grupo focal fue literal, registrando todo lo comentado en una grabadora.

Resultados: En cuanto si conocen la Ley de la dependencia y la cartera de servicios que ofrece, todas coinciden que si conocen la ley, pero sólo el servicio a domicilio como recurso. En lo que se refiere si han obtenido algún tipo de ayuda, todas coinciden excepto una, que

nunca han recibido nada, también todas afirman que conocen las consecuencias del estar encamado y que nunca han recibido información para el cuidado de este tipo de personas encamadas, por último todas opinan de la importancia de recibir información para poder cuidar a estos pacientes.

Conclusiones: Las cuidadoras informales desconocen la mayoría de cuidados necesarios e imprescindibles que deberían aplicarse diariamente a un paciente encamado, realmente no conocen la Ley de la dependencia como recurso disponible para el cuidado de este tipo de pacientes así como para ellas, la información que tienen al respecto es incompleta.

Palabras Claves: Paciente encamado, cuidados, cuidador, Ley de la *Promoción de la Autonomía Personal*.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas, las poblaciones de los países desarrollados vienen experimentando un proceso de envejecimiento demográfico sin prece-

dentos. En España, el porcentaje representado por los mayores de 65 años sobre la población total prácticamente se ha duplicado en poco más de dos décadas, pasando del 11% en 1981 a casi el 18% en la actualidad.

No obstante, a pesar del logro social que supone este aumento en la esperanza de vida de las personas, el proceso de envejecimiento poblacional y la intensificación de éste que se prevé para los próximos años plantean retos importantes de carácter económico y social.¹

Recientemente, la cuestión de la atención a la dependencia ha ido abriendo paso a un debate en torno a las consecuencias del envejecimiento demográfico en las políticas sociales.

Las personas dependientes, según la definición propuesta por el Consejo de Europa hace algunos años, son todas aquellas que necesitan la ayuda de otros para realizar ciertas actividades relacionadas tanto con el cuidado personal (comer, vestirse, bañarse, etc.) como con el mantenimiento del entorno (cocinar, limpiar la casa, comprar, etc.). El padecimiento de enfermedades cróni-

cas, así como el deterioro físico y psíquico que acompaña en algunas ocasiones al proceso de envejecimiento, son los dos factores fundamentales que explican los problemas de dependencia entre la población anciana.¹

Según la encuesta nacional de salud del 2006 el 49,73% de la población mayor de 65 años es dependiente para su cuidado personal, realizar las labores domésticas, para moverse o para más de una de estas actividades. Esto quiere decir que el 49,73% necesitan al menos una persona para realizar las más elementales (e imprescindibles) actividades de la vida diaria. Las encuestas revelan que la mayoría de las personas mayores dependientes suelen preferir seguir viviendo en sus hogares y que sea un familiar próximo quien les proporcione la ayuda que necesitan. Asimismo dentro de ese porcentaje se encuentran los pacientes encamados, es un grupo que demanda muchos cuidados y donde el cuidador se encuentra ante más dificultades.¹⁻³

Tampoco podemos obviar el hecho de que no solo las personas dependientes son aquellas que por el paso del tiempo han perdido su autonomía. No queremos olvidarnos de aquellas personas que nacen con alguna enfermedad, ya sea degenerativa o no, que produce en ellas algún tipo de dependencia desde su nacimiento, llegando a ser en algunos casos personas encamadas nada más nacer.

Además de las causas genéticas y naturales existe una causa que ha ido en aumento progresivo en los últimos años, se trata de la siniestralidad, ya sea por accidente de tráfico o laboral, es también una causa importante a destacar como fuente y origen de discapacidades que generan en los individuos cierto grado de dependencia, incluso llegando a estar encamado.

La mayor responsabilidad del cuidado acostumbra a recaer sobre uno de sus miembros, denominado cuidador principal, cuidador familiar, cuidador informal

o cuidador crucial y en un elevado porcentaje este cuidador principal es una mujer (esposa, hija o nuera). Este tipo de cuidados se le denomina cuidado informal.⁴

El concepto de cuidado informal ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque (a) es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y (b) se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración.⁵

Cómo se ha mencionado antes, los cuidados informales recaen casi por entero en las mujeres de la unidad familiar, lo que quiere decir que deben sacrificar



su situación laboral en post de cuidar a su familiar. Con el paso del tiempo la mujer se ha ido abriendo paso en el mercado laboral aumentando significativamente la tasa de empleo en éstas y reduciendo el tiempo disponible para dedicarse a cuidar a los enfermos, tiempo que se agrava cuando la persona a cuidar se encuentra encamada.

Este aumento de la morbilidad e incorporación de la mujer al mercado laboral hacen que en España comience a fallar el sistema informal de cuidados con lo que se plantea crear una herramienta que sirva para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes o encamadas que se plasma en el 2006 con la aparición de la LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.⁶

Se configura así el cuarto pilar del Estado del Bienestar, junto con la atención sanitaria, la educación y las pensiones. Se crea el Sistema Nacional de Dependencia.⁴

Por ello tras 5 años de la implantación de la ley de la dependencia tenemos como objetivo en este estudio conocer la información que tienen los cuidadores informales acerca de los cuidados básicos y de los recursos disponibles que necesita el paciente encamado.

Partiendo de este objetivo hemos detectado como profesionales de enfermería, la necesidad de dar apoyo a las cuidadoras informales con respecto a la formación que deben tener para cuidar a este tipo de pacientes.

