

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XVI

nº 49 Marzo 2013

El Colegio y la enfermería onubense



UN GRAN DÍA DEL PATRÓN

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

Mª Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

Mª Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva Mª 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:

Coleg21@enfermundi.com

Línea Móvil 639/11 17 10

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 JURÍDICA

6/11 INDICACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL
DOMICILIARIA (NPD)

12/13 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MODALIDAD
DEL TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

14 AMA

15 DÍA DEL PATRÓN

16/17 GANADORA CERTAMEN CIUDAD DE HUELVA

18 HOMENAJE DEL COLEGIO A LOS JUBILADOS
DE 2012

19 MEDALLA AL MÉRITO PROFESIONAL

20 X JORNADAS DE FEAFES HUELVA EN SALUD
MENTAL

21 ENFERMERÍA Y LOS AUTOCUIDADOS AL
"PACIENTE FRÁGIL"

22/29 DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA

30 NORMAS DE PUBLICACIÓN

31 CLÍNICA BAVIERA

32 XX CERTAMEN



ÉPOCA DE DIFICULTAD **y de** ESPERANZA

"Vivimos en una permanente convulsión". Esta frase, pronunciada por una alta autoridad sanitaria de la nación, no escatima sino todo lo contrario rubrica la gravedad y la certeza de que, en efecto, pocos momentos pueden resultar equiparables en su crudeza a los que ahora mismo, atravesamos. La sanidad pública, en su conjunto y como eje del estado del bienestar, se encuentra azotada por mil y un problemas de los que nadie –y la enfermería, menos– puede sentirse ajeno por su trascendencia y consecuencias inmediatas, profesional y socialmente hablando.

Desde el Consejo General de Enfermería se han llamado a las cosas por su nombre diciendo algo así como que "al pan pan y al vino...". O traducido: la enfermería "se encuentra en una situación insostenible que, además no está dispuesta a seguir tolerando". Son palabras, en este caso, del presidente nacional Máximo González Jurado pronunciadas durante la presentación de un informe especialmente claro por riguroso y referido al marco de ahora mismo, en marzo de 2013.

Necesitamos, por lo tanto, de dirigentes que nos digan, ahora mas que nunca, la verdad. Algo que, desafortunadamente, no suele acontecer con frecuencia. ¿Alguien ha escuchado de nuestra sanidad andaluza que padecemos un déficit económico importante que se traduce en recortes nunca anunciados ni menos explicados? Pues esa es la realidad que unos –Consejo General– no trata de esconder frente a la postura de otros –administración regional– que se empeñan en diluir entre proclamas de de reformas, optimizaciones y coyunturas la cruda y dura realidad.

Dicho lo cual, este Colegio de Huelva quiere, a la vez, proclamar su esperanza para que la situación se encauce como debiera, mediante, por ejemplo, un "Pacto por la Sanidad" que se está permanentemente reclamando desde el citado Consejo General de la profesión y que sería una herramienta más que idónea para que, entre todos, se busquen las soluciones que pasan por, –es preciso insistir–, comenzar a llamar a las cosas por su nombre, para, de inmediato, con todos los números sobre la mesa ponerse a sofocar los focos del incendio.

Decimos que no renunciamos a la esperanza si pensamos en la pujanza de una profesión, –la enfermería– que lucha contra viento y marea para superar los muchos obstáculos que van apareciendo en su camino. Lo han dicho desde el Consejo: Existe un enorme nivel de paro que puede ir a más en cuanto aparezca la próxima promoción de grado. Hay, una clara sensación de frustración pero... demostraciones como la del reciente Día de San Juan de Dios invitan a cualquier cosa menos al pesimismo.

Es por ello que nuestra Consejería de Salud haría muy bien por el Sistema si se decidiera a potenciar –sí potenciar– la presencia y aportación de la enfermería precisa y justamente en pleno escenario de crisis como el que padecemos. Pocos colectivos como la enfermería están preparados para adaptarse al nuevo tiempo y dar su empuje a base de vocación, entrega y calidad de servicio a los demás.

Con semejante trasfondo queremos saludar el presente número de la Revista del Colegio en el que tienen cabida, unto a los habituales trabajos de reflexión, rostros y nombres de todos conocidos y que resumen lo que antes citábamos: la vigencia de los valores enfermeros puestos de relieve de forma notable en la ocasión del Día de nuestro fundador San Juan de Dios. Por eso hablamos de tiempos de dificultad y, a su vez, esperanza.



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1^{er} RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5

MILLONES DE EUROS

3.500.000 €

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

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

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.

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.



EL T. CONSTITUCIONAL ANULA LA LEY ANDALUZA DE COLEGIOS PROFESIONALES

Huelva.- Redacción

El Tribunal Constitucional (TC) en una sentencia que ya tiene rango de histórica, ha declarado inconstitucional una Ley promovida por la Junta de Andalucía en 2001 por la que eximía de la colegiación al personal sanitario andaluz cuando estuviera trabajando en la administración pública. La norma, recurrida por el Gobierno de España en 2002, ha sido declarada nula por el TC al entrar en colisión con la legislación básica del Estado. Algo que, en opinión de destacados juristas, tiene un doble significado: las administraciones públicas, (central o regionales), tan solo tienen competencias respecto a sus profesionales en un ámbito estrictamente laboral, como meros empleadores, y es responsabilidad de los Colegios la ordenación de las profesiones y el cumplimiento del Código Deontológico.

La colegiación voluntaria ha sido declarada inconstitucional. La sentencia del TC por la que se reinstaura la colegiación obligatoria para el personal sanitario andaluz ha supuesto, once años después, el restablecimiento de unas competencias que la Constitución atribuye al Estado y ampara a los Colegios profesionales. En el fallo del TC, que declara nula la norma de la Jun-

ta, se incide en que "siendo competente el Estado para establecer la colegiación obligatoria, lo es también para establecer las excepciones que afectan a los empleados públicos". Por esa razón, el TC asegura que la Junta "ha vulnerado las competencias estatales" y, en consecuencia, declara inconstitucional la citada ley andaluza de 2001.

Para el conjunto de los Colegios Oficiales sanitarios, entre ellos el de enfermería de Huelva, el Fallo del Alto Tribunal tiene importantes consecuencias por cuanto va a suponer "un control mucho más serio y eficaz" del personal sanitario que ejerce en el sistema público andaluz". Al convertirse en papel mojado la legislación autonómica, en beneficio de "las prescripciones básicas que en esta materia establezca el Estado", se ha destacado la trascendencia y seguridad que, con la sentencia en vigor, alcanza a los ciudadanos otorgando a los Colegios profesionales un respaldo sin precedentes sobre su naturaleza y funciones constitucionales.

La colegiación voluntaria ha sido declarada inconstitucional

Pero el fallo del TC no solo afecta a los Colegios y a sus colectivos representados. Un Jurista del prestigio del profesor Germán Fernández Ferreras, Catedrático de Derecho Administrativo en la Complutense de Madrid ha subrayado que el fallo equivale a "un avance decisivo para la sociedad porque implica la tranquilidad y la garantía de que las prácticas enfermeras y médicas se van a hacer con los mismos criterios en todo el territorio nacional, lo que va a proporcionar una mayor seguridad y equidad dentro del Sistema Nacional Sanitario".

Por su parte, el presidente del Consejo General, Máximo González Jurado, tras felicitarse por el definitivo posicionamiento del TC en este asunto, destacó que "la ordenación de la profesión no puede estar fragmentada ni el cumplimiento de las normas profesionales puede, igualmente, verse fragmentado porque esto perjudica enormemente a los pacientes, a los usuarios y a los profesionales y, en fin, no beneficia a nadie". Por parte de los presidentes de los Colegios provinciales de enfermería, agrupados en el Consejo General, se trabaja para alcanzar un consenso en torno al criterio único de actuación desde planteamientos homogéneos", según admitió Gonzalo García en relación a los pasos a seguir, para, puntualizó, "velar por el cumplimiento de la sentencia del TC" ■

Indicación de la Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) en pacientes con cáncer avanzado

AUTORA:

■ Miriam Pinto Gutiérrez. Enfermera. N° de colegiada: 4489

Resumen:

La enfermedad neoplásica es una de las enfermedades de mayor importancia sanitaria, por su frecuencia, su morbi-mortalidad y por el deterioro que produce en la calidad de vida del paciente y su familia. Además provoca efectos adversos en la nutrición y los distintos tratamientos neoplásicos comprometen aún más el estado nutricional.

Los profesionales sanitarios deben valorar el estado nutricional de un paciente con cáncer e iniciar las medidas adecuadas en aquellos con desnutrición.

La polémica surge cuando se utiliza la nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en pacientes terminales, su aplicación es discutible, de tal modo que el soporte nutricional podría considerarse una modalidad de tratamiento agresivo y desproporcionado para determinados casos.

El presente artículo surge con el objetivo de actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la indicación de la nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en pacientes con cáncer avanzado, teniendo en cuenta un punto de vista ético y ofreciendo una atención de cuidados paliativos.

Palabras claves: Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD), cáncer avanzado, malnutrición, Calidad de Vida (CdV).

Introducción:

El paciente con cáncer avanzado experimenta en los últimos días de su vida, en forma gradual, una disminución de la ingesta de alimentos y líquidos lo que lleva en una proporción importante de enfermos a una situación de anorexia, caquexia y deshidratación progresiva.

La malnutrición es un problema frecuente en la situación de enfermedad terminal. El objetivo del tratamiento nutricional en el paciente con cáncer avanzado, se basa fundamentalmente en disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida (CdV). La indicación de un soporte nutricional artificial en estos pacientes crea conflictos éticos de difícil solución.

La nutrición parenteral, en la situación de enfermedad terminal, cuando se ha descartado cualquier tratamiento con finalidad curativa, debe usarse de manera muy excepcional y siempre con el consentimiento del enfermo bien informado, ya que constituye una técnica agresiva, que limita mucho la autonomía del enfermo y que está sujeta a multitud de complicaciones, fundamentalmente de tipo infeccioso, metabó-

lico y las derivadas de la colocación de un catéter por vía central. Cuando el paciente precisa tratamiento nutricional parenteral, pero no la hospitalización, se pone en marcha el soporte nutricional domiciliario.

A pesar de que el cáncer constituye en la mayoría de las series publicadas la patología de base más frecuente para la indicación de Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD), su utilización en pacientes terminales sigue siendo objeto de controversias, y conlleva una considerable carga emocional.

El soporte nutricional en cuidados paliativos, se enfoca en controlar los síntomas relacionados con la ingesta de alimentos y retrasar la pérdida de autonomía. Con la finalidad de mantener o incluso mejorar, la CdV de los pacientes. Quizás sea en el marco de unos Cuidados Paliativos de máxima calidad el lugar más adecuado para tratar a este tipo de pacientes, ya que, además de brindar una atención integral al enfermo y a su familia para que sean cubiertas todas sus necesidades, su filosofía se basa en la aplicación sistemática de los principios bioéticos fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

La enfermedad neoplásica

El cáncer es una enfermedad propia de organismos multicelulares, ya que se manifiesta por alteraciones de los mecanismos que regulan armónicamente la división celular en un determinado tejido u órgano. Su desarrollo implica el daño del ADN celular y cuando este daño exceda los dispositivos protectores, se forma un tumor maligno.

La carcinogénesis es un proceso multifactorial, el cual se describe en tres etapas. La primera fase se conoce como iniciación e implica una transformación del ADN celular producida por la interacción entre sustancias químicas, radiaciones o virus. Estos cambios son irreversibles y de carácter mutacional, pero insuficientes para el desarrollo neoplásico. La segunda fase es la promoción. Sus agentes causales inducen una gran proliferación de las células iniciadas para formar un tumor definido. A partir de entonces comienza la tercera fase o progresión. Esta acaba por originar una neoplasia completamente maligna con la capacidad de invadir tejidos y producir metástasis. (1)

Se considera que un paciente con enfermedad oncológica se encuentra en fase terminal cuando existe una falta progresiva de los mecanismos homeostáticos del cuerpo a medida que el individuo se torna más débil. Este paciente se convertirá en enfermo plurisintomático y multicambiante que requiere de un enfoque ético y dinámico el cual requiere de una atención integral por parte del personal de enfermería para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible.

