



Enfermería Científica Altoaragonesa

REVISTA CIENTÍFICA DEL COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE HUESCA • NÚMERO 3 • JUNIO 2008

1925



TEATRO OLIMPIA



ENFERMERÍA GERIÁTRICA

- Morir en el hospital: un análisis de las actitudes del personal enfermero

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

- Adicciones sin sustancia

ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA

- Abordaje de Enfermería en un paciente con heridas vasculares mixtas en una unidad de hospitalización de geriatría

	Pág.
Índice	
Editorial	1
Enfermería Geriátrica	2
✓ Morir en el hospital: un análisis de las actitudes del personal enfermero MARÍA BELLOSTA MARTÍNEZ	
Enfermería de Salud Mental	12
✓ Adicciones sin sustancia JOSÉ CARLOS AZÓN BELARRE PATRICIA BERGES USÁN PILAR BLASCO GRAU MARTA ELBOJ SASO JOSÉ GALINDO LASIERRA ELENA FIDALGO ABADÍA	
Enfermería Médico-Quirúrgica	17
✓ Abordaje de Enfermería en un paciente con heridas vasculares mixtas en una unidad de hospitalización de geriatría RAQUEL GONZÁLEZ COCA TERESA MOYA PORTÉ	
Carta al director	26
Normas para la publicación de trabajos	27
Agenda	31



Edita

Colegio Oficial de
Enfermería de Huesca
Avda. Juan XXIII, 5
22003 Huesca
Tel. 974 21 30 68
Fax 974 21 42 86
E-mail:
coleg22@enfermundi.com

Junta de Gobierno

Presidente
D. Juan Carlos Galindo Lanuza
Vicepresidenta
D.^a Nuria Puig Comas
Tesorero
D. Vicente Murillo Risueño
Secretaria
D.^a Pilar Palacio Nasarre
Vocales
D. Daniel Chaverri Fierro
D. Ángel Orduna Onco
D.^a Concepción Latapia López
D.^a Ana M.^a García Pardos
D. Miguel Ángel Allué García
D. Antonio Millán Soler

Comité

Científico Asesor

Presidente
D. Luis A. Hijós Larraz
Secretaria
D.^a Nuria Puig Comas
Vocales
D.^a Carmen Larroche Garcés
D. Arturo Biarge Ruiz
D.^a Carmen Campos Avellana
D. Carlos Viñuales Palomar
D. Daniel Chaverri Fierro

Maqueta e imprime

Gráficas Alós. Huesca
Tel. 974 222 113
22006 Huesca

Depósito Legal

HU-104/06

NOTA: *Enfermería Científica Altoaragonesa* no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas.

Editorial

Enseñanza-aprendizaje y Convergencia Europea ¿Estamos preparados?

Diferentes factores internos y externos favorecen el aprendizaje. Según Gagné, las condiciones internas serían la motivación, la experiencia, las actitudes, las habilidades internas y motrices.

Los factores externos estarán relacionados con un entorno pedagógico que tenga en cuenta los “pasos” y niveles de aprendizaje. Pero todo esto que da el soporte imprescindible para un aprendizaje efectivo, necesita acompañarse en la realidad cotidiana de refuerzos inmediatos, de unos objetivos enunciados con claridad, del medio físico adecuado y de las PERSONAS IMPLICADAS en el proceso.

Este proceso enseñanza-aprendizaje va a tener que adaptarse a los criterios del Espacio Europeo de Educación Superior que dan un papel más activo al alumno. Se requiere que este aprenda haciendo. Entre las herramientas metodológicas se encuentran el Aprendizaje Cooperativo, el Aprendizaje Basado en Problemas y el Método de Casos.

Esta adaptación requerirá un mayor o menor esfuerzo dependiendo de los distintos centros docentes y asistenciales.

Aún así, tod@s tenemos un reto que nos obliga a replantearnos nuestra actuación metodológica. Enfermer@s asistenciales y docentes tendremos que recorrer juntos el camino, no deberá existir una dicotomía. Sabemos que es en la realidad práctica donde debe aplicarse el conocimiento teórico pues sin él la disciplina enfermera no existirá.

Pero el nuevo plan de estudios me dice más cosas; que además de una programación académica con un enunciado de contenidos, competencias y resultados a alcanzar por los alumnos, se tendrá que reflexionar sobre la asistencia, gestión, investigación y sobre la docencia misma.

Se implanta un nuevo plan de estudios al mismo tiempo que empieza a caminar nuestra carrera profesional, el esfuerzo enfermero de muchos años se está viendo reconocido y no debemos desaprovecharlo. Empieza un nuevo camino a recorrer, mucho más ancho y con más futuro que el que ya hemos recorrido; no nos dé miedo caminar por él, somos much@s y no vamos sol@s, las nuevas generaciones de enfermer@s nos acompañarán. Nosotr@s les diremos por dónde ir y ell@s nos aliviarán esa larga caminata con el dinámico empuje de su juventud y motivación. No les defraudemos, ell@s nos miran.