En la actualidad dicha Ley cuenta con una gran cartera de servicios (servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias, centros de día, subvenciones para acomodar el hogar a las necesidades, así como la posibilidad de contar con un cuidador informal, familiar o persona sustitutiva que en ambos casos se les considerará una labor remunerada) así como con unos profesionales de enfermería cualificados para hacer frente a esta situación, con el fin de que las personas con algún grado de dependencia puedan vivir en sus hogares con calidad de vida.

La enfermería es la profesión de los cuidados, por excelencia, también esta ley es una oportunidad más para ofrecer nuestro servicio a la sociedad. Debemos estar presentes en la formación, capacitación y acreditación de los cuidadores y ser un apoyo constante para éstos, en las situaciones de agravamiento del proceso⁴, y juntos lograr el objetivo principal de la ley, “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” se centra en igualdad y equidad. Con este propósito se conseguirá que las personas que por

su situación económica o familiar no puedan ser atendidas por familiares directos o en su hogar, puedan optar por cuidadores o centros tanto de día como residenciales para poder tener sus necesidades cubiertas.⁶

La ley conseguirá concienciar tanto a los profesionales sanitarios como a los familiares de que los cuidados es función de todos y que todos somos iguales.

MATERIAL Y MÉTODOS

El abordaje de este estudio se realizó siguiendo una metodología cualitativa, usando una técnica de grupo focal, por ser fácil de usar, aportar información rápida, permitir la interacción del grupo, así como estimular la generación de ideas de forma simultánea.

El ámbito de estudio fue la Asociación de mujeres del Polígono San Sebastián de Huelva.

La población estudiada fueron 6 cuidadoras seleccionadas de dicha asociación, con las que se realizó la técnica de grupo focal y cuyo criterio de inclusión fue, ser cuidadora informal en la actualidad de algún paciente dependiente, por lo que nos quedó una población total de 6 participantes.

Posteriormente se les explicó al grupo de cuidadoras el fin del estudio y si aceptaban a participar, al no negarse ninguna se realizó la técnica de grupo focal. Se realizó una sesión de unos 20 minutos aproximadamente.

En la sala que se les citó había una mesa central donde se las asignó un sillón a cada una, en ella había un modelador del grupo y un anotador para anotar todo aquello que resaltaba. Tras explicar en profundidad la finalidad del estudio y pedir permiso, se comenzó a grabar, siguiendo el guión elaborado para dicha sesión, a continuación se mostrará:

1. ¿Conoce la ley de la dependencia y la cartera de servicios que ofrece?
2. ¿Está obteniendo o ha obtenido algún tipo de ayuda con la Ley de la Dependencia?
3. ¿Conoce las consecuencias que puede tener el paciente por el hecho de estar encamado?

4. ¿Ha recibido alguna noción de cuidados para atender a su familiar?

5. ¿Piensa que es importante recibir información a cerca de los cuidados que debe prestar a su familiar?

Para el análisis de los datos se realizó una transcripción literal de los resultados, en un primer lugar se hizo una lectura generalizada de la sesión para resumir la información.

RESULTADOS

Se recogieron opiniones de un total de 6 cuidadoras pertenecientes a la Asociación de mujeres del polígono San Sebastián.

En cuanto a si conocen la Ley y cartera de servicios las cuidadoras todas coinciden que si conocen la ley de la dependencia, pero sólo conocen el Servicio de Ayuda a Domicilio: "Conozco la ley de la dependencia, es la que da la ayuda en los domicilios", "Es la que da el ayuntamiento para que las personas mayores se puedan cuidar en sus casas", "Sí, la ley que salió hace unos años para cuidar a las personas discapacitadas", "si la conozco, es la que ofrece ayuda a las personas con problemas", "a Ley que dio la Junta hace unos años para ayudar en el domicilio a las personas que necesitan cuidados", "la que dan para cuidados en el domicilio de las personas mayores".

En lo que se refiere si han obtenido algún tipo de ayuda a través de la Ley, todas coinciden excepto una que no han tenido beneficio ninguno de la Ley: "A mí no me han dado nada, me lo costeo yo", "mi marido es dependiente y yo sigo trabajando, no se me ha ocurrido pedir nada", "no me han dado nada, vamos tirando como podemos" "he solicitado una asistenta porque yo no veo mucho, y todavía estoy esperando la valoración esa que te hacen", "no me han dado nada, me gustaría que me informaras", "Hace unos días me aprobaron una asistenta porque yo ya no puedo manejarlo con mi marido, soy muy mayor".

En lo que se refiere si conocen las consecuencias que tiene el estar encamado, todas coinciden en que sí las co-

nocen: "la persona se pica", "las personas si no se mueven de la cama, le salen unas heridas, de la presión del colchón", "si, mi marido está con escaras, viene la enfermera a diario a casa a curarle", "las úlceras que le salen en la piel de rozarse con el colchón tanto tiempo", "la piel se pone muy seca, mi madre tiene unas heridas detrás y en los talones, horribosas", "la piel se estropea mucho y no tienen movilidad ninguna, pierden toda la masa muscular".

En lo que se refiere si han recibido información para el cuidado del paciente encamado, todas comunican que nunca recibieron información: "no, los cuidados no se enseñan, todo es práctica, "no, la verdad que en el centro de salud no me han explicado nada, las cosas



que le tienen que hacer viene la enfermera a casa", "una actúa por intuición y porque pregunto a la enfermera cuando viene", "pues no me han enseñado nada, aunque después de la familia que ha pasado por mis cuidados, se aprende quieras o no", "nunca, seguramente estamos haciendo cosas mal", "todas tienen razón, necesitaríamos que alguien, nos indicara cómo hacer las cosas, por el bien de la persona enferma y también para nosotras como cuidadoras".