El cáncer es una de las enfermedades de mayor importancia sanitaria, no solo por su frecuencia sino por su alta morbi-mortalidad y por los enormes estragos sobre la calidad de vida del paciente y su familia. En España la incidencia aproximada de cáncer es de unos 320 hombres y de unas 290 mujeres por cada 100.000 habitantes; con una previsión de aumento de frecuencia del 30-40% a lo largo de los próximos años, pero con una mejora de los índices de mortalidad, principalmente por un diagnóstico precoz y un mejor tratamiento oncológico y de sostén, dentro del que se encuentra el soporte nutricional. Es un complejo síndrome que puede ser la causa directa de casi una cuarta parte de los fallecimientos por cáncer y que se caracteriza por debilidad y pérdida marcada y progresiva de peso corporal, grasa y masa muscular (esquelética y cardíaca); anorexia y saciedad precoz; afectación rápida del estado general (rostro emaciado, piel pálida, rugosa, sin elasticidad, pérdida del vello); alteraciones metabólicas (anemia, edemas, déficit vitaminas, alteración hidroelectrolíticas) y déficit inmunológico (mayor tendencia a infecciones). Los pacientes mantienen sus gustos alimentarios, pero ingieren menor cantidad de alimento. Se ha estimado que el 20-50% de los pacientes que padecen cáncer experimentan caquexia y alrededor del 65-80% en la fase terminal de la enfermedad. La caquexia no solo aumenta la morbi-mortalidad, sino que disminuye claramente la calidad de vida del paciente oncológico y además aumenta claramente el gasto sanitario. (2) (Fig. 1)

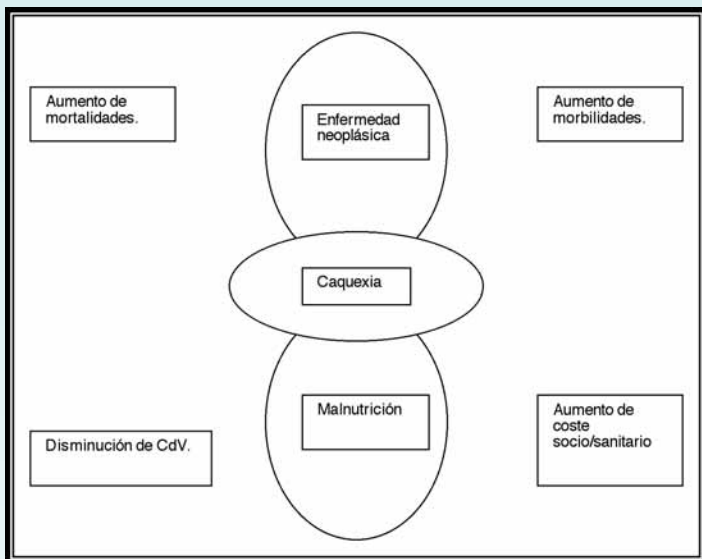


Fig. 1. Relaciones y consecuencias de la desnutrición y la caquexia cancerosa

Desnutrición y cáncer

El cáncer, por sí mismo, provoca importantes efectos adversos en la nutrición y los distintos tratamientos antineoplásicos comprometen aún más el estado nutricional. La pérdida del apetito causa sufrimiento al paciente y a la familia. El momento de la ingestión de alimentos se convierte en un momento de angustia.

El paciente que padece un proceso canceroso sufre una desnutrición específica denominada caquexia tumoral. (3) La caquexia es un complejo síndrome que está presente en más de dos terceras partes del conjunto de pacientes que mueren de cáncer avanzado, pudiendo ser la causa directa de una cuarta parte de los fallecimientos por esta enfermedad. La caquexia se caracteriza por una importante y progresiva pérdida de peso corporal, así como por anorexia, astenia, anemia, náuseas crónicas e inmunosupresión. De éstas, la pérdida de peso cor-

poral es una de las más aparentes, y es atribuible principalmente a una disminución de la masa muscular y adiposa. La pérdida de masa muscular afecta no sólo al músculo esquelético, sino también al cardíaco, lo que puede ser el origen de disfunciones en este órgano, las cuales pueden llegar a representar más de un 20% de los fallecimientos asociados al cáncer. (Tabla I.)

Causas de desnutrición en el paciente con cáncer

- **1. Del propio tumor:**
 - 1.1. Alteraciones del aparato digestivo.
 - 1.2. Alteraciones metabólicas.
 - 1.3. Producción de sustancias caquetizantes.
- **2. Relacionadas con el paciente:**
 - 2.1. Anorexia y caquexia cancerosa.
 - 2.2. Factores psicológicos.
- **3. Producidas por los tratamientos oncológicos:**
 - 3.1. Cirugía.
 - 3.2. Radioterapia.
 - 3.3. Quimioterapia.

Tabla I. Causas de desnutrición en el paciente con cáncer

Los orígenes de la caquexia han de buscarse en dos aspectos fundamentales: una incrementada demanda calórica debida a la presencia del tumor (con la correspondiente competencia por los nutrientes entre las células del paciente y las del tumor), y la malnutrición debida a la anorexia (disminución en la ingesta). (4) (Fig. 2)

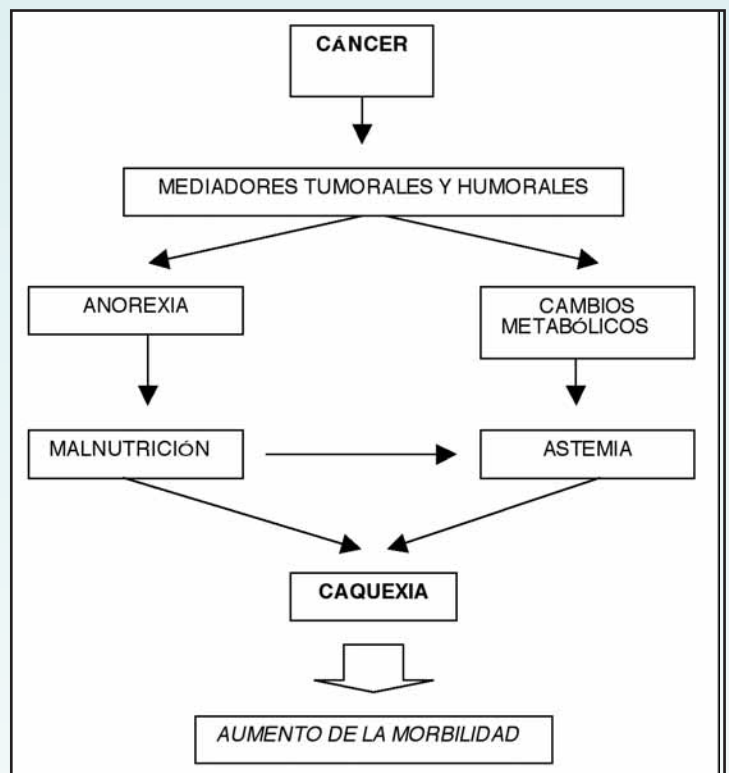


Fig. 2. Mediadores del proceso caquético. La respuesta caquética asociada al cáncer se caracteriza tanto por la presencia de anorexia como por profundas alteraciones metabólicas que conducen a una acelerada pérdida de peso y debilitamiento muscular del paciente

Las consecuencias de la desnutrición en la morbilidad y mortalidad de los pacientes neoplásicos están bien definidas y tienen un gran impacto negativo, tanto por sus implicaciones en la tolerancia y aceptación de los tratamientos anti-neoplásicos, como por el curso evolutivo posterior a las intervenciones quirúrgicas, así como por afectar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes. De hecho, se asume que por lo menos en el 22% de las muertes de los pacientes neoplásicos, la causa responsable final es la desnutrición. Es por ello que la valoración nutricional, incluyendo la evaluación de la ingesta de alimentos, debe ser precoz y formar parte del plan de tratamiento de estos pacientes, incluso en aquellos que inicialmente presentan un buen estado de nutrición. (5)

Soporte nutricional en pacientes con cáncer

La valoración nutricional de los pacientes con cáncer es un elemento esencial en su atención. Debemos detectar los pacientes de riesgo e iniciar las medidas nutricionales adecuadas en aquellos con desnutrición. (6)

La intervención nutricional se podría implementar tan pronto como el cáncer es diagnosticado de acuerdo a las necesidades del paciente, considerando el tipo de tratamiento oncológico (si es curativo o paliativo), las condiciones clínicas y el estado nutricional. Con el objetivo de reducir o incluso revertir el deterioro del estado nutricional, mejorar el estado general y consecuentemente mejorar la Calidad de Vida (CdV).

Toda intervención nutricional debe individualizarse para cada paciente; desde las recomendaciones dietéticas hasta la nutrición artificial (7), recordando que la persona tiene derecho de rechazar cualquier procedimiento médico que implique la prolongación de su vida por motivos éticos o legales. (8)

La intervención nutricional, que acompaña el tratamiento oncológico con la intención de curar, se centra principalmente, en la optimización del balance entre el gasto energético y la ingesta. Para alcanzar objetivos específicos tales como: disminución de la tasa de complicaciones, mejorar la respuesta y la tolerancia al tratamiento oncológico. El soporte nutricional en cuidados paliativos, se enfoca en controlar los síntomas relacionados con la ingesta de alimentos y retrasar la pérdida de autonomía. Con la finalidad de mantener o incluso mejorar, la CdV de los pacientes.

Puede decirse que la intervención nutricional es esencial para prevenir y/o revertir la malnutrición mediante un balance energético y proteico, además de un adecuado aporte de vitaminas, minerales, elementos traza y de electrolitos. (9)

Tratamiento nutricional en pacientes con cáncer avanzado

Es misión de los profesionales de la salud proporcionar un aporte adecuado y suficiente de líquidos y nutrientes a sus enfermos. Se trata de un cuidado básico siempre que el paciente pueda ingerir y no exista ninguna contraindicación médica para la ingesta oral. Una situación bien distinta ocurre cuando es necesaria la administración de líquidos y/o alimentos a través de una sonda o por vía endovenosa. (10)

1. Nutrición Artificial

La Nutrición artificial está indicada cuando el aporte por vía oral es imposible o insuficiente, con preferencia de la nutrición enteral sobre la parenteral, siempre que el tubo digestivo mantenga su funcionalidad fisiológica. (11)

Se entiende por nutrición enteral la administración por vía digestiva de los nutrientes necesarios para conseguir un aporte nutricional adecuado. La nutrición enteral incluye tanto la administración de alimentos por la vía oral como de nutrientes por sonda. Los pacientes candidatos a la nutrición enteral por sonda son los que no pueden, no deben o no quieren comer y tienen el tracto gastrointestinal funcionando.

La vía enteral debe considerarse como la más fisiológica para el aporte de nutrientes y, siempre que sea factible, se ha de priorizar su utilización en relación a la vía parenteral. (12)

La nutrición parenteral consiste en la infusión de nutrientes por una vía central, utilizando una vía de acceso permanente, e indicada de forma transitoria (duración corta, de al menos 1 mes) o indefinida (para toda la vida), o en espera de una posible solución. (13)

Cuando un paciente precisa nutrición enteral o parenteral, ya sea de forma transitoria o definitiva y no requiere de forma estricta su permanencia en el Hospital, este tratamiento debe hacerse en el domicilio del paciente siempre que sea posible, ya que se puede tratar con la misma eficacia, mejorando las expectativas y la calidad de vida, a pacientes que de otra forma estarían obligados a una estancia hospitalaria prolongada. (14)

2. Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD)

La NPD se utilizó por primera vez en 1967 en EEUU. Los primeros pacientes europeos datan de principios de los años 1970 en Dinamarca; mientras que hay que esperar hasta 1984 para encontrar los primeros casos en España. Aunque ninguno de los registros nacionales recoge todos los casos con NPD, la tasa de prevalencia en Estados Unidos para el periodo 1989-1992 fue de 120 pacientes por millón de habitantes, mientras que las cifras en Europa oscilan entre 0,3 y 12 pacientes por millón de habitantes. En España las tasas de prevalencia del último registro publicado son de 1,6 casos por millón de habitantes. Estas enormes diferencias a uno y otro lado del Atlántico tienen varias posibles explicaciones: diferente prevalencia de enfermedad de Crohn, uso más extendido de la NPD en el paciente con cáncer activo, diferente sistema de financiación, falta de equipos experimentados en la técnica, escasa presión para acortar las estancias medias, asistencia domiciliaria especializada deficiente y escasa coordinación entre la atención primaria y el hospital. Las diferencias entre países europeos tienen una explicación más difícil, pues la financiación es a través del Sistema público de salud en todos los casos y la provisión tanto de las bolsas de NP como del resto de servicios es similar. (15)

El grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria (NADYA) de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) fue constituido en el año 1992, y desde entonces ha publicado periódicamente la actividad en Nutrición Artificial Domiciliaria.

En los datos de NADYA de 2003, se recogieron datos de 86 pacientes (62% mujeres y 38% hombres) pertenecientes a 17 centros hospitalarios. Las enfermedades que motivaron el uso de NPD fueron la enfermedad neoplásica (21%), seguida de la isquemia mesentérica (20%), enteritis rídica (16,3%), alteraciones de la motilidad (10,5%) y enfermedad de Crohn (4,6%). (Fig. 3). Se emplearon catéteres tunelizados en el 66,3% de los casos, frente al 29,1% de reservorios subcutáneos. La duración media del tratamiento ha sido de $8,5 \pm 4,6$ meses; el 67,4% de los pacientes habían permanecido con NPD por un periodo superior a los 6 meses.