M.^a Carmen Larroche Garcés
Enfermera. Profesora de la E.U.E. de Huesca

Morir en el hospital: un análisis de las actitudes del personal enfermero

Autora: María Bellosta Martínez

DUE del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.
Doctoranda Dpto. Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bellosta Martínez, María. "Morir en el hospital:
un análisis de las actitudes del personal enfermero".
Enfermería Científica Altoaragonesa; 2008; n.º 3

RESUMEN:

En un mundo feliz posmoderno como el actual, la muerte es evitada, escondida, probablemente porque nos enfrenta al límite. Este trabajo intenta sacar a la luz algunos de sus aspectos, abordando un análisis de las actitudes del personal de enfermería del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca ante la cuestión. Se presenta la lectura de una serie de entrevistas en profundidad, realizadas al personal de enfermería del mencionado hospital. La observación participante es otra de las técnicas cualitativas empleadas por la autora. Como anticipo a las conclusiones: los entrevistados se decantan por el uso de sedantes y analgésicos, con prescripción facultativa, para aliviar el

sufrimiento de los pacientes; consideran la eutanasia pasiva como solución aceptable en casos irreversibles; no han recibido formación suficiente para hacerse cargo del duelo; han incluido la prestación de cuidados paliativos en su práctica profesional diaria aunque sin el desarrollo de protocolo alguno; creen que la información debería darse conjuntamente por parte de médicos y enfermeros; consideran que el papel más importante de enfermería es estar al lado del enfermo moribundo y aceptan como algo natural la muerte de la mayoría de los pacientes, de edad avanzada.

PALABRAS CLAVE:

Muerte, actitudes, enfermería, sedación, duelo, cuidados paliativos, eutanasia.

Introducción

Objetivos planteados en la investigación:

1. Conocer las actitudes de enfermería en el HSCJ de Huesca ante la muerte y ver cómo influyen en el proceso terminal del paciente.
2. Conocer la relación de enfermería con el enfermo moribundo y la familia.
3. Averiguar criterios generales sobre formación de enfermería al respecto.

Actualmente los avances tecnológicos y los sofisticados medios curativos del sector sanitario, junto con las características propias de la dinámica social actual (precariedad en el empleo, flexibilidad laboral, incorporación de las mujeres al trabajo remunerado...) han llevado a que la mayoría de los pacientes terminales sean atendidos en centros hospitalarios. Además y como señala el profesor De Miguel (De Miguel, 1995, pp. 109-156), se ha construido un tabú de la muerte. La socialización sobre la muerte que se venía realizando a través de la experiencia moribunda de otros seres queridos, dentro de la propia familia, ha dejado paso al hospital. Y esto es un grave problema, no ya solo para la persona moribunda, cuya imagen rodeada de sus seres queridos en su propio domicilio ha pasado a ser obsoleta y anacrónica (Olivé, 1994, p. 62), sino también para el resto de sus seres queridos, puesto que no es posible enfocar la muerte propia de forma adecuada sin haber sido socializado antes en la muerte de otros seres queridos. De un hecho natural y familiar se ha pasado a un suceso raro e institucionalizado. Ahora al dolor que significa perder la vida se le añade frecuentemente el de la soledad e impersonalidad, como resultado de las características propias de la mayoría de instituciones hospitalarias de nuestro país. Se muere en soledad a causa también de que a menudo se esconde el hecho de que el paciente se está muriendo (se dice que para evitarle el sufrimiento), favoreciendo así que las personas moribundas nieguen su muerte en lugar de trabajar su aceptación. De forma general se puede afirmar que la persona moribunda no siente su muerte, si no que esta es un suceso secreto definido por los médicos y el equipo hospitalario.

En este contexto puede decirse que el colectivo enfermero se enfrenta de forma directa y frecuente a la muerte y agonía ajenas, y que a menudo procura tiempo, cercanía y disponibilidad personal hacia las necesidades de los pacientes al final de la vida, atendiendo al mismo tiempo a las familias. No obstante, aunque resulte habitual ver al personal de enfermería ir y venir alrededor de la cama del paciente, moverse, vigilar el suero, medir la tensión... no es tan común contemplarlo ofreciendo al enfermo moribundo aquella presencia tan importante como es mantenerse al lado de alguien, acompañando su proceso terminal (Dobbs, 1981, p. 47). Tal vez porque la muerte y el duelo son difíciles de soportar, tanto personal como profesionalmente, sea tan infrecuente ver como el enfermo terminal es verdaderamente atendido, de un modo integral, en sus dimensiones física, psicológica y espiritual, por el equipo de enfermería. Estos momentos finales que suelen ser una rutina para el personal de enfermería, resultan siempre algo totalmente nuevo y personal para el paciente.

Método

Este trabajo ha tratado de explorar el tema de la muerte en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca. Se ha elegido este lugar porque en él se producen un número elevado de muertes cada año (dada la elevada edad de sus pacientes), circunstancia que nos sitúa en un balcón estratégico desde el que observar esta etapa final de la vida. No se trata aquí de demostrar unas hipótesis, ni establecer verdades absolutas e indiscutibles. No se busca la explicación ni la predicción, sino la comprensión. Priorizamos el punto de vista de las personas que vivencian una experiencia dada, comprendiendo la intencionalidad de sus acciones. Por ello se ha elegido la metodología cualitativa, que no mide un fenómeno sino que lo describe e interpreta para que se conozca el suceso elegido de manera más compleja y profunda. Por ello se ha trabajado la técnica de la observación participante y se han realizado cuatro entrevistas en profundidad a enfermeros que tienen o han tenido como lugar de trabajo el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca durante tiempos variables. Cuatro fragmentos de vida analizados con una hermenéutica que atraviesa cuatro historias, explorando en ellas las actitudes del personal de enfermería hacia

la muerte y sus relaciones con el enfermo terminal y con su familia, tratando al mismo tiempo de averiguar criterios generales sobre la formación de enfermería al respecto.