En lo que se refiere a la última pregunta, todas coinciden que es importante recibir información para saber cuidar a las personas encamadas: "claro que es importante, quien mejor que un profesional que se dedica a eso, nos indique como cuidar", "si, pienso que es importante recibir algunos consejos, como bien se ha dicho por la persona y por nosotros", "es muy importante recibir información sobre el cuidado, estamos

tratando con personas... y si hacemos algo mal...", "pienso que sí, que antes de cuidar a un paciente encamado, habría que recibir información para hacer las cosas bien", "importante, claro que es, para hacer las cosas bien", "estoy de acuerdo con todo lo que han dicho".

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio están referidos a conocer la información que tienen las cuidadoras informales acerca de los cuidados básicos y recursos disponibles existentes para el paciente encamado.

En la revisión bibliográfica consultada no se ha encontrado ningún estudio referente a ello.

De los resultados destaca que con lo que respecta a si las cuidadoras conocen la Ley de la dependencia y la cartera de servicios que ofrece, todas las cuidadoras la conocen o al menos le suena de algo, aunque el único servicio que nombran es el servicio de ayuda a domicilio. No todas han recibido ayuda derivada de dicha Ley, concretamente sólo una, aunque otra estaba pendiente de la valoración. Todas las cuidadoras afirman conocer las consecuencias de estar encamado, mayoritariamente nombran el estado de la piel y alguna de ellas la pérdida de musculatura, pero desconocen el resto de cuidados.

En el resto de las preguntas que se trataron, todas las cuidadoras coinciden en que nunca han recibido información en cómo cuidar a los pacientes encamados, ni siquiera unas reglas básicas, así como están de acuerdo en que es importante recibir información y que es imprescindible para el cuidado de estas personas.

Durante la realización del estudio, nos encontramos con una serie de limitaciones:

La dirección y ejecución del grupo focal fue llevada a cabo por los autores del estudio. Aún así pensamos que no ha interferido en la respuestas ya que el tema tratado no tenía nada que ver con comentarios personales hacia los autores del estudio, la temática era un tema muy generalizado con respecto a la influencia de enfermería.

CONCLUSIONES

Las cuidadoras informales desconocen la mayoría de cuidados necesarios e imprescindibles que deberían aplicarse diariamente a un paciente encamado, identifican como cuidado principal el de la piel para evitar o prevenir las úlceras, dejando atrás otros muchos, igualmente tan importante como es la alimentación, la higiene, los cambios posturales, realmente no conocen la Ley de la dependencia como recurso disponible para el cuidado de este tipo de pacientes así como para ellas. La Ley les suena, pero no saben cómo solicitarla, dónde hacerlo, sólo conocen el servicio de ayuda a domicilio, desconocen los otros muchos servicios que se ofertan a través de dicha Ley.

Desde este grupo nos hemos comprometido en ofertar a través del colegio de Enfermería mediante el Proyecto Educa un Taller de orientación a cuidadoras informales para mostrar toda la información referente a los cuidados que deberían aplicarse a un paciente encamado, así como todos los recursos que nos pone a disposición la Ley de la dependencia para que estas cuidadoras puedan prestar unos cuidados orientados ante todo a encontrar el bienestar del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar a las mujeres de la Asociación del Polígono San Sebastián, el tiempo dedicado para la realización del grupo focal. Por otro lado queremos agradecer al Colegio Oficial del Enfermería de Huelva, el interés por la formación de este grupo de trabajo, demostrando gran apoyo y ayuda incondicional, así como a la Concejalía del Mayor del Ayuntamiento de Huelva, como mediador, para facilitarnos el acceso a este grupo y poder pilotar el Proyecto Educa con una sola finalidad: Hacer partícipe a los ciudadanos de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. *David Casado Marín et al. La atención a la dependencia en España. Gaceta Sanitaria Vol. 20 núm. Supl.1. ISSN: 0213-9111.*
2. *Encuesta nacional de Salud 2006. Instituto nacional de estadística.*
3. *Modesta Salazar Agulló et al. Las enfermeras y la ley de dependencia en España. Index Enferm. v. 15 n. 52-53. Granada primavera/verano 2006. ISSN 1132-1296.*
4. *Roca Roger, M; Úbeda Bonet, I; Fuentelsaz Gallego, C; López Pisa, R; Pont Ribas, A; García Viñets, L; Pedreny Oriol, R. et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten. Primaria. 2000; 26:53-67. Vol. 26 núm 04. ISSN 0212-6567.*
5. *Jesús Rogero-García, et al. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev. Esp. Salud Pública vol. 83 nº. 3. Madrid May/June 2009 ISSN 1135-5727.*
6. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 299 de 15/12/2006 Sec 1. Pág. 44.142 a 44.156.*

Dolor y Fitoterapia en la prescripción enfermera

AUTORES

Antonio R. Romero Márquez. Enfermero (Colg. n° 2355)

Isabel Fernández Hermoso. Enfermera (Colg. n° 1977)

Pocas situaciones de la vida experimentadas por el ser humano, son tan antiguas y tan universales como la sensación de dolor. En todas las culturas y en todos los tiempos el padecimiento del dolor ha sido una constante.