Según el registro NADYA de 2003, se observa un ligero incremento en la tasa de prevalencia de NPD en España (2,15 pacientes/millón de habitantes). La indicación principal fue el cáncer seguido del síndrome de intestino corto secundario a patología vascular. Las complicaciones asociadas al tratamiento nutricional fueron frecuentes, especialmente las de causa infecciosa. (16)

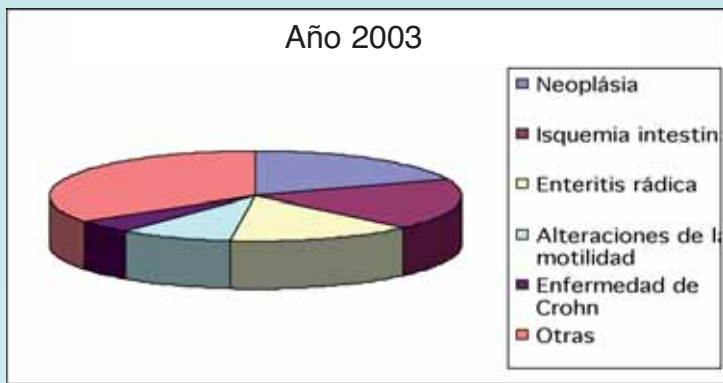


Fig. 3. Enfermedad de base en pacientes con Nutrici3n Parenteral Domiciliaria en el año 2003

En los datos del registro de NPD de los años 2004 y 2005 realizados por el grupo NADYA-SENPE, la enfermedad de base que motiv3 el inicio de la NPD con mayor frecuencia fue la neoplasi (24%) y la isquemia mesentérica (19%) (Fig. 2). El motivo de la indicaci3n de la NPD fue: síndrome de intestino corto 39%, obstrucci3n intestinal 24%, malabsorci3n 24%, fistula 11% y otros 1%. (17) (Fig. 4).

Registro de la nutrici3n parenteral domiciliaria en España de los años 2004 y 2005, (grupo NADYA-SENPE).

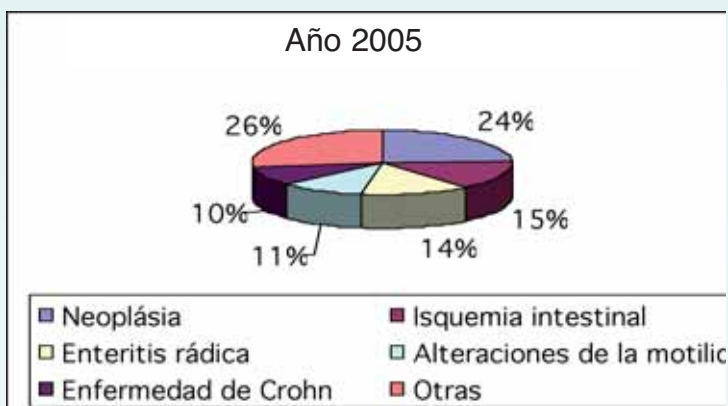
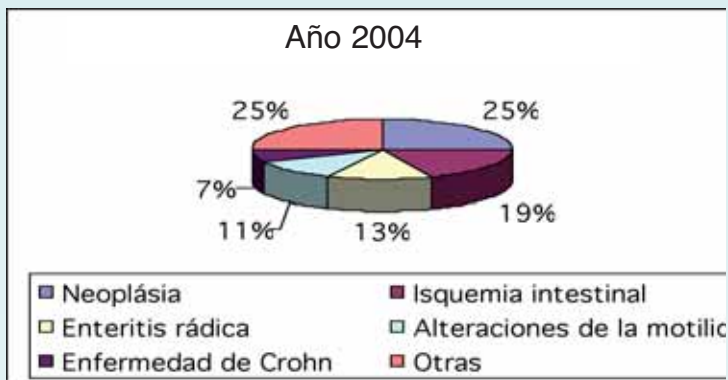


Fig. 4. Enfermedades de base de los pacientes con Nutrici3n Parenteral Domiciliaria

Para la infusi3n de la nutrici3n parenteral es necesario disponer de un acceso venoso central que permite administrar con seguridad las soluciones parenterales (que suelen presentar una elevada osmolaridad), evitando así el riesgo de trombosis venosa, quemaduras, etc.

La Food and Drug Administration (FDA) clasifica los tipos de catéteres centrales en 2 grupos según la duraci3n de la cateterizaci3n:

1. Si se prevé un tiempo inferior a 30 días: catéteres de poca duraci3n. Aquí se incluirán los catéteres venosos centrales no tunelizados. Los catéteres venosos centrales insertados por vía periférica (PICC), generalmente se incluyen entre las dos de corta duraci3n, pero en algunos casos pueden utilizarse por periodos de tiempo más largos.
2. Si se prevé un tiempo superior a 30 días: catéteres de larga duraci3n. Aquí se incluirán los catéteres venosos centrales tunelizados y los dispositivos intravasculares totalmente implantados (TID)

En los pacientes con NPD son de elecci3n los catéteres de larga duraci3n (catéter tunelizado o TID) debido a su menor riesgo de desplazamiento o salida y menor tasa de infecciones. (18)

Una de las complicaciones más frecuentes de la NPD es la infecci3n del catéter de nutrici3n parenteral. La prevenci3n de dichas complicaciones mediante protocolos adecuados de cuidados del catéter consigue disminuir de forma significativa el número de infecciones. El diagn3stico y tratamiento de estas infecciones deberá realizarse de forma precoz para evitar la pérdida de acceso venoso central que puede comprometer, a largo plazo, el tratamiento con esta modalidad de soporte nutricional. La existencia de un protocolo para el diagn3stico y el tratamiento de las infecciones relacionadas con el catéter resulta, por tanto, de gran valor en el tratamiento de estos enfermos. (19)

Para la utilizaci3n de la nutrici3n parenteral en el domicilio debe llevarse a cabo un programa educativo, debido a que el paciente y su familia deben recibir y entender correctamente la informaci3n necesaria sobre la enfermedad existente y la necesidad del soporte nutricional domiciliar, así como sobre los cuidados de la vía, la f3rmula, los equipos y las pautas de administraci3n, además de enseñarles a reconocer, prevenir y c3mo tratar las complicaciones que pudieran existir. (20)

A pesar de que el cáncer constituye en la mayoría de las series publicadas la patología de base más frecuente para la indicaci3n de Nutrici3n Parenteral Domiciliaria (NPD), su utilizaci3n en pacientes terminales sigue siendo objeto de controversias.

En un estudio realizado cuyo objetivo ha sido revisar la evoluci3n de los pacientes con cáncer tratados con NPD procedentes del Hospital La Paz con el fin de estudiar su indicaci3n, evoluci3n y complicaciones. Revisamos un total de 9 pacientes oncol3gicos terminales que habían sido tratados con NPD entre enero de 2000 y diciembre del 2002. Con una edad media de 60,4 años (44-81), el cáncer de base más frecuente era el adenocarcinoma gástrico (44%). La obstrucci3n intestinal en el contexto de una carcinomatosis peritoneal fue el motivo de indicaci3n en el 89% de los casos y la mediana de supervivencia de 71 días (23-131). La infecci3n del catéter represent3 la complicaci3n más frecuente con 1,4 episodios/paciente. La existencia de un Equipo de Soporte Domiciliar facilit3 el seguimiento de los pacientes, estimándose la NPD como tratamiento proporcionado en el 67% de los casos. El 56% de los pacientes no estaban suficientemente informados de su enfermedad de base. (21)

En otro estudio realizado, 23 pacientes adultos habían recibido NPD, once (48%) de ellos padecían cáncer avanzado y presentaban una obstrucci3n intestinal completa (n:9) o una fistula de alto débito (n:2). En el primer caso se desestim3 la ciruja por presentar obstrucci3n completa a varios niveles, sin posible soluci3n quirúrgica. Se recogieron los datos demográficos y clínicos, las complicaciones y la evoluci3n y se comparan con los del grupo de pacientes con enfermedad benigna que recibieron NPD en el mismo periodo.

Los pacientes recibieron la infusi3n a través de un reservorio subcutáneo ya previamente implantado (n: 9) y en dos ocasiones, de forma electiva, a través de un catéter tunelizado.

La tasa de infecci3n fue superior en el grupo con cáncer (0,34 episodios/paciente y 1.000 días de NPD) que en el grupo con enfermedad benigna (0,08 episodios; $p < 0,05$). S3lo en uno de los pacientes se suspendi3 la NPD antes de los 5 días previos al fallecimiento, por deterioro

clínico. Dos pacientes precisaron ingreso por una complicación asociada a la técnica. En los dos casos se trató de una fungemia que obligó a la retirada del catéter. La calidad de vida medida mediante una escala de actividad fue similar al inicio de la NPD en ambos grupos. Ninguno de los pacientes que fueron incluidos en el programa continúa vivo.

Según este estudio realizado, concluimos que la NPD ofrece al paciente con cáncer avanzado y disfunción intestinal grave la posibilidad de tratamiento en su domicilio con un bajo nivel de complicaciones. Considerando la corta esperanza de vida, la inclusión en el programa debe valorarse de forma individual y revisarse periódicamente. (22)

Algunos expertos consideran, que con el fin de adecuar las decisiones terapéuticas al mayor beneficio del enfermo es importante tomarlas de forma individualizada y siguiendo una serie de pasos:

- 1) valoración de la situación clínica: sólo aquellos pacientes estables con una buena calidad de vida (índice de Karnofsky superior a 50) y esperanza de vida superior a dos meses serían candidatos a NPD. En los demás casos parece preferible establecer medidas más sencillas para garantizar la hidratación;
- 2) valorar la actitud del paciente y su familia. La anorexia y la pérdida de peso se viven con gran ansiedad al ser consideradas un signo de deterioro clínico,
- 3) reevaluar la situación periódicamente. Las decisiones no son definitivas, han de reconsiderarse cada cierto tiempo. (23-24)

Cuando nos enfrentamos a pacientes con cáncer incurable, nuestros principales objetivos son aliviar los síntomas y procurar que permanezcan el mayor tiempo posible en su casa. En ocasiones también prolongar la supervivencia. No siempre es sencillo determinar qué pacientes se beneficiarían de recibir nutrición artificial (alimentación por sonda o nutrición parenteral) o exclusivamente hidratación (generalmente por vía oral).

El soporte nutricional artificial debe formar parte de los cuidados paliativos integrales siempre que su objetivo sea conseguir o mantener el estado de bienestar del paciente; en otros supuestos, su aplicación podrá ser más o menos discutible, dependiendo del estado del enfermo y de sus preferencias, de tal modo que el soporte nutricional podría considerarse una modalidad de tratamiento agresiva o desproporcionada en determinados casos, constituyendo incluso una forma de obstinación o ensañamiento terapéutico, totalmente inaceptable desde el punto de vista ético. (25)

Uno de los pasos fundamentales es involucrar al paciente en la toma de decisiones. Debemos tener en cuenta que, al tratarse de una terapia invasiva, como ya se ha mencionado antes, se precisa además un consentimiento informado escrito (art. 8.2 de la Ley 41/2002), lo cual implica una información veraz al paciente sobre lo que puede esperar de la NP y de las alternativas al tratamiento. Igualmente debe quedar clara la posibilidad de retirada del tratamiento ante determinadas situaciones clínicas o por deseo del propio paciente. (21)

En la situación de enfermedad terminal, mantener la nutrición y la hidratación, siempre que la vía oral sea útil, que no suponga un gran esfuerzo para el enfermo y que no se requiera el uso de métodos artificiales más o menos agresivos para su aplicación, deberá considerarse siempre una actitud correcta y una obligación ética, por más deteriorado que esté el paciente y por más próxima que se prevea la muerte. La nutrición y la hidratación, en estos su-

puestos, forman parte de los cuidados humanitarios básicos o mínimos, nunca desproporcionados y, como tales, deben ser aplicados. (25)

Un estudio realizado en pacientes con cáncer avanzado, severamente malnutridos y casi afágicos, la NPD ha demostrado mantener el estado nutricional hasta la muerte, mientras la CdV permanecía estable 2-3 meses antes de que esta finalmente se produjera. (Fig. 5)