Como breve referencia histórica y con objeto de situar esta investigación en su contexto, cabe señalar que el actual Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca tiene su antecedente histórico en el Hospital Nuestra Señora de la Esperanza, que se hallaba situado en la plaza de la Universidad de Huesca, entonces llamada del Hospital. Se desconoce la fecha exacta de su fundación, pero se sabe que fue construido entre los años 1427 y 1443 (Generelo y Rivas, 2004, pp. 141-144). Las distintas epidemias de pestes que se repiten a lo largo del siglo xiv obligan como en otras ciudades aragonesas a la fundación de este hospital destinado a reunir la práctica totalidad de la asistencia a marginados. Se llevó a cabo de común acuerdo entre el Cabildo Catedralicio y el Concejo. Su gestión fue encomendada a una junta formada por el vicario general, un canónigo de la catedral, el jurado segundo del Concejo y un ciudadano elegido por los cargos concejiles. Estaba constituido por una iglesia, en la planta baja, y una sala para enfermos en la planta superior. Durante el siglo xvii fue ampliado en varias ocasiones, para poder alojar a peregrinos durante tres días como era costumbre. A partir de 1822, según la Ley de la Beneficencia, se pusieron todos los fondos bajo la autoridad municipal, la cual por medio de la correspondiente Junta Local de Beneficencia se cuidaría de todo lo relativo a este ramo. Con la supresión, en 1868, de las Juntas de Beneficencia, el hospital pasa con todos sus bienes a depender totalmente de la Diputación, que a partir de ese momento debe encargarse del mantenimiento del edificio, así como del personal y de los gastos de atención a los enfermos. Actualmente lo único que queda de este edificio es el tímpano de la portada de la iglesia, que se conserva en el Museo Provincial.

El edificio del Hospital Provincial “Sagrado Corazón de Jesús”, sucesor del Hospital Nuestra Señora de la Esperanza, fue proyectado en el año 1930¹ y sufrió como ningún otro los efectos de los bombardeos y de la ocupación de las fuerzas militares, quedando con importantes desperfectos. Terminada la Guerra Civil, la Diputación Provincial siguió haciéndose cargo del edificio, llevando a cabo

las obras necesarias para la terminación del mismo. Este hospital venía siendo desde su constitución un hospital de larga estancia, destinado a pacientes provenientes de seguros privados y particulares, y también a la entonces llamada Beneficencia (personas sin recursos, pobres...). Una zona del hospital era a su vez hospital militar. En el año 1986, se extiende la Seguridad Social a toda la ciudadanía. A partir de este momento el hospital se uniformiza, atendiendo a todo tipo de pacientes por igual, y a la par desaparece su uso como hospital militar. La distribución de los pacientes cambia y pasa de salas habitadas por catorce o dieciséis pacientes a habitaciones de una, dos y tres camas. El siguiente cambio se da en el año 1992, con la entrada de médicos especialistas en geriatría, convirtiéndose en hospital de media estancia. De forma paulatina empiezan las consultas de geriatría y también se abre el hospital de Día de Geriatría. El 1 de enero de 2001 es transferido a la Diputación General de Aragón.

El actual Hospital Sagrado Corazón de Jesús se caracteriza por prestar servicios sanitarios a un paciente de edad avanzada y en muchos casos extremadamente dependiente. Entre sus objetivos se encuentran que las personas alcancen altos niveles de autonomía personal, el mejor estado de salud y una buena integración con su medio social y familiar. Frecuentemente, la misión principal se transforma en dar un apoyo adecuado a aquellas personas que en la fase terminal de su enfermedad precisan cuidados que den calidad al proceso de morir. Para ser más precisos, entre el año 2001 y 2005 la media anual de pacientes fallecidos en el conjunto del Hospital Sagrado Corazón de Jesús estuvo en 148,4², lo que supone casi una muerte cada dos días. El porcentaje de *exitus* respecto del número de altas osciló para el mismo periodo 2001-2005 entre el 18 y el 26 por ciento.

1. Memoria descriptiva del edificio “Clínica Provincial” de Huesca, año 1947. Archivo Histórico de la Diputación Provincial de Huesca.
2. Agradecimiento a Magdalena Rasal, técnico de documentación sanitaria de los servicios centrales de información del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, por su colaboración en la elaboración de los datos de este estudio.

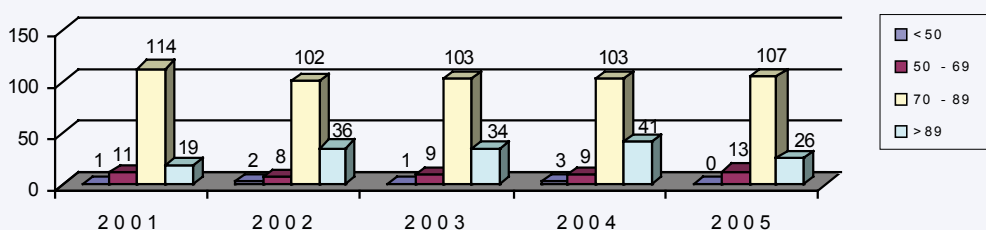
Tabla 1: EXITUS 2001-2005

	HOMBRES	MUJERES	<50	50 - 69	70 - 89	>89	Total
2001	82	63	1	11	114	19	145
2002	71	77	2	8	102	36	148
2003	72	75	1	9	103	34	147
2004	75	81	3	9	103	41	156
2005	79	67	0	13	107	26	146

El intervalo de edad en el que se produce el número más alto de fallecimientos es el comprendido entre 70 y 89 años de edad.

Gráfico I: Edad exitus 2001-2005

Fuente: Servicio de registro de datos del HSCJ de Huesca



El hospital cuenta con una plantilla de 24 enfermeras, 9 médicos y 53 auxiliares de enfermería que atienden un total de 70 camas hospitalarias. Podemos afirmar, una vez analizados los datos, que el personal sanitario del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca trabaja con personas de edad avanzada, a menudo en el umbral de la muerte, enfrentándose a diario a los difíciles temas de las pérdidas, el duelo y el cuidado de moribundos.