Durante toda la existencia del ser humano se ha fracasado a la hora de englobar en una sola definición, la enorme complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta el dolor.

Todos sabemos perfectamente a qué nos referimos cuando hablamos de qué es el dolor y sin embargo el significado no es igual para ninguno de nosotros.

Se han propuesto gran número de definiciones del dolor lo cual refleja la enorme dificultad para encontrar una definición exacta.

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) que define el dolor como: «*es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño*».

El dolor es subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele.

La definición de la IASP destaca que el dolor está asociado a daño tisular o que se describe como producido por éste, pero evita decir claramente que el dolor esté producido por él mismo. Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasione, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica.

Algunas otras definiciones propuestas por la IASP para promover un lenguaje común y estandarizado en-

tre los distintos profesionales sanitarios que trabajan en el dolor y con pacientes que presentan dolor, y que puede ser útil presentar en este artículo, en un intento de evitar confusiones y repeticiones son, entre otras muchas:

- **Alodinia:** Dolor secundario a un estímulo que normalmente no desencadena dolor. La definición implica un cambio cualitativo en la sensación para diferenciarlo de una hiperestesia.
- **Causalgia:** Síndrome caracterizado por dolor quemante sostenido, alodinia o hiperpatia que aparece luego de una lesión traumática de un nervio, síntomas frecuentemente acompañados de alteración de la función vaso y neuromotoras y eventualmente cambios tróficos en la piel, fanéras y músculos.
- **Disestesia:** Sensación anormal, desagradable, espontánea o provocada.
- **Hiperestesia:** Aumento de la sensibilidad al estímulo.
- **Hiperalgnesia:** Respuesta aumentada a un estímulo que normalmente provoca dolor. Es un caso especial de hiperestesia.
- **Hiperpatia:** Síndrome doloroso con aumento de la reacción al estímulo, especialmente uno repetitivo, y un aumento del umbral. Usualmente hay una alteración en la localización e identificación del estímulo.
- **Parestesia:** Sensación anormal, espontánea o provocada, pero que no es considerada desagradable, para diferenciarla de una disestesia, siendo esta última una forma especial de parestesia.
- **Dolor central:** Asociado con lesiones del SNC.
- **Dolor por desaferenciación:** Secundario a la pérdida de estimulación sensorial del Sistema Nervioso Central (SNC) desde el Sistema Nervioso Periférico.

La IASP establece una clasificación práctica basada en el origen, evolución y mecanismos. El dolor puede ser agudo o crónico, neoplásico y no neoplásico. Esta división tiene importantes implicaciones en torno a la

etiología, mecanismos, fisiopatología, sintomatología y función biológica. Sin embargo, quizás de mayor importancia es la repercusión en el diagnóstico y la posterior pauta terapéutica.

Origen	Evolución	Mecanismos
		Somático o nociceptivo
	Agudo	
Oncológico		
		Neuropático
No Oncológico		
	Crónico	
		Psicógeno
Las distintas categorías no son excluyentes.		

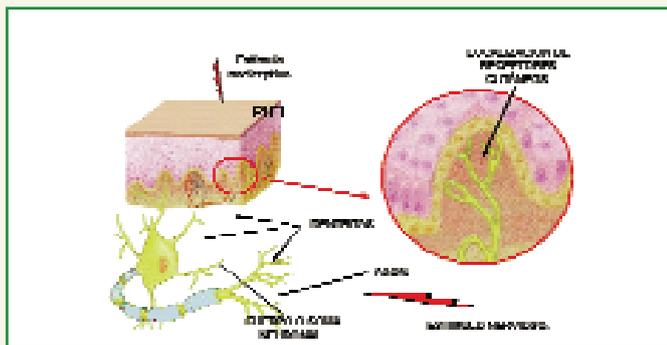
NEUROFISIOLOGÍA DEL DOLOR

□ TRANSDUCCIÓN

Las fibras nociceptoras presentes en los tejidos periféricos son las encargadas de iniciar el dolor fisiológico, fibras que se encuentran activadas, exclusivamente por estímulos nociceptivos.

El inicio de la nocicepción da lugar también al reflejo de retirada del foco que produce la injuria tisular, y a la respuesta autónoma, neurohumoral y emocional que van íntimamente unidas a la sensación álgica.

La transducción comienza, por tanto en el nociceptor, y básicamente consiste en la transformación del estímulo químico que activa el nociceptor a una respuesta eléctrica que origina el impulso nervioso que va a dar lugar a la fase de transmisión.



□ TRANSMISIÓN

– A NIVEL DE LA MÉDULA ESPINAL.

Las fibras nerviosas aferentes pertenecientes a los receptores cutáneos ingresan en la médula espinal a nivel del tracto de Lissauer, introduciéndose en las láminas del asta posterior de la médula espinal, terminando su recorrido en la sustancia gris de la médula.

– A NIVEL DE LAS VÍAS ESPINALES ASCENDENTES.

La más importante de estas vías de transmisión, desde la médula espinal hasta las estructuras cerebrales, es la vía espinotalámica.