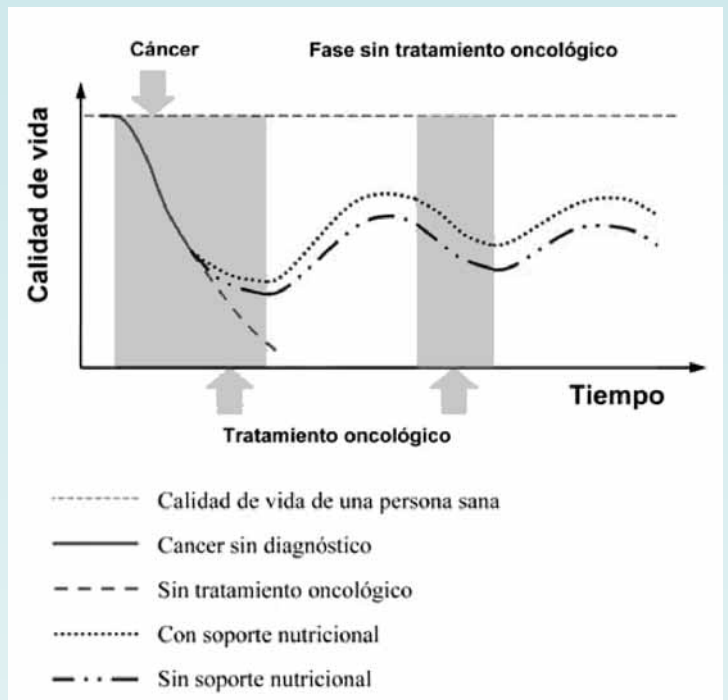


Fig. 5. La complementación del soporte nutricional con el tratamiento oncológico de tipo paliativo fomenta la mejoría de la calidad de vida de los pacientes

Una mejor estimación del impacto de la NPD sobre la CdV de los pacientes ha sido recientemente reportada en pacientes con un cáncer avanzado, la mayoría de ellos estaban diagnosticados de adenocarcinoma gastrointestinal y cerca del 50% de los pacientes incluidos en el estudio estuvieron recibiendo tratamiento paliativo de quimioterapia. Sus familias fueron entrevistadas sobre la experiencia con la NPD, y basados en sus respuestas, parece que los pacientes y sus familias asocian las NPD con beneficios, tales como: ganancia del peso corporal, incremento de la energía, de la fuerza y de los niveles de actividad, además de la seguridad por el hecho de cubrir sus necesidades nutricionales. Por tanto, éstos efectos podrían extrapolarse con una mejoría de la CdV.

En los pacientes con tratamiento paliativo, el soporte nutricional ante todo se enfoca, en la minimización de los síntomas relacionados con la ingesta de alimentos, y posponiendo la pérdida de autonomía. Por tanto, el soporte nutricional debe estar integrado dentro del cuidado global oncológico, por su significativa contribución a la CdV. Además, la evaluación de la CdV debe ser parte de la evaluación de cualquier intervención nutricional para optimizar la adecuación a las necesidades y expectativas del paciente. (26)

3. Nutrición artificial en cuidados paliativos

El soporte nutricional, en la situación de enfermedad terminal, cuando la muerte es una certeza absoluta sea cual sea nuestra actuación, debe aplicarse con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Es fundamental contar con la opinión del paciente bien informado, o de su representante en caso de incapacidad, para encontrar la opción más adecuada. Debe evitarse la coacción por parte del personal sanitario.

Quizás sea en el marco de unos Cuidados Paliativos de máxima calidad el lugar más adecuado para tratar a este tipo de pacientes, ya que, además de brindar una atención integral al enfermo y a su familia para que sean cubiertas todas sus necesidades, su filosofía se basa en la aplicación sistemática de los principios bioéticos fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. (27)

Los dilemas bioéticos que surgen cuando se plantea la necesidad de utilizar un sistema artificial de soporte nutricional, aparte de plantear conflictos entre los principios de beneficencia, no-maleficencia y autonomía, se basan fundamentalmente en la calificación moral que se da a la nutrición en estas circunstancias patológicas, planteándose la cuestión de si debe considerarse a la nutrición artificial como un acto médico, y como tal debe tener sus indicaciones y sus contraindicaciones, o en cambio es un acto humanitario básico y elemental que se tiene que aplicar en cualquier circunstancia.

Si se considera a la nutrición artificial como un acto humanitario básico a aplicar en cualquier circunstancia, en principio, no surgirá ningún conflicto ético, se instaura siempre que exista incapacidad para la nutrición por vía oral y asunto resuelto; sin embargo, si se considera un acto médico, estará sujeto a múltiples conflictos, a veces de difícil solución. (28)

Bibliografía:

ASTIASARÁN, I., LASHERAS, B., ARIÑO, A., MARTÍNEZ, J. A., "Alimentos y nutrición en la práctica sanitaria." Eds: Díaz Santos. 2003. p 263-292.

GARCÍA, P. P., PAREJO, J., PEREIRA, J. L., "Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico." Nutr. Hosp. (2006) 21 (Supl. 3) p 10-6.

MUÑOZ, M., ARANCETA, J., GARCÍA, I., "Nutrición aplicada y dietoterapia". Eds: Soporte nutricional en el enfermo oncológico. EUNSA, (1999). Pamplona, p 459-486.

ARGILES, J. M., BUSQUETS, S., LOPEZ- SORIANO, F. J., FIGUERAS, M., "Fisiopatología de la caquexia neoplásica". Nutr. Hosp. (2006) 21 (Supl. 3) p 4-9.

PLANAS, M., PUIGGRÓS, C., REDECILLAS, S. "Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa". Nutr. Hosp. (2006), 21 (Supl. 3), p 27-36.

LAMELO, F., GARCÍA, M^a. R., CHARLIN, G., FERNÁNDEZ, O. "Nutrición en el paciente con cáncer". Guías Clínicas, (2006), 6 (14), p 1-5.

"Intervención y seguimiento postratamiento. Recomendaciones". Nutr. Hosp.. Suplementos, (2008), 1 (1), p 51-52.

Easson, A.M., Hinshaw, D.B., Johnson, D.L." The role of tube feeding and total parenteral nutrition in advanced illness". J Am Coll Surg 2002; 194(2):225-8.

MARÍN, M. M²., LAVIANO, A., PICHARD, C., GOMEZ, C., "Relación entre intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer". Nutr. Hosp. (2007), 22 (3): 337-50.

MORENO, J. M., ÁLVAREZ, J., GARCÍA, A. "Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria". Grupo SENPE. Nutr. Hosp. 2007, 22 (1), p 38-45.

MOORE, K., "Nutrición y dietoterapia". Mosby year, 1994, 6: 101-128.

"Protocolos para la prescripción de la Nutrición Parenteral y Enteral". Sociedad Española de la Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Documento 2-C-EP-1998.

GÓMEZ, C., FERNÁNDEZ, A., "Definición, indicación e incidencia de la Nutrición Parenteral Domiciliaria". Ed: Mayo. 2006. "El farmacéutico hospital" N^o 176, p 8-15.

DE COS, A. I., GÓMEZ, C. "Concepto, objetivos, sistemática de trabajo y composición del Grupo Español de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria". Grupo NADYA-SENPE. En: Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria, p 9-19.

MORENO, J. M., "La práctica de la nutrición artificial domiciliaria en Europa". Nutr. Hosp. (2004) 19 (2), p 59-67.

MORENO, J. M., PLANAS, M., COS, A. I. y otros, "Registro Nacional de la Nutrición Parenteral Domiciliaria del año 2003". Nutr. Hosp.. (2006), 21 (2), p 127-31.

CUERDA, C., PARÓN, L., PLANAS, M., GÓMEZ, C. y otros. "Registro de la Nutrición Parenteral Domiciliaria en España en los años 2004 y 2005 (Grupo NADYA-SEMPE)". Nutr. Hosp. (2007), 22(3), p 307-12.

CUERDA, C., BRETÓN, I., BONADA, A. y PLANAS, M. "Infección asociada al catéter en Nutrición Parenteral Domiciliaria: resultados del grupo NADYA y presentación del nuevo protocolo". Nutr. Hosp.. (2006), 21 (2), p 132-8.

CUERDAS, C., BETRÓN, I., BONADA, A., PLANAS, M., "Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones relacionados con el cateter en el paciente con nutrición parenteral domiciliaria". Grupo NADYA- SEMPE. Rev. Clin. Esp. (2005), 205 (8), p 386-391.

GÓMEZ, C., DE COS, A. I., "Selección de pacientes candidatos a Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria". Grupo NADYA-SENPE. En: Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria, p 19-33.

ALONSO, A., VALERA, M^o., COS, A., MOYA, A., GÓMEZ, C. "Evaluación de un programa de Nutrición Parenteral Domiciliaria en pacientes oncológicos terminales". Nutr. Hosp.. (2004), 19 (5), p 281-285.

MORENO, J. M., GOMIS, P., VALERO, M^a. A., LEÓN, M. "Nutrición Parenteral Domiciliaria en pacientes con cáncer avanzado: experiencia de un solo centro a lo largo de diez años". Nutr. Hosp. (2004), 19 (5), p 253-258.

BRUERA, E. y cols. " Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients". Nutrition (1996), 12:163-7.

HOWARD, L., " Home parenteral and enteral nutrition in cancer patients". Cancer (1993), 72:3531-41

AZULAY, A., HORTELANO, E. "El soporte nutricional en la situación de enfermedad Terminal. Dilemas éticos" An. Med. Interna. (2003), Vol. 20, N^o 8, p 434-437.

MARÍN, M. M^a., LAVIANO, A., PICHARD, C., GÓMEZ, C. "Relación entre intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer". Nutr. Hosp. (2007), 22 (3), p 337-50.

AZULAY, A. " Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?". An. Med. Interna. (Madrid), (2001); 18, p 650-4.

AZULAY, A. " Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte". Med. Pal. (2000); 7, p 145-56.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MODALIDAD DEL TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

AUTORES:

■ TANAGRA CARCELA SALVADOR: N° COLEGIADO: 4659 ■ ÁNGELES GUTIÉRREZ MACÍAS: N° COLEGIADO: 4477 ■ ANA Mª MACÍAS VAZ: N°COLEGIADO: 4319

1. RESUMEN

El tratamiento renal sustitutivo puede realizarse mediante varias modalidades de tratamiento, ya sea: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La existencia de distintas alternativas adquiere un interés creciente por parte tanto del paciente en su elección, como por el profesional para ofrecer unos cuidados de calidad.

Por ello, hemos querido identificar que factores influyen en la modalidad de tratamiento renal sustitutivo, determinando como se produce la elección de la modalidad de TSR, cual es el proceso de información de las distintas modalidades, que aspectos estructurales son los más influyentes, así como, la influencia coste-efectiva de los tratamientos. Realizando para todo ello, una profunda revisión bibliográfica sobre el tema de estudio.

Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes no disponen de conocimientos suficientes sobre las distintas terapias y carecen de información por parte de los profesionales sobre las modalidades de elección de tratamiento existente. También se muestra que la DP es la mejor alternativa que contribuye a la sostenibilidad de la terapia. Y entre otras características importantes están: los aspectos estructurales, mostrándose que el sistema público tiene mayor acceso a diálisis peritoneal que el privado, así como la proliferación de las unidades de hemodiálisis como aspecto negativo para el resto de las terapias.

PALABRAS CLAVES: hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal, factores y modalidad.

2. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal terminal incluye varias opciones de tratamiento: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La variabilidad de estas opciones puede llegar a producir indecisión en

los pacientes respecto a un tratamiento u otro, estando implicados en ésta una serie de factores de los que existe escasa evidencia científica, es por ello, que hemos querido identificar cuáles son los factores que pueden influir en las modalidades de tratamientos, siendo vital para la implicación del paciente en su elección.

Según los resultados de un estudio recientemente publicado por la Fundación Alcer en el año 2010¹, la mayor parte de los pacientes con insuficiencia renal crónica no disponen de conocimientos suficientes sobre la diálisis peritoneal, además de la existencia de una desinformación generalizada acerca de las opciones de la modalidad de diálisis, lo que repercute en la libre elección del tratamiento, siendo éste un derecho del paciente (Ley 41/2002 del 14 de Noviembre)². Haciendo referencia a la información recibida por el paciente, el estudio señala que el 90% se deja aconsejar por el médico especialista, estando en porcentaje muchos más bajos la opinión de otros profesionales como enfermería, asociaciones, otros pacientes, etc. En este mismo sentido un estudio realizado por el grupo de apoyo al desarrollo de la diálisis peritoneal en España en el año 2011³, cita que si el paciente es informado adecuadamente la mayoría de ellos eligen terapia domiciliaria.

Otro factor influyente en la elección del tratamiento es la sostenibilidad coste-efectiva de la terapia elegida, cómo se refleja en un estudio que analiza los costes de las distintas terapias, considerándose la diálisis peritoneal domiciliaria la mejor alternativa que contribuye a la sostenibilidad^{4,5} suponiendo un ahorro respecto a la HD de más de 25.000 euros al año, resultando un coste de un 47% mayor en HD que en DP.