Resultados

Llega el momento de escuchar a los protagonistas de este estudio. El trabajo de campo realizado se compone de la información obtenida gracias a la observación participante y los relatos obtenidos en las cuatro entrevistas en profundidad. Debemos decir de antemano que los datos recogidos en la primera técnica (la observación participante) vienen a confirmar los diferentes planteamientos de los informantes, cuatro historias que nos hablan de las diferentes perspectivas enfermeras en relación a la muerte y al enfermo terminal y su familia. La in-

vestigación coge el microscopio y se centra en cuatro únicos casos. Sabemos que todos trabajan o han trabajado en el mismo hospital, que sus tiempos de trabajo varían y que esto influye en sus miradas y en sus actitudes. Abrimos en esta cuarta parte un espacio de presentación del mundo profesional de estos cuatro enfermeros. La idea es que escuchemos primero sus voces y luego las analicemos en el último capítulo. Hablaremos del mundo que para ellos está ahí, de aquello que ven, que existe en su existir. El intento posterior será más bien traducir en análisis su discurso, su mundo.

*7 MESES DE TRABAJO: el respeto

A pesar de que este enfermero lleva alrededor de veinte años trabajando, su experiencia en el HSCJ es breve, solo siete meses de trabajo. Su primer contacto profesional con la muerte parte del servicio de reanimación del hospital en el que trabajó anteriormente. Se trata de la muerte de dos adolescentes de trece y catorce años de edad, suceso que valora como

negativo: *“era un sentimiento malísimo y eso te hace mella, pero vaya, aquí en este hospital no pasa que te quedes hecho polvo, porque en un anciano es la edad, son ochenta o noventa años, han vivido toda una vida y es ley de vida. Pero si se muere un niño es... eso lo llevé muy mal, muy mal”*. En este hospital, tal y como él mismo cuenta, la muerte no le impresiona, no le interroga, no le da qué pensar, en gran medida porque aquí la mayoría de los enfermos son de edad avanzada y la muerte no se vive como un fracaso, sino como algo natural. Muestra por el enfermo moribundo una actitud de respeto, por el solo hecho de ser un paciente más a su cargo, un enfermo más con un final distinto: *“nunca lo había pensado muy a fondo, el tema de la muerte, pero vaya, sigue siendo un ser humano, un paciente que tengo a mi cargo y, como todos los demás, merece un respeto”*.

El objetivo prioritario en su trabajo diario con el enfermo moribundo es que *“el enfermo esté tranquilo, confortable y sin dolor sobre todo”*. Partidario como él mismo señala de *“erradicar la palabra dolor en el siglo XXI”*, se decanta por el uso de sedantes y analgésicos con prescripción facultativa para aliviar el sufrimiento, y ve en la eutanasia pasiva una solución aceptable cuando la situación es irreversible. En general, ve correcto el trato ofrecido por el Hospital Sagrado Corazón de Jesús al final de la vida: *“se lleva a los enfermos a una muerte digna”*. No obstante, señala alguna experiencia vivida en la que esto no ha podido ser así: *“esto sí que lo he visto yo alguna vez, venir un ingreso y en menos de una hora morirse, ingresados aquí una hora para hacerles escasamente los papeles de ingreso y morirse ya”*. Frente a esto se muestra completamente partidario de la muerte en el domicilio: *“para mí es lo más grande y lo mejor que puede haber, al lado de los tuyos, ubicado en tu vivienda y ya está. Ahora existen las unidades de paliativos, que ni es morirse en casa solo ni en la frialdad de un hospital”*. Esta es la muerte que él desea para sí mismo, en casa.

Respecto a la relación con las familias de estos pacientes, él vería mejor que la información al enfermo terminal y a su familia se diera de forma conjunta con el médico. *“A nivel personal me gusta mucho hablar con el facultativo que está en el momento para saber. Me gusta preguntarles por ver qué tipo de información han dado al familiar, por-*

que luego el familiar te busca a ti y te pregunta y no le vas a contestar... te van por detrás y te preguntan a ti a solas, y tendría que ser una información unánime, o que los dos le digamos lo mismo o te hayas reunido antes con el médico, se les va a decir tal y tal, qué es la situación, qué hay y cómo se va a actuar”. También en relación al tema de las familias echa de menos una mayor preparación para el tema del duelo: *“en el tema del duelo yo estoy pez total... formación específica para esto yo no he recibido, y luego la experiencia que yo tengo no es para estos casos. Cada uno coge lo que quiere y ya está”*. El acompañamiento del duelo le resulta muy complicado con la mayoría de los enfermos moribundos porque cree que llegados a este punto final los pacientes ya *“no se enteran”*, o tienen demencias que dificultan la posibilidad de llegar a una aceptación de la muerte, pero sí se podría intervenir en el duelo de los familiares. Echa de menos un protocolo en relación a la prestación de cuidados paliativos y de atención al duelo del paciente moribundo y su familia.

***3 AÑOS DE TRABAJO: la empatía**

Esta enfermera ya había tenido contactos anteriores con la muerte, pero desde otro escenario muy distinto. Su trayectoria inmediatamente anterior la sitúa en una UVI. Cuenta cómo allí la gente muere *“muy instrumentalizada, demasiado llena de tubos, de aparatos, intentando hasta el final... porque una vez que entran allí se intenta todo, aunque no tenga mucho sentido... yo pocas o muy pocas veces he visto retirar, decir bueno, no hay nada que hacer, esto se está estancando”*. Allí ella ya se interrogaba respecto a algunas decisiones médicas: *“yo había momentos en los que decía, ¿pero qué sentido tiene empeñarnos en salvar la vida aquí... Incluso he visto transfundir a un moribundo”*. En el HSCJ afirma que el medio está mucho menos instrumentalizado pero *“el tema de la muerte sigue siendo recurrente, en el sentido de que sigue habiendo muchas personas que difícilmente van a poder salir, y eso que aquí no todo el mundo viene a morir”*. En este contexto sigue interrogándose a diario: *“creo que si la muerte no te remueve, pues es que apaga y vámonos, si no te remueve nada, ¿no?, enfrentarte*

cada día a la muerte...”, y también aquí ha vivido situaciones de encarnizamiento terapéutico: “yo he visto sacar hemocultivos a una persona, que como mínimo van a ser dos o tres pinchazos, eso teniendo en cuenta que estaba edematizadísima... esto por poner un ejemplo, cuando lo que necesitaba era analgesia... ¿Pero qué es lo que puedo conseguir? ¿Saber qué germen era el que la mató? ¿Y qué más me da?”.