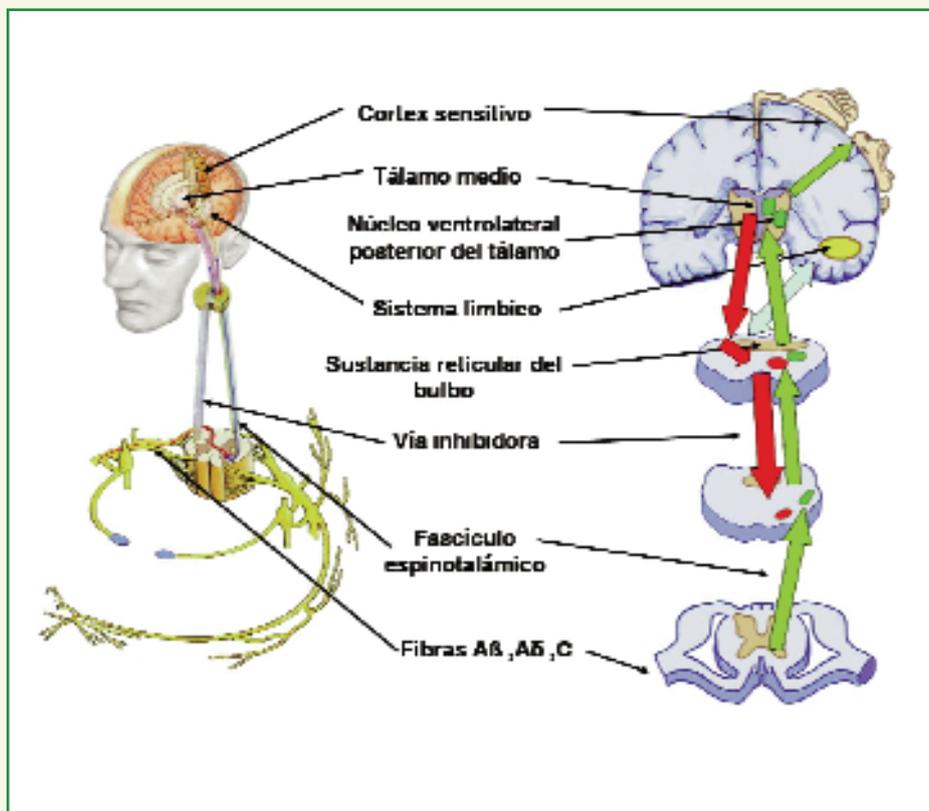
La vía espinotalámica y la trigeminotalámica ocupan el 90% de las vías implicadas en la transmisión nociceptivas, resultando de vital importancia en la transmisión del dolor.

– A NIVEL DEL TÁLAMO.

El tálamo es la segunda estación en la transmisión de la sensación de dolor. En 1911 Head y Holmes describieron el papel fundamental del tálamo en la transmisión de la información nociceptiva al relacionarlo en el dolor talámico central o síndrome de Dejerine–Roussy.

- A NIVEL DE LA CORTEZA CEREBRAL. A nivel cortical se encuentran directamente implicadas las regiones pertenecientes a la corteza so-

matosensorial primaria (S1), la somatosensorial secundaria (S2), la ínsula y la corteza cingular anterior.



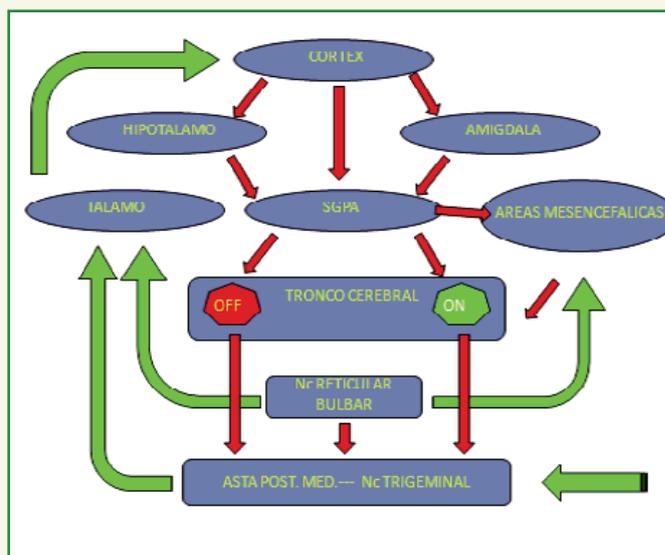
MODULACIÓN

El dolor puede iniciarse por la activación de los receptores periféricos, bien dañados directamente o estimulados por procesos inflamatorios, isquémicos o infecciosos que producen la liberación de mediadores químicos que inician el proceso de transducción. La relación entre estímulo lesivo y su manifestación algica dependerá de multitud de factores, desde puramente bioquímicos y fisiológicos, hasta psicológicos, y por tanto dependientes de la experiencia vivida por cada individuo en particular.

El estímulo nocivo activa un control inhibitorio de carácter descendente general. De este modo un estímulo nocivo puede ser eliminado por otro estímulo lesivo en una parte diferente y alejada del cuerpo. Es decir, un dolor en un dedo de la mano puede ser inhibido por otro dolor (de igual o menor intensidad) en un dedo del pie, según demostraron Basbaum y Fields.

En general un estímulo lesivo, activa múltiples respuestas en el Sistema Nervioso Central, en unos casos esta respuesta será antinociceptiva, mientras que en

otros favorecerá la transmisión del dolor. Que lo haga de una manera u otra dependerá de la intensidad del estímulo, de su localización, de la duración y frecuencia del mismo y del estado psicológico del individuo.



PERCEPCIÓN

La percepción del dolor es el proceso final en el que la experiencia subjetiva y emocional del sujeto interactúan con la información nociceptiva para producir una respuesta individual y única para cada persona.