Actualmente, según los distintos países existe variabilidad en los tratamientos por causas estructurales y organizativas, y dentro de España variabilidad entre las distintas comunidades autónomas, siendo éste otro factor a tener en cuenta. En un estudio realizado por el servicio de nefrología del hospital central de Asturias (Oviedo) en el año 2010⁶, se hace referencia a los aspectos estructurales en el tratamiento sustitutivo renal, tales como:

- El modelo nacional de salud, considerándose que aquellos que tienen sanidad pública tienen mayor acceso a la diálisis peritoneal excepto en España.

- Proliferación de las unidades de HD y de sus proveedores, teniendo la HD mayor expansión a causa de ello.
- Falta de personal cualificado con entrenamiento y experiencia limitada en el caso de DP.
- Menos recursos públicos dedicado a la DP que al resto de las terapias.

3. OBJETIVO

El principal objetivo de esta investigación es identificar qué factores influyen en la modalidad del tratamiento renal sustitutivo, y de manera específica:

- Determinar cómo se produce la elección de la modalidad de TRS.
- Identificar cuál es el proceso de información en las distintas modalidades y que aspectos estructurales pueden influir en éstas.
- Analizar la influencia coste- efectiva de los distintos tratamientos.

4. METODOLOGÍA

El estudio se ha basado en una revisión sistemática de la literatura científica hasta Septiembre de 2012, en la base de datos especializada Biblioteca Cochrane Plus, y generales como Medline y Cuiden, mediante una serie de palabras claves tales como: hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal, factores y modalidad, elegidas como variables del tema de investigación.

De la búsqueda se encontraron un total de 25 artículos y 1 revisión bibliográfica en referencia al tema seleccionado. Dada la diversidad de los estudios se elaboró un guión para que la organización de la información se hiciera de forma secuencial y razonable, basándose en las diez leyes de la simplicidad que propuso Maeda (2006). De todos los estudios se seleccionaron solo cinco de ellos, cuyos criterios fueron determinados por los objetivos de la revisión, por su validez metodológica y por su calidad científica. Para todo ello, se utilizó el programa CASpe (2008)⁷.

5. DISCUSIÓN

Según la revisión bibliográfica realizada sobre la modalidad de TRS encontramos los principales factores influyentes que se mencionan a continuación:

- Información recibida por el paciente acerca de una u otra modalidad de tratamiento¹.
- Sostenibilidad coste-efectiva de la terapia elegida³.
- Causas estructurales y organizativas de los servicios asistenciales sanitarios⁶.

Cómo conclusión podemos decir que los problemas más relevantes en estos pacientes y donde creemos que el personal sanitario debe intervenir son:

En las actividades referidas a controlar el grado de satisfacción, ya que hay que tener en cuenta la opinión de los pacientes para prestar cuidados de calidad, como se refleja en un estudio de la revista Sociedad española de Nefrología en el año 2007⁸, donde los pacientes de hemodiálisis lo que más valoran es que los profesionales cumplan lo que dicen y los pacientes de diálisis peritoneal, es la comunicación con los familiares y las instrucciones sobre la medicación.

También deberíamos mejorar los conocimientos del paciente respecto a un tratamiento u otro, sobre todo en la etapa de prediálisis, reforzando y haciendo hincapié en que ambas opciones de tratamientos son válidas, cómo se hace referencia en un estudio⁹ sobre la opción de tratamiento más idónea del paciente trasplantado renal, donde se refleja que estos se benefician de ambas terapias. No obstante, con la modalidad de diálisis peritoneal llevarían un estilo de vida más parecido al que tenían cuando estaban trasplantados.

En relación a la información prestada al paciente, un aspecto a tener en cuenta es la comprensión de la técnica, sobre todo en el caso de la modalidad peritoneal; siendo ésta difícil de entender según muestran algunos estudios, y que por tanto requiere mayor tiempo de dedicación e implicación por parte del paciente, sin olvidar la importancia del apoyo familiar. No obstante, en base al proceso de información, es de vital importancia que ésta sea clara y concisa sobre las modalidades de tratamiento, dedicándole el tiempo suficiente y dejando de lado las preferencias de los profesionales y por tanto, una asignación directa del tratamiento.

Centrándonos en el aspecto económico, se expone en la literatura³ la conveniencia de la diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis, debido a su menor coste. Por tanto, queremos resaltar en este sentido la importancia que tendría la consulta prediálisis, por un lado por el ahorro que supondría al retrasar el comienzo del tratamiento en diálisis y por otro lado, debería suponer un apoyo para los pacientes en su decisión de tratamiento.

Para concluir y como ya se ha mencionado anteriormente, el hecho de ofrecer una información completa y no competitiva de la terapias disponibles, evitaría una utilización injustificada de la hemodiálisis como se argumenta en la literatura⁶, propiciada por la apertura masiva de centros de hemodiálisis, expansión de los proveedores de diálisis, aprovechamiento de los puestos libres de los centros para un mayor rendimiento y apariencia más tecnológica de la hemodiálisis para los pacientes, entre otros muchos motivos.

BIBLIOGRAFÍA

- J.L.Pastor, J.C.Julián. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nefrología*. 2010; 1(1):15-20.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- J.Arrieta,A, Rodríguez Carmona, C, Remón, M. La diálisis peritoneal es la mejor alternativa coste-efectiva para la sostenibilidad del tratamiento con diálisis. *Nefrología* .2011; 31(5):505-13.
- Arrieta, J. Evaluación económica de tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. *Nefrología*. 2010; 1:37-47.
- Villa, G, Rodríguez Carmona, A, Fernández Ortiz, L, Cuervo, J, Rebollo, P, Otero, A, et al. Cost analysis of the spanish renal replacement therapy programme. *Nephrol Dial Transplant*. 2011. In press.
- Ortega, F. Influencia de los aspectos estructurales en el tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología*. 2010; 1 (1): 21-25.
- CASpe. Critical Appraisal Skills Programme: Herramientas para la lectura crítica. 2008.
- Hernández Meca, M^oE, Ochando García, A, Lorenzo Martínez, S. Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2007; 10 (1): 6-13.
- Zarraga, S, García, G, Teruel, JL. Elección de la modalidad de diálisis en la insuficiencia renal avanzada del paciente trasplantado renal. *Nefrología*. 2009; 29 (1): 44-48.

Descubra las
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS** que piensan en
su coche y en usted



Vehículo de sustitución en caso de pérdida total del automóvil asegurado



Le valoramos su vehículo como nuevo los dos primeros años y el 115% del valor venal en el tercer y cuarto año en caso de pérdida total del vehículo



Duplicamos la indemnización en el caso de fallecer en accidente el conductor y su cónyuge, siempre que tengan hijos comunes y menores de edad



Reparación y sustitución de lunas a domicilio



Servicio de desplazamiento gratuito a nuestros talleres preferentes



Vehículo de cortesía en nuestros talleres preferentes (según disponibilidad)



Asistencia Jurídica gratuita para cualquier incidencia en su vida cotidiana

El Seguro de Auto
que protege su vida

50%
DESCUENTO



LA CONFIANZA ES MUTUAL

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. Huelva 959 28 17 71
- Palos de la Frontera, 17 huelva@amaseguros.com
- Colegio de Médicos 959 24 01 87 / 99

El Colegio celebró, con gran respaldo, el Día de San Juan de Dios



Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva volvió a cumplir con una de sus más preciados compromisos y tradiciones. El Día de San Juan de Dios del año 2013 ha supuesto deparar una ocasión de las que, por esperadas, tienen un sabor ciertamente especial. Varios cientos de colegiados acudieron a la llamada de la institución colegial para vivir unos momentos que, con el aliciente de las diversas recompensas anunciadas, supusieron una jornada de cálido encuentro y confraternidad.

El Día de San Juan de Dios supone y marca un hito en la trayectoria tanto del Colegio como de la profesión en Huelva. Son ya muchos los años y las ediciones transcurridas, las mismas que han ido pasando a formar parte del patrimonio colectivo. La fecha que conmemora la huella dejada por el Fundador de la Enfermería, San Juan de Dios, es motivo más que suficiente para que el Colegio se vea arropado como siempre por numerosos profesionales que, saben, son los protagonistas indiscutibles de esta esperada celebración.

El Colegio, como apuntó su presidente Gonzalo García, es "plena-mente consciente de la dificultad por la que atraviesa la profesión

y el conjunto del sistema sanitario. Vivimos inmersos en una época plagada de obstáculos como muchos no han conocido que están afectando, y en mayor medida, a los más jóvenes de la Enfermería. A ellos, el Colegio quiere enviarles un mensaje de esperanza en la certeza de que poco a poco, las cosas vayan tornando a una normalidad tan deseada como acuciante".

El presidente colegial recordó que, pese a todo, el paciente y sus cuidados sigue siendo, nuestro norte y guía y por ello, el mejor capital que nos permite proclamar la esperanza de que precisamente en la vocación insoslayable de la Enfermería por atender y ayudar al ser humano se encuentre una salida a la actual coyuntura. El Colegio no se cansará de demandar de los poderes públicos, el mayor empleo y las coberturas porque la presencia de la Enfermería es, sencillamente, insustituible si pretendemos una sanidad de calidad".

Y para celebrar el Día de San Juan de Dios, el Colegio había convocado a los profesionales para compartir unos momentos de especial significado como representaron, en sus distintas modalidades, el desenlace de la última convocatoria del Certamen de investigación Ciudad de Huelva, la concesión de las Medallas al Mérito profesional o el reconocimiento a los nuevos jubilados de la Enfermería onubense. En páginas sucesivas, ofrecemos una amplia perspectiva de estos eventos.

M^a José Morano, ganadora del XIX Certamen Ciudad de Huelva



La vencedora del Certamen M^a José Morano con el Jurado de la prueba

Su trabajo versa
sobre los
"Autocuidados y salud
en familiares de
personas afectadas
de procesos críticos"

Huelva.- G^a. N.

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva, por medio de un Jurado constituido al efecto, ha decidido que la suerte del XIX Certamen de investigación de enfermería Ciudad de Huelva, haya recaído en un trabajo que, presentado bajo el pseudónimo de "Dorothea", ha resultado merecedor del citado premio consistente en 1.500 euros y un artístico trofeo. El ensayo lleva por título "Autocuidados y salud en familiares de personas afectadas de procesos crónicos" del que, una vez descubierta la plica correspondiente, tenía como autora a la enfermera María José Morano Torrecusa.

Uno de los alicientes más destacados que se viven en cada edición del Día de San Juan de Dios gira en torno a desvelarse el Fallo del Certamen de investigación profesional Ciudad de Huelva que el Colegio Oficial organiza y convoca desde hace, prácticamente, dos décadas. En concreto, la decimonovena edición ha ido a manos de María José Morano por un ensayo que habla del autocuidado en los familiares de enfermos críticos para ayudar a descubrir y resolver las necesidades que se presentan al núcleo familiar cuando uno de sus miembros es ingresado en la UCI.

Crisis

La autora del trabajo comienza precisando una serie de principios básicos en referencia a la familia como "centro de interés de la disciplina enfermera". La familia, núcleo social por antonomasia entendida como "un sistema o grupo familiar" en el que la "hospitalización de uno de sus miembros crea una situación de crisis" por cuanto el ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados intensivos (UCI) somete a los miembros de su familia a una "situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación" además de ocasionar al núcleo familiar "trastornos a nivel psicológico y social, que, en ocasiones, requieren de tratamiento especializado".

Tanto es así que, en este contexto, los componentes familiares del paciente "se enfrentan a una difícil situación que implica cambio de roles, desplazamiento del hogar y miedo a la muerte". Se trata de un marco ciertamente delicado que puede llegar a repercutir, como apunta Morano, "no solo en la salud psicológica de la familia sino en la propia recuperación del paciente".

En uno de sus apartados, el trabajo vencedor del Certamen Ciudad de Huelva apunta las distintas fases por las que atraviesan los familiares del paciente ingreso en la UCI y que, resumidamente, hablan de una "confusión oficial, incertidumbre" (no saben donde están y a quién preguntar), seguida de la "búsqueda de información" (para salir de la confusión inicial), tras lo que llega la "observación del entorno" (seguimiento de los cuidados que recibe el paciente) y desembocar en la fase denominada "obtención de recursos" (o soporte emocional).

Relevancia

Y es ahí, justo en ese proceso, donde la actuación de la enfermería puede adquirir "un papel relevante" respecto a estas personas a través de la identificación de sus necesidades y problemas surgidos por la nueva situación que se ven obligados a afrontar M^a José Morano sostiene que "las enfermeras asistenciales ocupan un lugar privilegiado (...) están en la mejor posición para ayudar a las familias en una UCI" durante la hospitalización del ser querido. No obstante, la ganadora del XIX Certamen deja constancia de que, según determinados estudios, "se corrobora que algunas enfermeras todavía, carecen de los conocimientos necesarios para ayudar a estas familias".