Espera que el hospital pueda ofrecer la seguridad y la tranquilidad que el domicilio no ha podido dar a cada paciente en su etapa terminal, y comprende que la muerte para los familiares que se implican es a veces una liberación, y también un alivio para el propio paciente ya mayor, *“aquí es de otra manera... aquí ya no me llama la atención el tema de la muerte... en este medio es como más natural, no es una tragedia. En general aquí lo vives como un alivio, no porque de repente dejas de tener un paciente, sino porque es un alivio para él y para su familia... para muchos acaba siendo... para las familias que están muy implicadas en muchos casos es una liberación que finalmente muera el abuelito o la abuelita”.*

El acercamiento de esta enfermera al tema de la muerte se da siempre desde una actitud crítica, problematizando el trato hacia el enfermo moribundo: *“algo tan sencillo como una cura, yo eso lo tengo claro, yo si veo que es un... yo lo planteo, ¿merece la pena ponernos aquí a curar, que nos va a suponer un esfuerzo, un tiempo, un gasto... o realmente lo vamos a dejar en paz?”.* También desde una actitud de compromiso personal y profesional no tiene problema en cuestionar algunas órdenes médicas si las considera desafortunadas: *“¿cómo vamos a levantar a este paciente si está tan malito? y entre todos hemos dicho, oye, vamos a dejarlo que por lo menos se muera tranquilamente en su cama”.*

Para ella el enfermo terminal es diferente al resto de enfermos del hospital, fundamentalmente porque se encuentra al final de su vida, con todo lo que ello implica. Tiene claro qué objetivo persigue a diario en su trabajo con el enfermo moribundo y desde su actitud empática lo define así: *“yo no te digo que te pongas a lavarle la cabeza cuando esté muriéndose, ni hacerle el moño, no, no, no, pero no sé, como nos gustaría estar a todos en caso de..., presentable y luego sobre todo cómodo, desde una boca que*

no sea un zapato, que eso se tiene que notar... yo los vigilo más... yo lo que quiero es que se muera tranquilamente y paso las veces que haga falta, y me da igual que me caiga a mí porque entiendo que para muchos es un alivio, para muchos es un alivio, llegados a este punto la muerte para ellos es un alivio”.

Se declara partidaria de la administración de morfina: *“el dolor es el dolor y cada uno tiene un umbral, entonces, raro es el que se queja por capricho, y cuando te quejas por algo es... la morfina da bienestar, da comodidad, el paciente respira mucho mejor, ...por fin parece que descansa”.* De nuevo desde su actitud de compromiso con una muerte digna incide al hablar de la eutanasia pasiva: *“creo que no me crearía ningún problema si se avanzara un poquito más, fíjate. Yo en determinados pacientes creo que no tendría inconveniente en ser incluso un poco más agresiva. No dejar de hacer, sino incluso... creo que no tendría problemas, los famosos problemas que la gente ¡oh!... según en qué caso yo lo tendría clarísimo, clarísimo, y por supuesto la pasiva, dejar de hacer, hombre, ya vale, ya vale, ya vale”.*

Respecto a la relación que enfermería establece con el enfermo moribundo, ella señala: *“cada uno hace lo que buenamente puede”* y no deja de señalar ciertas carencias, *“deberíamos ayudar en el final a solucionar, a despedirse, a afrontar”.* En este sentido, echa de menos un protocolo de actuación con el enfermo moribundo y más formación al respecto, sobre todo en el tema del duelo, aunque señala la dificultad de trabajar este tema con pacientes dementes, algo muy habitual en este centro por otra parte, *“lo que se necesita todavía avanzar en este tema, de aprendizaje, de conocimiento... desde luego el personal de enfermería no estamos preparados... pero como enfermería es el cajón de sastre, que valemos para todo, porque igual pones una vía que estás consolando a la familia... yo creo que conscientemente o explícitamente no es que estés trabajando esas fases del duelo, pero en cómo te diriges a la familia o al paciente sí que lo haces”.*

Puede hablar de la muerte de los demás sin tapujos, pero de la suya propia le cuesta mucho más. Desea para sí misma una muerte súbita, sin sufrimiento.