LA INFLAMACIÓN:

A nivel periférico, cuando se produce una injuria tisular se produce la secreción por parte de las terminaciones nerviosas de sustancia P, además de una liberación endógena de mediadores de la inflamación como histamina, leucotrienos, prostaglandinas, tromboxanos, y citocinas que incrementan la permeabilidad vascular y suprarregulan a los nociceptores.

Las prostaglandinas son las principales precursoras del dolor por inflamación, estando su síntesis mediada por el ácido araquidónico, pieza clave en los procesos inflamatorios, tanto agudos como crónicos.

Las prostaglandinas se producen tras la oxidación secuencial de ácido araquidónico, ácido dihomo- γ -linolénico (DGLA) o ácido eicosapentaenoico (EPA) mediante ciclooxigenasas (COX-1 y COX-2) y las prostaglandinas sintasas terminales.

La COX-1 es responsable de los niveles base de prostaglandinas.

La COX-2 produce prostaglandinas a través de estimulación. Existe una COX-3 a nivel del SNC que parece ser responsable de la capacidad analgésica del paracetamol.

La acción de los antiinflamatorios no esteroideos viene determinada por la inhibición en la síntesis de prostaglandinas.

No debemos olvidar que si las ciclooxigenasas bloquean la producción de prostaglandinas, el exceso de ácido araquidónico se utilizará para la producción de leucotrienos, un potente proinflamatorio y mediador de reacciones inmunes.

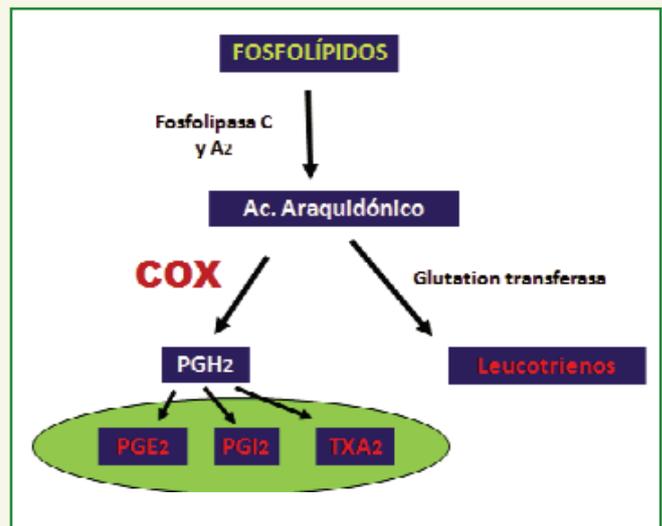
La falta de tratamientos farmacológicos eficaces y/o la consecución de los efectos secundarios que éstos suelen acarrear han convertido a las plantas medicinales en una buena alternativa en el control de estas dolencias como coadyuvantes a los tratamientos ortodoxos, pues ayudan a frenar el proceso inflamatorio y degenerativo del cartílago y controlar el dolor del paciente, con una menor incidencia de efectos adversos.

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Con la modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE núm. 315, de 31-12-2009), los enfermeros podemos indicar, usar y autorizar, de forma autónoma, todos aquellos medicamentos no su-

jetos a prescripción médica y productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Nos vemos amparados por la normativa para prescribir todo este compendio de sustancias farmacológicamente activas en el transcurso de nuestro proceder asistencial, ya que la mayoría de ellos ni tan siquiera están catalogados como medicamentos y los que lo están no necesitan receta médica.

A continuación se describen, de forma resumida, aquellas plantas cuyas propiedades farmacológicas las situarían en el tratamiento del dolor.



HARPAGOFITO

El harpagofito es originario del sur de África, del desierto del Kalahari, (donde era empleado tradicionalmente para el tratamiento de problemas gastrointestinales), el *harpagophytum procumbens* es una planta herbácea vivaz con hojas opuestas y grandes flores tubulosas de color rojo violeta persistente. El fruto es una cápsula leñosa provista de espinas terminadas en una corona de ganchos acerados que le han dado el nombre popular de "garras del diablo", ganchos o garfios.

Es la planta medicinal más eficaz en el tratamiento de los procesos reumáticos e inflamatorios.

Se ha comprobado que sus beneficiosos efectos sobre la salud se deben a la actividad conjunta de sus principios activos, principalmente los iridoides (como el harpagósido) que tienen una acción periférica (respuestas musculares sensitivas y vasculares) más que a una acción analgésica central, hecho que le convierte en especialmente activo en pacientes de edad avanzada.

Según los resultados de los ensayos, los principios activos de esta raíz son capaces de inhibir la producción de diversas citoquinas que intervienen en la inflamación (como la IL1- β , TNF α). Además, reducen

la síntesis de PGE2 y de óxido nítrico al inhibir la expresión de enzimas como el COX-2.

Efectos indeseables y contraindicaciones. Aunque los preparados con harpagofito son bien tolerados, hay que tener precaución o no deben ser utilizados en caso de pacientes con gastritis, úlceras gastroduodenales, colon irritable u obstrucción de las vías biliares. Tampoco en embarazo por su acción oxitócica, por lo que puede ser considerado como un discretísimo abortivo. Por último señalar que produce un efecto ligeramente laxante.

Su utilización puede ser tópica, aplicado sobre la zona inflamada o por vía interna.

Posología y método de administración

Se usa la droga pulverizada, infusiones o maceraciones, extracto fluido o seco, tinturas. Las dosis diarias recomendadas para el tratamiento de los dolores articulares son:

- Droga pulverizada: 4.5 g/24 horas.
- Infusión: 4.5 g/300 ml. Tomar 100 ml/8 horas.
- Extracto fluido, 1:1 (g/ml): 1.5 ml/8 horas.