Los años en la UCI

María José Morano, la última vencedora del Certamen, es una enfermera que vivió en Paymogo y que solo abandonó Sierra Morena cuando tuvo que irse a Huelva para estudiar enfermería, entre los años 1987-1990. Como profesional, ha estado veinte años vinculada a la UCI del Juan Ramón Jiménez pese a lo cual asegura "no haberse quemado" en ese servicio. Precisamente el trabajo lo realizó en la propia UCI. Desde el pasado otoño, es coordinadora de Medicina Interna en el Vázquez Díaz donde ha pasado a la gestión. Casada y madre de dos hijos, admite entre sonrisas que "la asignatura de la conciliación familiar es algo muy complicado. Por suerte, ahora tengo un turno más estable pero sé lo difícil que es conciliar vida personal y laboral".



XIX Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Huelva

Ganadora: Dña. María José Morano Torrecusa

Colegiada en Huelva

Trabajo: "Autocuidados y Salud en familiares de personas afectadas de procesos críticos"

Dotación: 1.500 euros

HOMENAJE DEL COLEGIO A LOS JUBILADOS DE 2012



Huelva.- Redacción

**Gonzalo
García:**
"Alcanzar
una larga
vida laboral
merece
nuestro
respeto y
aplauaso"

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva no quiso olvidarse, con ocasión de la festividad del Patrón, de aquellos profesionales que, en el discurrir del último año, dejaron la edad laboral para pasar a engrosar la lista de unos flamantes jubilados donde las obligaciones profesionales dejaron, al fin, paso a una vida personal más independiente.

Apartado muy especial para la experiencia profesional en grado sumo. Hablamos de la última "promoción" de enfermeras y enfermeros que han llegado al final de sus respectivas trayectorias profesionales después de haber recorrido un largo y nunca sencillo, camino —de más de treinta y hasta cuarenta años— dedicados a la atención del ser humano.

Para todos ellos se ha abierto, a partir de ahora, una nueva etapa en sus vidas que poco tendrá que ver con la actividad cotidiana vol-

cada en el ejercicio de la profesión. La bien ganada jubilación merece este tiempo que se ofrece para la dedicación familiar, el ocio.

Relevo

En el Día de San Juan de Dios, el colegio tuvo un apartado especial para quienes ya ostentan la categoría de jubilados de la enfermería onubense. Son, en concreto, nueve los protagonistas de este relevo generacional a quienes el presidente del Colegio, Gonzalo García, y en nombre del colectivo expresó su felicitación y la disposición del organismo colegial para seguir contando con su experiencia. No todos pudieron comparecer físicamente al acto conmemorativo del Patrón pero sí estaban presentes en cuanto a la emoción que representaba este homenaje del Colegio al que pertenecían y, obviamente, siguen perteneciendo ahora como jubilados.

Vida profesional

Gonzalo García Domínguez ha querido elogiar "lo que representan este grupo de compañeras y compañeros que han sabido cumplir, fielmente, con el objetivo que se trazaron hace tanto tiempo. Desde entonces, cuando comenzaron su ejercicio sanitario, han tenido una larga vida profesional dedicada al paciente y eso merece nuestro mayor respeto y aplauso"

Jubilados 2012 de la enfermería onubense

D. Antonio García Jiménez
D. Domingo Rodríguez Reina
Dña. Ma Isabel R. Arana Álvarez
D. Catalino Álvarez Méndez
D. Cristóbal Domínguez Borrero
Dña. Ma Ángeles Martín Castellano
Dña. Leonilla L. Sontero Rentería
Dña. Manuela D. Hurtado García
D. Julián Domínguez Marín

El Colegio destacó sus "trayectorias y ejemplo"

Medallas al mérito profesional para Milagros Trinidad y Manuel Carpintero

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva hizo entrega, en el mismo Día del Patrón, de las Medallas al Mérito profesional que, como institución, tiene a bien conceder en base a una serie de argumentos entre los que destacan la observancia de "una dilatada e intachable trayectoria profesional con mas de 20 años de ejercicio" en sus destinatarios. En la ocasión de 2013, el Colegio distinguió a dos profesionales de enfermería onubense: Dña. Milagros Trinidad Gallardo y D. Manuel Carpintero Pino.

Entre aplausos, el Colegio de Enfermería de Huelva hizo entrega, a los asistentes, de una de sus condecoraciones mas queridas: la que habla del "Mérito profesional". El presidente Gonzalo García Domínguez felicitó, en nombre de la corporación, a quienes, en este Día de San Juan de Dios, iban a ser distinguidos en base a una serie de consideraciones contempladas en el acta del jurado levantada al efecto.

Expediente

En dicha acta se subraya que la Junta de Gobierno del Colegio, reunida en fecha 22 de enero 2013 y en uso de las competencias que le atribuyen los Estatutos en vigor aprobados el 15/julio/2009, acordaba, por unanimidad, y previa instrucción del oportuno expediente en el que constan los méritos y circunstancias de las personas propuestas, conceder las Medallas al Mérito profesional a favor de dos colegiados: Dña. Milagros Trinidad Gallardo y D. Manuel Carpintero Pino.



Milagros Trinidad y Manuel Carpintero tras recibir la Medalla al Mérito del Colegio

En el acta de la Junta de Gobierno constan varios puntos en los que se contemplan, entre otras consideraciones, que en ambos profesionales de enfermería se observa "una dilatada e intachable trayectoria profesional con mas de 20 años de ejercicio en los que siempre ha imperado la excelencia". También, el Colegio ha destacado que en los nominados se ha podido constatar "una meritoria colaboración y un alto grado de implicación en la formación de nuevos enfermeros, con vocación de asesorar y disposición para compartir sus amplios conocimientos con otros compañeros, así como una destacable predisposición para el trabajo en equipo".

Empatía

Tras resaltar que ambos profesionales han hecho gala de un "exquisito trato, cercano, amable y humano cargado de empatía hacia las personas a su cuidado", se elogia un conjunto de cualidades humanas y profesionales merecedoras del respeto y admiración de los compañeros con los que han ido coincidiendo a lo largo de mas de dos décadas; respeto y admiración que es, a su vez, compartido por la Junta de Gobierno del Colegio, y que, en base a todas estas valoraciones, el nombre de los citados Dña. Milagros Trinidad Gallardo y D. Manuel Carpintero Pino recibieran la Medalla al Mérito profesional quedando sus nombres inscritos para la posteridad en el Libro correspondiente de la institución colegial de la provincia de Huelva.

El presidente Gonzalo García, ha querido subrayar a esta Revista que "con este homenaje hemos querido, primeramente, destacar dos trayectorias dignas de todo elogio que, además, deben representar un claro ejemplo para el resto del colectivo y muy esencialmente para quienes se van incorporando a las filas de la enfermería provincial, los más jóvenes que han de imbuirse de unos valores que, justamente, hemos querido señalar en Milagros y Manuel". Tras felicitar efusivamente a los galardonados, estos dejaron constancia de su profundo agradecimiento para el Colegio por un gesto que entendieron fundamental en sus respectivas carreras profesionales.

X JORNADAS DE FEAFES HUELVA EN SALUD MENTAL



Atención al enfermo mental en Huelva

Huelva.- Redacción

La Asociación de Familiares, allegados y personas con enfermedad mental de Huelva y su provincia (Feafes-Huelva) nos ha trasladado la información acerca de un interesante proyecto. Se trata de la celebración de las X Jornadas Feafes-Huelva y I Congreso Andalúz Virtual que tendrán lugar, el próximo mes de abril, bajo el título: "Por la protección de la salud mental".

El escenario donde va a desarrollarse este foro es el salón de actos de la facultad de enfermería de la Universidad de Huelva durante los días 23 y 24 de abril. La Asociación Feafes de la provincia onubense lleva ejerciendo su actividad desde el año 1992 y lo hace "en beneficio de las personas víctimas de la enfermedad mental como de sus familiares" más cercanos. Desde su inicio, tiene un cometido de potenciar su labor reivindicativa con la finalidad de "recabar la mejora en la asistencia socio-sanitaria para las personas que sufren enfermedad mental y sus familias".

Dedicación

Los requerimientos familiares son muy corrientes, entre ellos el desconocimiento de las características de esta dolencia acompañado de la falta de comprensión y entendimiento de la misma así, como ignorancia de los recursos a los que acudir sin olvidar otros factores de importancia tales como el estrés y el agotamiento que aparecen ante la ineludible y continua dedicación al cuidado del familiar que padece la patología.

Precisamente, la Asociación Feafes Huelva destaca la trascendencia de los llamados "cuidadores informales" o personas de la familia que están asumiendo una labor esencial del cuidado pese a que sin tener los conocimientos específicos, desempeñan una difícil tarea como es cuidar al familiar afectado por alguna dolencia mental grave. Ejercen, en consecuencia, de enfermeras, cuidadores permanentes, guardadores legales etcétera... De ahí que Feafes-Huelva tiene como objetivo promover de las instituciones públicas para que "adopten las medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familiares". Todos estos y otros muchos más enunciados, a debate en estas X Jornadas.

Programa

Estas Jornadas, tienen solicitada la acreditación de formación continua entre 3 y 5 créditos a la Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Salud; la conferencia inaugural va a estar a cargo de Pablo García Cubillana de la Cruz, enfermero especialista en de salud mental y técnico del programa de salud mental del SAS, el cual será presentado por el profesor de enfermería Juan Gómez Salgado.

Las jornadas están dirigidas a un amplio abanico de profesiones: psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermería, auxiliares de enfermería, abogados, trabajadores sociales, educadores sociales, profesionales de enseñanza primaria y secundaria, así como a familiares integrados en Feafes de Huelva y personas con la enfermedad. En el programa se contemplan numerosas ponencias, seminarios, talleres, mesas redondas... además de la proyección de la película "Solo". En la mayoría habrá intervenciones de enfermeras y enfermeros en salud mental. Toda la información se localiza en la sede de Feafes Huelva, tfno. 959/24 74 10 y www.feafes-huelva.org

ENFERMERÍA Y LOS AUTOCUIDADOS AL “PACIENTE FRÁGIL”



Enfermera del I. Elena ofrece cuidados a una paciente

Huelva.- Redacción

La enfermería del hospital Infanta Elena ha implantado, por diferentes áreas hospitalarias, unos programas de formación en autocuidados dirigido a los pacientes pluripatológicos y que, por lo mismo, necesitan de una atención específica. Esta innovación busca que estos enfermos aprendan a controlar sus síntomas en evitación de complicaciones posteriores. Durante el pasado año, un millar de enfermos con semejante perfil recibieron una información que contribuye a mejorar su calidad de vida.

Los catalogados como "pacientes frágiles" del hospital Infanta Elena son objeto de una atención específica por parte de la enfermería adscrita a determinadas áreas de hospitalización. Se trata, en concreto, de nuevos programas de formación en autocuidados para que los enfermos pluripatológicos, como aquellos otros que demandan unos cuidados específicos, puedan aprender a controlar los síntomas de sus respectivas dolencias lo que supone evitar problemas posteriores y, a la vez, contribuye a mejorar su calidad de vida.

Seguimiento

El hospital Infanta Elena ha dado cuenta de que alrededor de mil pacientes con este perfil recibieron, durante el pasado 2012, ésta, digamos, formación en autocuidados que también incluye a las personas (familiares en grado directo) que ejercen como cuidadores y que son colaboradores muy cercanos de los profesionales sanitarios en la tarea común de velar por su estado de salud. Con estos programas se trata de que alcancen no sólo una serie de conocimientos y habilida-

des en pacientes pluripatológicos y sus cuidadores sino el seguimiento (adherencia) y buena administración de los medicamentos y tratamientos necesarios para mantener el mejor estado de salud.

En el Infanta Elena, alrededor de la mitad (500) del número de enfermos frágiles y afectados de problemas urológicos tomaron parte en este programa para adquirir conocimientos, siquiera a niveles más básicos, en el manejo de la herida quirúrgica o el uso adecuado de la sonda vesical que, durante cierto tiempo, deben mantener en el propio hogar. Otro grupo (200) de enfermos víctimas de la EPOC (enfermedad obstructiva crónica pulmonar) o con insuficiencia cardíaca también participaron de esta formación que abarca desde el momento de ingresar en el hospital como durante la estancia y el alta. Con estas herramientas de autocuidado se puede facilitar que el protagonista (enfermo) logre mantener una vida lo más autónoma posible y con cierto nivel de independencia respecto al centro sanitario.