*20 AÑOS DE TRABAJO: el apoyo incondicional

Su primer contacto con la muerte se remonta a su llegada al hospital, cuando todavía no se administraba morfina al enfermo terminal: *“lo que más me impactaba era ver ese sufrimiento y que además no había forma de aliviarlo, porque ibas allí y si estaban rabiando de dolor, ¿tú crees que aceptaban o admitían que tú les hicieras una caricia?... No, cómo lo iban a admitir”*. Desde que en los noventa se inició la administración de morfina defendió siempre su uso: *“eliminar el dolor, al precio que sea, ¿qué pasa, que le aceleras la muerte?, no le habrás quitado nada de vida, en todo caso le habrás quitado algo de agonía, de vida nada, porque es agonía lo que está teniendo, no vida”*. Mantener esta actitud de apoyo incondicional hacia el enfermo moribundo frente a los profesionales de la medicina a veces reticentes al uso de la morfina le costó bastante caro: *“esta médica era contraria, porque decía que los pectorales con la morfina se adormecían y no ejercían la función para la que han sido creados, o sea, respirar, que entonces los pulmones... yo decía, oye, ponle morfina, oye, pero ya le hemos dado esta mañana, mejor a la tarde, pero hombre... pero eso no se puede medir con cuentagotas... y me desterraron, esto fue muy gordo, no me dieron ningún motivo, pero yo ya sabía cuál era, que le había llevado la contraria a la médica, y se la hubiera llevado cien veces aunque me hubieran desterrado trescientas veces”*. Pese a todo, pese a que fue trasladado a la Unidad de Psiquiatría, lejos del enfermo moribundo, manifiesta como positiva su relación con la muerte en todo momento: *“me he sentido muy feliz de ser útil, eso me ha servido para valorar la vida y la muerte, las dos cosas, que no es mejor una cosa que la otra, cada cosa llega a su tiempo y nada más”*.

Su actitud en relación al enfermo terminal es también de autenticidad, como muestra el hecho de que a través de la aplicación de terapias alternativas, quiromasaje, reiki y reflexología podal haya sido capaz en muchos momentos de aliviar el sufrimiento de los pacientes, siempre a escondidas, *“yo hacía lo que me mandaban, cuando estaba lejos lo hacía a mi manera, que me parecía más humano”*. Ha sido siempre un ángel de la guarda para sus enfermos: *“estaba mal visto estar al lado... yo, por suerte o por desgracia o por nada, yo siempre he mirado por*

el que está en la cama, que él no se puede defender... los vigilaba más... el que está con el enfermo tiene que estar no solo el día de cobro, tiene que estar en cada momento”. Se declara partidario de la eutanasia pasiva: *“yo sí soy contrario a prolongar la vida a cualquier precio... dicen que la morfina hace estar menos consciente, yo no lo creo... lo que yo no quisiera que hicieran conmigo es prolongar mi agonía, eso sí que no, a ningún precio”*.

La relación con el enfermo moribundo se plantea como bidireccional, en el sentido de dar y también recibir, como una relación de ayuda y apoyo mutuo *“tú a veces le das algo, al enfermo le das algo de tu vida, porque estás allí no como un pegote, estás allí como algo vivo, y entonces ellos la compensación que te dan es infinitamente mayor... infinitamente mayor”*. Su relación con el enfermo terminal ha estado mediatizada por el contexto histórico, por el hecho de que no hayan existido en el hospital los cuidados paliativos hasta los noventa, *“entonces estaba enfermo y punto”*, la morfina no se utilizaba, *“los cuidados paliativos no existían, únicamente era, que se queja mucho, dale nolotil... para todos café. Los cuidados no existían y nosotros estábamos solo, única y exclusivamente para hacer aquello que nos decía el médico, éramos como sirvientes del médico”*. Fue una época en la que no se renunciaba a curar casi nunca, *“se ponían goteros hasta el final, inyecciones... aunque se estuvieran muriendo”*. La reforma de finales de los ochenta y principios de los noventa supuso muchas cosas, entre ellas un distanciamiento mayor, más barreras profesionales, ahora estaba mal visto *“estar al lado”*, el trato se volvió menos cercano, menos familiar, aunque eso sí, se empezó a administrar la morfina con fines paliativos.

En la atención a la familia nos explica: *“una cosa que también pensaba, que la llevé a cabo, es que en un hospital no solo necesita atención el enfermo sino también los acompañantes, si lo son de verdad. Hay familias que son familia, otras no, pero esas merecen toda la ayuda y todo el respeto”*.

No ha recibido formación en relación al duelo y los cuidados al enfermo terminal, excepto los que aprendió en la escuela cuando estudiaba. En relación a su propia muerte dice haber perdido el miedo a la muerte: *“pienso que moriré en paz, y con eso tengo más que suficiente, y sé que tiene que llegar. No me da ningún reparo, no siento pesar”*.

***TODA UNA VIDA: el compromiso vocacional**

Esta enfermera religiosa entra en el hospital en el año 77. La muerte para ella tiene un sentido salvador: *“para mí la muerte tiene mucho sentido, y además sabiendo... la muerte de Cristo, que fue la primera muerte, se hizo hombre y murió por nosotros. Para mí tiene un sentido salvador tan grande que bueno, con todos los temores humanos que una puede tener, pero al sentirse salvada, al sentirse hija de Dios, eso es muy grande”*. Y desde su actitud de entrega y compromiso vocacional señala: *“el enfermo (también el moribundo) me ha llenado de una manera plena en mi vocación, además porque yo me sentía plena en esta misión. He sentido la cercanía tan grande de esas personas, que para mí ha sido una satisfacción”*. Respecto a la relación diaria con este tipo de enfermos plantea: *“ese enfermo moribundo necesita más ayuda que cualquiera otra persona que, aunque esté imposibilitada, puede coger el timbre, puede hablar con otra persona... mientras que el moribundo no puede ni limpiarse el sudor. Entonces lo importante es estar al lado, yo estoy aquí, cogerle la mano, apretarle y decirle estoy aquí... es importante que sientan esta cercanía física. También ellos suelen decir estoy muy mal, me siento muy mal. A su manera también lo expresan y también lo deben sentir. Pero lo importante es, ya digo, a veces las palabras sobran... no siempre las palabras hablan, a veces con tu actitud, con tu presencia, con tu estar ante ellos, ya les dices”*.