ÁRNICA MONTANA

Esta es una planta que crece principalmente en Europa, el sur de Rusia y Asia central. Sus flores amarillas brillantes contienen numerosas sustancias antiinflamatorias, y analgésicas. Esta planta ha probado ser efectiva en casos de golpes, contusiones y dislocaciones, dolores reumáticos, e inflamación de la piel. Antiguamente se utilizaba internamente en casos de catarro común, bronquitis, tos y dolor de garganta. Sin embargo, aunque posee propiedades que la hacen efectiva en estos casos, su uso interno presenta riesgos de arritmia cardíaca, fuerte irritación del tracto digestivo y toxicidad en el sistema nervioso. Por esta razón en la actualidad sólo se recomienda su uso externo.

El Árnica provoca un incremento en el flujo sanguíneo al área en que se aplica. Su uso inmediatamente después de haber sufrido un golpe o contusión ayuda a evitar la aparición de hematomas.

La acción farmacológica, del árnica se basa en sus efectos antiinflamatorios, analgésicos, cicatrizantes, antisépticos, antimicrobianos (frente a gram positivos y negativos) antifúngicos, antihistamínicos. Cardiotónicos, analépticos cardiorrespiratorio hipolipemiantes, antiagregante plaquetario. Colagogos, ligeramente sedante, espasmolíticos.

Evitar su prescripción por vía interna: Es una planta muy tóxica. Dosis elevadas pueden producir alteraciones nerviosas: alucinaciones, vértigos; problemas digestivos, disnea y fallo cardíaco (la helenalina tiene un efecto inotrópico por acción simpaticomimética indirecta).

En caso de prescripción por vía interna, usar el árnica en solución homeopática.

CARTÍLAGO DE TIBURÓN

El cartílago de tiburón evidentemente posee particulares características estructurales que le diferencian del cartílago de los vertebrados superiores y el hombre. Han sido sometidas a estudio y comprobadas las acciones analgésica e inhibidora de la angiogénesis. Es un eficaz antiinflamatorio utilizado para mejorar los procesos articulares y un potente inmunoestimulante. Además, contribuye a aumentar la viscosidad del líquido sinovial, mejorando así la agilidad y la flexibilidad de las articulaciones. La glucosamina: es una precursora de los proteoglicanos, sustancia fundamental del cartílago articular. La mayoría de suplementos dietéticos destinados a combatir los trastornos articulares se centran en la riqueza en glucosamina de sus ingredientes (el extracto de molusco verde, el krill y el cartílago de tiburón son muy ricos en glucosamina). Entre otro de sus componentes, uno de los más importantes es el sulfato de condroitina. El sulfato de condroitina es un elemento clave en la protección de las articulaciones que también está presente en el cartílago humano, además de glucosamina. Cuando alguna de estas sustancias no se encuentra en la cantidad necesaria, el líquido sinovial pierde su viscosidad normal y deja de proteger las articulaciones.

En los últimos años ha sido demostrado que los glucosaminoglucanos del cartílago de tiburón muestran una actividad moduladora del crecimiento y desarrollo de neuronas en cultivo de tejidos. Otras acciones biológicas investigadas fueron: acción antiinflamatoria, antimutagénica, activadora de la respuesta inmunológica y antilipemiente. Se reconoce a Cuba entre los primeros en su uso en la terapia complementaria del cáncer avanzado refractario. No obstante, resulta necesario que su empleo con finalidades terapéuticas se fundamente con ensayos clínicos, que no han resultado concluyentes hasta el momento.

Como antiinflamatorio y analgésico, estudios demuestran que el cartílago de tiburón posee un efecto antiinflamatorio débil, en tanto que como analgésico es muy potente. En un grupo experimental inyectaron intraperitonealmente naloxona (antagonista del sistema opioide) en dosis de 2 mg/kg y no produjo bloqueo del efecto analgésico, lo que se interpretó como evidencia de que la acción analgésica no actúa en la fase neurogénica del dolor, sino en la fase de liberación local de mediadores como histamina, serotonina, prostaglandinas y bradiquinina. En investigaciones ulteriores, el emplear similares modelos experimentales, confirmaron el efecto antinociceptivo, dependiente de la dosis del cartílago de tiburón. El efecto analgésico no fue modificado por la talidomida (inhibidor de la síntesis de factor alfa de necrosis tumoral), ni por la naloxona. Sin embargo, el efecto fue bloqueado por la L-arginina (sustrato de la síntesis de óxido nítrico), lo que consideran una evidencia de acción en el sistema del óxido nítrico del cartílago de tiburón.

ARÁNDANO NEGRO

Pequeño arbusto de hoja caduca, dentada, alterna y oval, de color verde claro-amarillento y roja en otoño, con ramas leñosas y oscuras.

Los frutos son antiinflamatorios, antihemorrágicos, astringentes (antidiarréicos y hemostáticos locales), anti-sépticos y con acción vitamínica P (mejoran la microcirculación, aumentan la resistencia y controlan la permeabilidad capilar) que contribuye a la regeneración de la capa vascular de la retina y aumenta la agudeza visual.

Los antocianósidos inhiben la histamina y las prostaglandinas inflamatorias, los leucotrienos y las enzimas. Poseen un valor adicional ya que previenen que las fibras de colágeno sean dañadas por la secreción de enzimas durante la inflamación, y por consiguiente protegen al tejido conjuntivo.