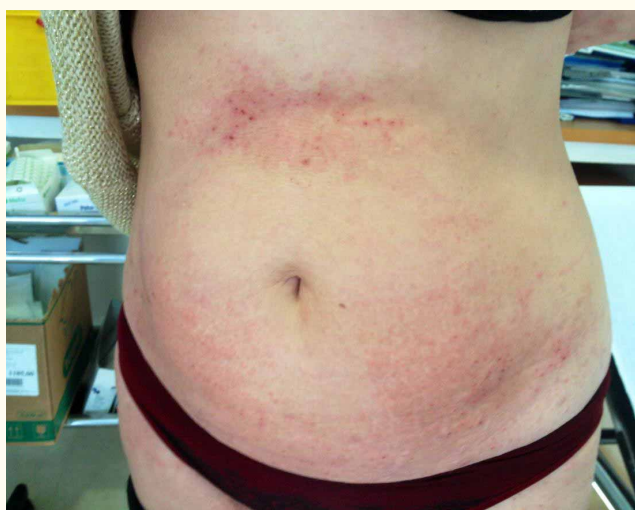
Botiquín doméstico

El personal de enfermería del Infanta Elena, como decimos, ha ofrecido información y pautas de conocimiento acerca de asuntos tan variados y domésticos como, por ejemplo, el control del tradicional "botiquín domiciliario", el necesario cuidado de las indicaciones para una óptima conservación de los medicamentos, el manejo correcto de los dispositivos que hayan sido implantados al paciente, la higiene de la piel y las mucosas, la regulación de la movilidad y la seguridad del enfermo con alto nivel de dependencia ■

ESTANDARIZACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA PROBLEMAS ESPECÍFICOS BASADOS EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA. DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-SEVERA

AUTORAS:

- Rosa Wall Monis. DUE dispositivo de apoyo distrito condado-campiña. Colegiada nº 3550
- María José Macías Rodríguez. DUE unidad móvil distrito condado-campiña. Colegiada nº 3347



RESUMEN

La dermatitis atópica es una enfermedad autoinmune, de etiología desconocida, que ha aumentado su prevalencia considerablemente en las últimas décadas. Varias son las causas que han podido contribuir a dicho aumento, como son la contaminación, la excesiva higiene, el estrés, la alimentación, cambios en el estilo de vida,... Además del tratamiento médico, es

necesario abordar un plan de cuidados estandarizado para poder alcanzar el objetivo final de distanciar los brotes, ya que la cronicidad de dicha patología requiere una continuidad en su tratamiento para lograr minimizar la severidad de las exacerbaciones y poder gestionar eficazmente la salud.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis atópica, plan cuidados enfermería.

ABSTRACT

Atopic dermatitis is an autoimmune disease of unknown etiology, prevalence has increased considerably in recent decades. There are several reasons that have contributed to this increase, such as pollution, excessive hygiene, stress, diet, changes in lifestyle, ... Besides medical treatment, it is necessary to address a standardized care plan to achieve the ultimate goal of distancing outbreaks because the chronicity of this disease requires a continuity of treatment to achieve minimize the severity of exacerbations and to effectively manage health.

KEYWORDS: Atopic dermatitis, nursing care plan.

INTRODUCCIÓN

Está demostrado que la piel atópica es diferente en su morfología y funcionalidad a la piel sana, por tanto, las funciones de barrera cutánea, defensiva y termorreguladora son deficitarias. Los cambios histológicos que presenta dicho órgano (el más extenso del cuerpo humano), como son el déficit de ceramidas y de algunas proteínas como son la filagrina, dan lugar a un estrato córneo anormal, donde el agua se pierde con más facilidad produciéndose su deshidratación. Además, la respuesta inmune mediada por las células de Langerhans es exagerada, produciendo una elevada concentración de citoquinas proinflamatorias, responsables del eritema, prurito y consecuentes heridas de dicha piel debido al rascado.

El cuidado de la piel atópica está basado en tres pilares principalmente, cuyo cumplimiento nos garantizará el objetivo final del tratamiento, que es el distanciamiento de los brotes que puede sufrir el paciente, mejorando su calidad de vida. Dichos pilares son

- Hidratación diaria: Se recomienda la hidratación dos o tres veces al día para compensar en la medida de lo posible la pérdida de agua a través del estrato córneo, ya que dicha barrera es deficitaria.
- Evitación de desencadenantes: Estos desencadenantes pueden ser, lana, sintéticos, aeroalérgenos (ácaros del polvo, hongos, polen, epitelio de animales,...), alteraciones emocionales (ansiedad, estrés), sudoración, ambientes contaminados, humo del tabaco, jabones, lociones irritantes, perfumes, aguas cloradas, cambios bruscos de temperatura,...
- Tratamiento con corticoides/inmunomoduladores: Indicados durante las exacerbaciones. El descubrimiento de inmunomoduladores tópicos en el año 2002 supuso un gran avance en el tratamiento, disminuyendo la necesidad de corticoides y de sus efectos secundarios como son la atrofia cutánea.

La estandarización del plan de cuidados de enfermería al paciente con dermatitis atópica moderada-severa constituye uno de los pilares fundamentales para la calidad de la prestación sanitaria, disminuyendo la variabilidad profesional a través de la utilización de un lenguaje común basado en la NANDA. Mediante la aplicación de dicho proceso enfermero, y en base a la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, elegimos adecuadamente los diagnósticos y consensuamos con el paciente el plan de cuidados, orientándolos hacia la consecución de los criterios de resultado (NOC), a través de las intervenciones referidas (NIC).

VALORACIÓN SEGÚN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

1. RESPIRAR NORMALMENTE. Sin alteraciones.
2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE: Alergias alimentarias. Algunos alimentos pueden desencadenar brotes, (frutos secos, cítricos, fresas, chocolate,...).
3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES: Sin alteraciones.
4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS: Limitación de amplitud de movimientos articulares, debido a heridas en flexuras y falta de elasticidad de la piel. Pasea diariamente, aunque no puede practicar ningún deporte que implique sudoración y consecuente desencadenamiento de un brote.
5. DORMIR Y DESCANSAR: Interrupciones del sueño. Sueño no reparador debido al intenso prurito.
6. ESCOGER ROPA ADECUADA; VESTIRSE/ DESVESTIRSE: Elección de prendas de algodón o lino, y evitación de fibras sintéticas.
7. MANTENER LA Tª CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE: Sensibilidad al calor aumentada, piel enrojecida y caliente al tacto.
8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL: Piel deshidratada, cambios en la elasticidad. Pérdida en la continuidad de la piel, debido principalmente al rascado.
9. EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONES A OTRAS PERSONAS: Piel reactiva a aeroalérgenos (ácaros, polen, epitelio de animales...)
10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, OPINIONES Y TEMORES: Necesidad en dermatitis atópica de lactantes/ niños pequeños.
11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS: Expresa desagrado de su imagen corporal.
12. OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE RELACIÓN PERSONAL: Sensación habitual de estrés.
13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: Falta de voluntad para realizar actividades.
14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES: Desea mas información sobre medidas higiénico-dietéticas, medicación y manejo ambiental.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA), CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) E INTEVENCIONES ENFERMERAS (NIC):

DX: 00133. Dolor r/c incapacidad física, m/p informe verbal de dolor, trastornos del sueño.					
NOC: Control del dolor. 001605.	Escala likert.				
160501. Reconoce factores causales.	1	2	3	4	5
160511. Refiere dolor controlado.	1	2	3	4	5
160508. Utiliza los recursos disponibles.	1	2	3	4	5
160503. Utiliza medidas preventivas.	1	2	3	4	5
NIC: Facilitar la autorresponsabilidad. 004480.					

Actividades	<p>Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.</p> <p>Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.</p> <p>Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, si procede.</p> <p>Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futuro.</p>
NIC: Enseñanza. Procedimiento/ tratamiento.005618.	
Actividades	<p>Informar al paciente acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede.</p> <p>Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.</p> <p>Describir las valoraciones/ actividades posteriores al procedimiento/ tratamiento y el fundamento de las mismas.</p> <p>Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento.</p>
NOC: Nivel de depresión. 01208.	Escala likert.
120832. Disminución del apetito.	1 2 3 4 5
120823. Irritabilidad.	1 2 3 4 5
120819. Baja autoestima	1 2 3 4 5
NIC: Control del humor. 005330.	
Actividades	<p>Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.</p> <p>Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/ sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes).</p> <p>Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática).</p> <p>Administrar medicamentos estabilizadores del humor.</p>
NOC: Nivel del dolor. 02102.	Escala likert
210221. Frotarse el área afectada.	1 2 3 4 5
210208. Inquietud.	1 2 3 4 5
210223. Irritabilidad.	1 2 3 4 5
210215. Pérdida de apetito.	1 2 3 4 5
NIC: Manejo de la medicación. 002380.	
Actividades	<p>Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.</p> <p>Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</p> <p>Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.</p> <p>Proporcionar al paciente y a los miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de medicamentos, según sea necesario.</p>

Dx.: 00046. Deterioro de la integridad cutánea r/c hidratación, cambios en el tesor y déficit inmunitario, m/p destrucción de las capas de la piel.

NOC: Curación de la herida por primera intención .001102

Escala likert

110203. Resolución de la secreción serosa de la herida.

1

2

3

4

5

110212. Resolución de la sequedad.

1

2

3

4

5

110212. Resolución del prurito.

1

2

3

4

5

110212. Hidratación.

1

2

3

4

5

NIC: Administración de medicación (tópica). 002316.

Actividades

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
 Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
 Extender la medicación uniformemente sobre la piel, según sea conveniente.
 Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.

NIC: Vigilancia de la piel. 003590.

Actividades

Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
 Observar si hay erupciones o abrasiones en la piel.
 Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
 Observar si la ropa queda ajustada.

NIC: Manejo del prurito. 3550.

Actividades

Colocar guantes durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según sea conveniente.
 Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente.
 Administrar antipruriginosos, según esté indicado.
 Aplicar frío para aliviar la irritación.
 Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.
 Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa.
 Aconsejar al paciente a no utilizar ropa muy estrecha y tejidos de lana o sintéticos.
 Enseñar al paciente a mantener cortas las uñas.
 Instruir al paciente para minimizar la sudoración evitando ambientes cálidos.
 Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana, según sea conveniente.
 Instruir al paciente a que se bañe con agua tibia y a secarse bien.
 Enseñar al paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.

Dx.: 00118. Trastorno de la imagen corporal r/c ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo, m/p respuesta no verbal a cambios corporales reales (aspecto, estructura y función)

NOC: Adaptación a la discapacidad física. 001308.

Escala likert

130801. Expresa capacidad para adaptarse a la discapacidad.	1	2	3	4	5
130808. Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida.	1	2	3	4	5
130819. Informa de la disminución de la imagen corporal negativa.	1	2	3	4	5
130820. Informa del aumento del confort psicológico.	1	2	3	4	5

NIC: Potenciación de la autoestima. 005400

Actividades

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

NIC: Potenciación de la imagen corporal. 005220

Dx.: 00004. Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.

NOC. Curación de la herida: por primera intención. 001102.

Escala likert.

110203. Resolución de la secreción serosa de la herida.	1	2	3	4	5
110212. Resolución de la sequedad.	1	2	3	4	5
110212. Hidratación.	1	2	3	4	5
110212. Textura.	1	2	3	4	5

NIC.: Protección contra las infecciones. 006550.

Actividades

- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Fomentar la ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.
- Enseñar a paciente y a la familia a evitar infecciones.

NIC.: Cuidados de las heridas. 003660.

Actividades

- Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede.
- Enseñar al paciente/familia los signos y síntomas de la infección.
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

Dx.: 00008. Termorregulación ineficaz r/c enfermedad m/p piel enrojecida, caliente al tacto y escalofríos leves.					
NOC. : Termorregulación (000800).		Escala likert.			
080007. Cambios de coloración cutánea.	1	2	3	4	5
080015. Comodidad térmica referida.	1	2	3	4	5
080001. Temperatura cutánea afectada.	1	2	3	4	5
080011. Tiritona con el frío.	1	2	3	4	5
NIC.: Regulación de la temperatura. 003900.					
Actividades	<p>Observar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.</p> <p>Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.</p>				
NIC.: Manejo ambiental. 006480					
Actividades	<p>Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</p> <p>Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.</p>				

Dx.: 00078. Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del sistema de cuidados de la salud m/p verbaliza deseos de manejar la enfermedad y dificultad con el régimen prescrito.					
NOC.: Conducta de cumplimiento. 001601.		Escala likert.			
160112. Monitoriza la respuesta al tratamiento.	1	2	3	4	5
160108. Realiza actividades de la vida diaria según prescripción.	1	2	3	4	5
160111. Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario	1	2	3	4	5
160108. Realiza actividades de la vida diaria según prescripción.	1	2	3	4	5
NIC. : Acuerdo con el paciente. 004420.					
Actividades	<p>Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/acciones.</p> <p>Explorar con el paciente las razones del éxito o falta de éste.</p>				
NIC.: Establecimiento de objetivos comunes. 004410.					
Actividades	<p>Volver a valorar los objetivos y el plan, si procede.</p> <p>Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.</p> <p>Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.</p>				
NOC.: Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. 01609		Escala likert.			
160904. Cumple el nivel de actividades prescritas.	1	2	3	4	5
160902. Cumple el régimen terapéutico recomendado.	1	2	3	4	5
160909. Supervisa los efectos secundarios del tratamiento.	1	2	3	4	5
160908. Supervisa los efectos terapéuticos.	1	2	3	4	5

NIC.: Enseñanza: proceso de enfermedad. 05602					
Actividades	Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.				
	Identificar las etiologías posibles, si procede. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. Discutir las opciones de terapia/ tratamiento.				
NOC.: Conocimiento: Régimen terapéutico. 001813.			Escala likert.		
181307. Actividad prescrita.	1	2	3	4	5
181304. Efectos esperados del tratamiento.	1	2	3	4	5
181310. Proceso de la enfermedad.	1	2	3	4	5
NIC.: Enseñanza: Procedimiento/tratamiento. 05618					
NOC.: Control de síntomas. 001608.			Escala likert.		
160801. Reconoce el comienzo del síntoma.	1	2	3	4	5
160807. Utiliza medidas de alivio del síntoma	1	2	3	4	5
160806. Utiliza medidas preventivas	1	2	3	4	5
NIC.: Enseñanza: proceso de enfermedad. 05602.					