También para ella resulta relevante el tema del confort espiritual: *“nos parece que la extremaunción es para morirse uno, y no es así, es unción de enfermos, que en el rito dice el sacerdote ‘que te sirva para bien de tu salud si te conviene y de tu alma’*. Pero en esto hablarles de la unción y el sacerdote pues siempre ha causado respeto... habitualmente es confortable, después de la unción dices fíjate qué tranquilo se queda, qué en paz, es como si hubiera tenido una liberación”. En general piensa que en el pasado el trato al enfermo era de mayor cercanía, más familiar y afectivo: *“había otros cuidados, yo diría que más humanos, más cercanos, más afectivos... porque entonces, con los mismos trabajadores, no sé si por ser un sitio pequeño, pero también la gente lo tomaba como más suyo, yo veía otra*

responsabilidad, más vocacionada, muchísimo más familiar. No había tanta burocracia. Todo lo que ahora se dedica, o hemos dedicado, yo también, a digamos los papeles que están muy bien, pero sí que esa cercanía la teníamos más antes porque no había prisas. Y ahora, yo lo he vivido, es que se me está haciendo tarde porque tengo que poner un gotero, tengo que pasar todos los trabajos a limpio, tengo que dejar preparada esta carpeta, esta hoja de medicación... yo lo veo ahora pues como más técnico”. También en relación a la administración de morfina se muestra partidaria: *“estamos en el deber de aliviar ahora que tenemos los medios, quizá en otros momentos no los ha habido, pero ahora que tenemos los medios y además no le vamos a evitar el morir, podrá ser morir ocho días antes, ocho días después... entonces vamos a dejarle en paz lo antes posible. La morfina es un analgésico que alivia todo el estado general... antes se daba muchísima más cuenta de que se estaba muriendo, pero ahora administramos cloruro mórfico enseguida y qué hacemos, pues perdemos el nivel de conciencia. Estamos vivos pero vegetando”*.

En la relación con la familia destaca el tema de la información: *“entonces no se informaba tanto, ahora estos años últimos se informa más tanto al enfermo como a los cuidadores. Entonces no había quizá tanta información... el decir que hablar de la muerte antes se tenía más miedo que ahora pues tampoco, yo pienso que eso depende de cada persona, hay personas que asumen que la muerte entra dentro de un proceso de vida y otras personas pues que se siente ese respeto, ese agarrarse a la vida, en realidad todos nos agarramos, cuando nos llega la enfermedad hay personas que quieren saber, y otras que dicen oye, prefiero no saberlo”*. También en este punto se muestra respetuosa con la decisión familiar y médica de administrar cuidados paliativos cuando ya no es posible curar: *“hay personas que pueden decir, bueno, si yo sé que no tengo solución... oiga mire, si no tiene solución lo mantenga, pero no haga nada extraordinario para que esta persona... Hay que respetarles y no poner más medios”*.

Conclusiones

Si bien es cierto que, contra todo pronóstico y según lo dispuesto en la bibliografía consultada, en

el HSCJ la muerte se vive “de otra manera”, como un hecho natural dada la elevada edad de los pacientes y sus múltiples patologías, a menudo como un alivio, como una liberación para el paciente y la familia, no hay que olvidar que el hecho de presenciar la muerte cotidianamente conlleva un alto contenido emocional y nos recuerda que también nosotros somos mortales. Es este mismo hecho, la muerte, el que suscita diferentes respuestas entre el personal de Enfermería. Existe un largo abanico de actitudes entre los entrevistados, desde el respeto, hasta la entrega vocacional, pasando por las actitudes de crítica, empáticas, de apoyo incondicional, de autenticidad. Pero todas ellas tienen un rasgo común, su influencia positiva en el proceso terminal del paciente y en sus familiares, contribuyendo a una mejora en su calidad de vida.

Sobre la relación Enfermería-enfermo moribundo, todos los entrevistados son conscientes de que este tipo de enfermos necesita sentir la presencia de los demás, tanto de la familia como de los cuidadores. Todos ellos se muestran dispuestos a consolarles y cuidarles física, psicológica y espiritualmente, aunque son conscientes de que este objetivo tan amplio a menudo no se alcanza. A veces no se tiene en suficiente consideración que cada muerte es única, singular e irreplicable para el paciente. Falta formación y faltan protocolos donde se establezcan pautas de actuación claras, y sobre todo se necesita adquirir mayores conocimientos sobre el duelo y la participación de Enfermería en este proceso.

Respecto al trato con los familiares, se entiende que la familia debe contar también con la atención

de Enfermería y con sus cuidados, y además se intenta implicarla como excelente coterapeuta bajo la vigilancia y orientación del personal enfermero. También demandan mayor uniformidad de criterios a la hora de informar al paciente y a la familia, qué decir y cómo con un acuerdo tácito previo por parte del equipo sanitario.

Se desprende de los relatos la cuestión de que en el ámbito médico existe, en general, una gran preocupación por curar al paciente. Sin embargo es una clara demanda de todos los entrevistados el trabajar los casos irreversibles desde la óptica de la eutanasia pasiva, los cuidados paliativos y la administración de sedantes y analgésicos bajo prescripción facultativa.

En relación a la evolución de los cuidados con el paso del tiempo, se valora como favorable, principalmente en lo que atañe a la administración de mórnicos. No obstante se percibe como algo no tan positivo el aumento de la burocracia y las prisas, y un cierto enfriamiento emocional en el trato hacia el enfermo y familia, priorizando los aspectos técnicos en detrimento de la relación humana.

Respecto al hecho de pensar en su propia muerte, el primer entrevistado manifiesta no haber reflexionado sobre el tema aunque desea morir en casa, la segunda enfermera espera una muerte súbita, sin más dilaciones. Los dos últimos entrevistados, ya mayores, ambos jubilados y por tanto con un largo recorrido profesional, manifiestan abiertamente no tener miedo a la muerte y haberla integrado en el proceso de la vida.