ORTIGA (*URTICA DIOICA*)

La inflamación y la sensibilidad al dolor son el resultado combinado de numerosas moléculas que actúan en cascada. Una de las sustancias que actúa al inicio de la cascada inflamatoria es el FN-KappaB (FN-KB), que causa la liberación de las moléculas proinflamato-

rias IL-1, IL-2, IL-6, IL-8 y FNT-a (factor de necrosis tumoral alfa). En la artritis, los niveles de FN-KB se incrementan provocando en consecuencia una sobreproducción de estas moléculas. También se ha comprobado *in vitro* que la ortiga inhibe a la 5-lipooxigenasa, inhibiendo la síntesis de leucotrienos.

El extracto de hojas de ortiga inhibe significativamente el incremento del FN-KappaB y otra segunda molécula que también está involucrada en el proceso inflamatorio, el AP-1, en las líneas celulares humanas. Asimismo, la ortiga inhibe el FNT-a (un 50,8%) y el IL-1b (el 100%).

Como conclusión, podemos afirmar, sin lugar a dudas, que la farmacopea fitoterápica en el tratamiento del dolor agudo y crónico es mucho más amplia, pero un estudio más detallado de todas ellas supera el objetivo de este artículo.

Sin embargo, es necesario destacar que para el tratamiento del dolor crónico, los Enfermeros disponemos de otra arma terapéutica, igualmente eficaz, sino más aún, la dieta. Una dieta correcta no solo en micronutrientes sino también en fitonutrientes es clave para mantener a raya el dolor crónico, de forma mucho más eficaz que la administración de fármacos AINEs.

BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA FONT L. "Dolor postoperatorio" 1996. Sanofi Winthrop.
- ALIAGA L. "Tratamiento del dolor, teoría y práctica". Editorial PERMANYER, página 125. Edición: 1998.
- ANTONIO R. ROMERO MÁRQUEZ, ISABEL FERNÁNDEZ HERMOSO. Manual de cirugía menor en atención primaria. Capítulo: El dolor. Editorial ECU. 2011. Alicante.
- CARRASCOSA FERNÁNDEZ A.J., MARTÍNEZ TORRENTE F. "Guía sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio". 2007. Ergón.
- CÀTEDRA EXTRAORDINARIA DEL DOLOR. "Fundación GRÜNENTHAL". Universidad de Salamanca. "Farmacoterapia para el control del dolor: pautas de uso". Reunión de expertos.
- LÓPEZ ÁLVAREZ et al. Tratamiento del dolor en cirugía mayor ambulatoria. Cir. May. Amb. 2003. Vol 8 (3): 131-139 Guías del Tratamiento del Dolor en Cirugía Mayor Ambulatoria. Recomendaciones de la ASECMA. 2001.
- LÓPEZ-ÁLVAREZ S, BONOME C, GONZÁLEZ-NISARRE J. Comparación de dos pautas analgésicas para el tratamiento del dolor postoperatorio tras reconstrucción de los ligamentos de la rodilla en programas de cirugía mayor ambulatoria. Rev. Soc. Esp. del Dolor 2002; 7: 402-10.
- MAKIN AJ, WENDON J, WILLIAMS R. A 7-year experience of severe acetaminophen-induced hepatotoxicity (1987-1993). Gastroenterology 1995;109:1907-16.
- MUÑOZ F, SALMERÓN J, SANTAGO J, MARCOTE C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor 8 (201); 3: 194-211.
- ANTONIO R. ROMERO MÁRQUEZ, JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ TEMPRANO, ISABEL FERNÁNDEZ HERMOSO, JUAN CARLOS VÁZQUEZ GUERRERO. Manual de cirugía menor en atención primaria. Editorial Ergón. 2008. Madrid.
- MUÑOZ JM, CRIADO A, VALENTÍN B, GARCÍA J. Diseño de un plan de formación para la puesta en marcha de una unidad de dolor agudo. Rev. Soc. Esp. Dolor 2002; 9: 37-40.
- FERNAND-ESPINOSA I, NIETO-SAMPEDRO M, BOVOLENTA P. Differential effects of glycosaminoglucans on neurite outgrowth from hippocampal and thalamic neurones. J Cell Sci 1994;107(Pt6):1437-48.
- FONTENELE JB, VIANA GSB, XAVIER-FILHO J, DE ALENCAR JW. Anti-inflammatory and analgesic activity of a water-soluble fraction from shark cartilage. Braz J Med boil Res 1996;29:643-6.
- FONTENELE JB, ARAUJO GB, ALENCAR JW, VIANA GS. The analgesic and anti-inflammatory effects of shark cartilage are due to a peptide molecule and are nitric oxide (NO) system dependent. Biol Pharm Bull 1997;20(11):1151-4.
- P. FONT QUER. Plantas Medicinales. El Dioscórides renovado, Labor, Barcelona, 1995.
- Fitoterapia. Vademécum de Prescripción, Masson, Barcelona, 1998.
- JORGE D. PAMPLONA ROGER, SAFELIZ. Enciclopedia de las Plantas Medicinales. Madrid, 1998.
- JOSEP LLUÍS BERDONCES I SERRA. Gran Enciclopedia de las Plantas Medicinales, Tikal, Premiá de Mar, Girona, 1999.

Nota: Las imágenes usadas en este artículo son propiedad intelectual de los autores del mismo.