Dx.: 000198. Trastorno del patrón del sueño r/c interrupciones m/p informes de haberse despertado.					
NOC.: Bienestar personal			Escala likert		
200208. Capacidad de relax.	1	2	3	4	5
200213. Capacidad de controlar actividades.	1	2	3	4	5
200209. Nivel de felicidad.	1	2	3	4	5
200201. Realización de actividades de la vida diaria.	1	2	3	4	5
NIC.: Mejorar el sueño. 01850					
Actividades	<p>Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.</p> <p>Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño .</p> <p>Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</p> <p>Identificar los medicamentos que el paciente está tomando para el sueño.</p> <p>Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.</p>				
NIC.: Facilitar la meditación. 005960					
Actividades	<p>Preparar un ambiente tranquilo.</p> <p>Ordenar al paciente que relaje sus músculos y permanezca relajado.</p> <p>Ayudar al paciente a seleccionar un lema mental de repetición durante el procedimiento (repetir una palabra, como "uno").</p> <p>Continuar con el ejercicio de respiración centrándose en el lema mental elegido ("uno") todo el tiempo que sea necesario o se desee.</p> <p>Al terminar indicar al paciente que se quede tranquilo durante varios minutos con los ojos abiertos.</p>				

NIC.: Terapia de relajación simple. 006040

Actividades Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.
Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda, sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, FC, presión sanguínea y Tª de la piel, si procede.
Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

NOC.: Sueño. 000004.

Escala Likert.

000404. Calidad del sueño.	1	2	3	4	5
000425. Dolor.	1	2	3	4	5
000401. Horas de sueño.	1	2	3	4	5
000406. Sueño interrumpido.	1	2	3	4	5

NIC.: Manejo ambiental: confort. 006482

Actividades Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
Determinar las fuentes de incomodidad.
Ajustar la Tª ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
Proporcionar un ambiente limpio y seguro. Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (aplicar cremas dérmicas, limpieza corporal, etc...)
Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes.

NIC.: Manejo del dolor. 001400

Actividades Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.
Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.

BIBLIOGRAFÍA

- Morfin-Maciel BM. "Dermatitis atópica, fisiopatogenia, cuadro clínico y diagnóstico". *Alergia, asma e inmunología pediátricas*. Febrero 2001. Vol 10. p12-14.
- Heather Herdman T., Lunney M, Brokel J.. *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011*. 1ª edición. Barcelona: Ediciones Elsevier España S.L., 2010. 431 p. ISBN: 978-84-8086-481-7.
- Maintz, Novak N. JEADU. Haciéndose más y más complejo: fisiopatología del eczema atópico. Julio-agosto 2007; Vol 17. p 267-83.
- La asociación española de familiares y pacientes de dermatitis atópica. <http://www.adeaweb.org>.
- Johnson M., Bulechek G., Butcher H., Dochterman J.M., Maas M., Moorhead S., Swanson E. *Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª edición. Barcelona. Ediciones Elsevier España S.L, 2007. 693 p. ISBN: 978-84-8174-946-5.
- Fernández Vozmediano JM., Armario Hita JC. "Nuevas perspectivas terapéuticas en dermatitis atópica". *Med Cutan Iber Lat Am*. 2011. Vol 10. p. 30-36.
- Busi FM. "Barrera epidérmica en dermatitis atópica". *Rev Asoc Col Dermatol*. 2008. Vol 16. p 293-301.
- Bulechek G. M.; Butcher, K; Mc Closkey J.; *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ª edición. Barcelona. Ediciones Elsevier. 2009. 976 p. ISBN: 978-84-8086-389-6.
- Kierszenbaum A. L.; *Histology and cell biology*. St. Louis: Mosby. Elsevier 2ª edición 2006.



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.

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 podrán ser remitidos por correo postal, correo electrónico (en un único archivo del tipo *.doc) 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.

Aspectos formales del manuscrito:

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio con letra Times New Roman tamaño 12, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms. La extensión máxima del documento no debe superar las 3500 palabras incluyendo todos sus apartados.

Los trabajos de investigación del tipo original o de revisión deberá seguir las siguientes directrices:

- La primera página incluirá la siguiente información:
 - Título del trabajo.
 - Nombre y apellido de los autores. Es importante que los autores decidan su Nombre Bibliográfico Único de cara a la correcta identificación en las distintas bases de datos en base a las recomendaciones internacionales.
 - Dirección del centro de trabajo.
 - Dirección completa para correspondencia.
- La segunda página incluirá:
 - Resumen con no más de 200 palabras preferentemente estructurado en objetivo, método, resultado y conclusiones.
 - Palabras clave o descriptores. En número entre 3 y 6, deben contener los descriptores que más se adecuen al artículo y que estén contenida en los *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) o en su defecto los *Medical Subject Heading* (Mesh) del Index Medicus.

- En las siguientes páginas se incluye el cuerpo del artículo con los apartados:

- Introducción.
- Método.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía. Se detallarán de manera correlativa a la aparición en el texto. El número de la cita se reflejará en el documento con números entre paréntesis o superíndice. Las referencias bibliográficas se escribirán atendiendo a la última versión disponible de los Requisitos de Uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas (Normas de Vancouver).
- Tablas y figuras. Deben incluir leyenda e ir numeradas e identificadas correctamente en el texto.

Proceso editorial:

- 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.
- La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación.
- Una vez recibido el manuscrito se acusará recibo del mismo en un periodo aproximado de 15 días.
- Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación en primer lugar por el Comité Editorial y, si procede, por revisores externos.
- Una vez revisado recibirá notificación sobre la aceptación o no del documento, indicando en su caso los cambios que deberían realizar los autores para adecuar el manuscrito.
- Realizadas las modificaciones oportunas se le comunicará la aceptación definitiva y la fecha aproximada de publicación.

Días antes de la publicación definitiva se le enviará el artículo con la forma en la que será publicado (galera) para su revisión final.

Entre los aspectos a evaluar por el comité están incluidos:

- Calidad científico-técnica, resumen en inglés y metodológica.
- Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.

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

MÁS DE 1.500 ONUBENSES HAN SIDO ATENDIDOS EN CLÍNICA BAVIERA EN EL ÚLTIMO AÑO

El centro oftalmológico celebra su primer aniversario en la ciudad y su equipo ya ha realizado más de **350 intervenciones**

Los problemas refractivos, la vista cansada y las cataratas son los defectos visuales más habituales

Huelva, 17 de febrero de 2013.- **Clínica Baviera Huelva** cumple un año desde su apertura y se consolida como uno de los centros oftalmológicos de referencia en la provincia gracias a la buena acogida recibida por parte de los onubenses. De hecho, el equipo médico del centro ha atendido 1.540 consultas y en total, se han realizado 356 intervenciones: 256 actuaciones con láser y más de 100 cirugías intraoculares. La mayor parte de estos procedimientos tenían como objetivo corregir problemas refractivos (miopía, hipermetropía y astigmatismo), presbicia (vista cansada) y cataratas. La clínica, ubicada en la calle Doctor Rubio, nº 8 dispone de una superficie de 450 m² y cuenta con un completo equipo de profesionales liderado por la Dra. Rubio y el Dr. Ernesto Lugo, que se acaba de incorporar a la compañía procedente de la Unidad de Oftalmología del Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Según la **Dra. Julia Rubio**, Directora Médica de Clínica Baviera Huelva, el éxito de la clínica en este primer año está fundamentado en dos pilares: *“el prestigio del que Clínica Baviera ya gozaba entre los onubenses, que acudían a las distintas clínicas de la compañía en Sevilla, y la confianza depositada por los pacientes en el nuevo centro y en su equipo médico”*. Por ello, la Dra. Rubio quiere *“agradecer el apoyo y confianza recibidos hasta la fecha y ratificar su compromiso de seguir ofreciendo atención oftalmológica del más alto nivel y calidad”*.

Asimismo, para facilitar el acceso del mayor número posible de personas a sus servicios médicos, Clínica Baviera mantiene los acuerdos de colaboración alcanzados con las principales instituciones públicas de la provincia (Ayuntamiento de Huelva, Diputación y diversos colegios profesionales), así como con compañías aseguradoras e importantes empresas y colectivos a nivel provincial (R.C. Recreativo de Huelva) para que sus trabajadores y asociados disfruten de precios especiales.

Clínica Baviera, además de ofrecer una solución para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, presta especial atención al tratamiento para la eliminación de la **presbicia o vista cansada**, un defecto visual que afecta al 95% de las personas mayores de 55 años y que hoy en día tiene una solución quirúrgica segura y muy eficaz.

CLÍNICA BAVIERA es una institución médica española especializada en oftalmología que, con más de 70 centros, está presente en cinco países europeos (España, Alemania, Austria, Holanda e Italia) y cotiza en Bolsa desde 2007. Fundada hace más de 25 años, la calidad asistencial, sus óptimos resultados médicos y la incorporación de las técnicas más novedosas y solventes han sido su razón de ser. La actividad de Grupo Baviera ha sido reconocida con el Certificado de Calidad ISO 9001.

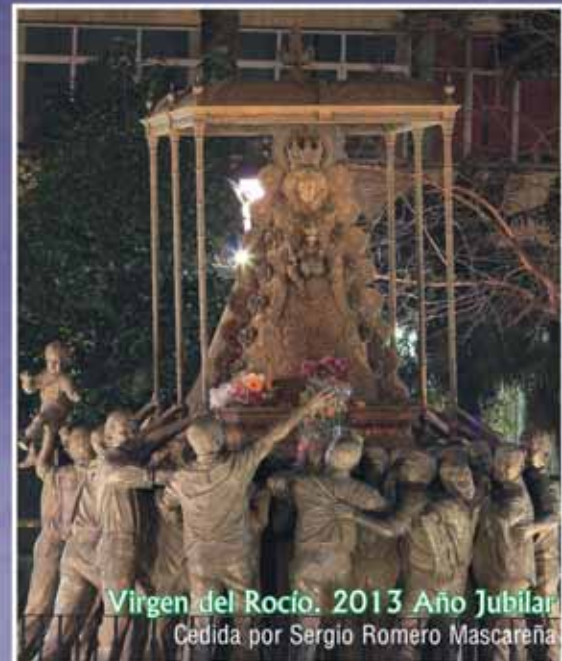


Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

CONVOCA

XXX

Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA



Virgen del Rocío. 2013 Año Jubilar. Cedita por Sergio Romero Mascareña

Bases

1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

2. OBJETO:

Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que, siendo realizados por profesionales de Enfermería, se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo.

3. PREMIOS:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierta cualquiera de las categorías o las dos si considera que los trabajos presentados no reúnen las cualidades necesarias para tales menciones.

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán hallarse en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 22 de Diciembre de 2013, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentarán cinco copias del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernadas y, además, en soporte digital.

Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará " Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva", no apareciendo en éste ningún dato identificativo. En el interior del sobre, junto al trabajo, se acompañará otro sobre cerrado en cuyo interior se detallará nombre del autor, DNI, N° de Colegiado, dirección completa, teléfono así como seudónimo y título del trabajo presentado).

El incumplimiento de estas normas de presentación puede conducir a la descalificación del trabajo por parte del Jurado.

5. CRITERIOS TÉCNICOS:

La estructura de los trabajos será: introducción, objetivos, material y método, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.

Las referencias bibliográficas se citarán en el orden empleado conforme a la última versión de las normas de Vancouver.

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

- Calidad científico-técnica y metodológica.
- Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.
- Producto enfermero.

6. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

7. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos enfermeros, de entre los cuales se nombrará un secretario. Presidirá el Jurado el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

8. FALLO:

El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2014.

9. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva • Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: coleg21@enfermundi.com

<http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es>

INFORMACIÓN