Bibliografía

1. Arranz P., Barbero J. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona. Arie, 2005l.
2. Astudillo W. y Mendinueta C.:
- *La comunicación en la terminalidad*. San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1998.
- *¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal?* San Sebastián. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003.
3. Barry A. and Yuill C. *Understanding Health. A sociological introduction*. London. SAGE publication, 2002.
4. Bayés R., *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca, 2001.
5. Bohannon P. “La muerte: el final del proceso de envejecimiento”, en Hogstel M. *Enfermería geriátrica. Cuidado de personas ancianas*, 1998; 361-383. Madrid. Paraninfo.

6. Delgado J., Gutiérrez J. eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación sociales*. Madrid. Síntesis, 1998.
7. De Miguel J.M.^a, “El último deseo: para una sociología de la muerte en España”. *Reis: revista española de investigaciones sociológicas*, 1995; 71-72, 109-156.
8. De Revilla L. *et al.*, “Actitud del médico de atención primaria ante el paciente terminal y su familia”. *Revista Centro de Salud* 1996-5, 449-457.
9. Dobbs B. “La enfermera ante la muerte”. *Revista rol*, 1981; 32, 43-49.
10. Donati P., *Manual de sociología de la salud*. Madrid. Diaz de Santos S.A, 1994.
11. Egg A. *Técnicas de investigación social*. México. Humanitas, 1993.
12. Kübler Ross E.
 - (1989): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Editorial Grijalbo, 1989.
 - *La muerte: un amanecer*. Barcelona. Luciérnaga, 2006.
 - *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona. Luciérnaga, 2006.
 - *La rueda de la vida*. Barcelona. RBA Coleccionable, 2006.
13. Küng H. *¿Vida eterna?* Madrid. Trotta, 2001.
14. Flórez J.A. *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal*. Barcelona. Comunicación en ciencias de la Salud/División de Biomedical Systems Group, S.A., 2001.
15. López Imedio E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid. Panamericana, 2000.
16. Generelo J.J. y Rivas M. *Huesca siglo XXI, la ciudad soñada*. Huesca. Gobierno de Aragón, Departamento de Educación, Cultura y Deporte, 2004.
17. Martocchio B. “Dimensiones de morir y la muerte” en Long C. *Tratado de enfermería medicoquirúrgica*, 292-306. Madrid. Interamericana 1990.
18. Moralejo L. y Pimentel J. “Morir bien o morir mal, he aquí la cuestión”. *Enfermería científica* 2000; 216-217, 13-15.
19. Batiste *et al.* “Enfermos terminales”. *Revista Rol*, 1989; 136, 25-28.
20. Morales J. *et al.* *Psicología social*. Madrid. Mc Graw-Hill/Interamericana de España 1994.
21. (Colell R. *et al.*): “Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal” (revista electrónica). Disponible en <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2003/actitudes.html>, 2003.
22. Domínguez M.^a J. *et al.* (2000): “Papel del profesional de enfermería en los cuidados paliativos”. *Enfermería científica*, 218-219,5-9.
23. Olivé E. (1994): “Morir en cassa”. *Revista Rol* 188,62-65.
24. Taylor S. J. y Bogdan R. (1996): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona. Paidós.
25. Yagüe, A.C. y García M.C. (2006): “Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales” disponible en <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>

Adicciones sin sustancia

Autores:

José Carlos Azón Belarre

DUE del Centro de Salud Mental de las Cinco Villas de Zaragoza

Patricia Berges Usán

DUE del Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba, Zaragoza

Pilar Blasco Grau

DUE de la Unidad Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental Pirineos de Huesca

Marta Elboj Saso

Centro de Rehabilitación Psicosocial Sto. Cristo de los Milagros de Huesca

José Galindo Lasierra, Elena Fidalgo Abadía

DUE del Hospital San Jorge de Huesca

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Azón Belarre, José Carlos; Berges Usán, Patricia; Blasco Grau, Pilar; Elboj Saso, Marta; Galindo Lasierra, José; Hidalgo Abadía, Elena. "Adicciones sin sustancia". *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2008; n.º 3

RESUMEN:

De forma continua aparecen noticias que hacen referencia a nuevos hábitos de consumo y de ocio. El abuso de estas nuevas formas, y de otras actividades hasta ahora vistas como inofensivas, puede llevar a desarrollar adicciones de la misma forma que tradicionalmente lo han hecho las drogas. Como profesionales de la Salud Mental, la prevención de estas nuevas adicciones también está en nuestras manos.

Internet es uno de estos nuevos consumos que se han popularizado en los últimos años. El paso del uso al abuso puede ser muy rápido en personas con unos rasgos de personalidad predispuestos.

Cuando se detecta la adicción ha pasado un tiempo comprendido entre dos y cuatro años, lo que ha supuesto un descenso en el rendimiento académico y un aumento de la irritabilidad, al igual que produce otro tipo de adicciones en las que sí que hay consumo de alguna sustancia.

Al igual que otras conductas adictivas, la prevención de las adicciones sin sustancia debe realizarse fundamentalmente en el seno familiar, aunque la sociedad también es responsable del fomento de ciertas actitudes y los cambios en el ocio y la ocupación del tiempo libre.

PALABRAS CLAVE:

Adicción, nuevos consumos, ocio, Internet, prevención.

Introducción

Siempre que oímos hablar de adicciones o de adictos tendemos a relacionar esto con una persona que consume una sustancia de la que no puede prescindir. Este es el concepto que tradicionalmente se ha tenido de las adicciones ya desde que Baudelaire y De Quince, en la literatura, hablaran de la adicción, sobre todo, al opio. Sin embargo, desde la aparición de nuevas tendencias y nuevas modas en cuanto al consumo, comenzamos a hablar de otro tipo de adicciones, algunas antiguas como el sexo, el juego o el trabajo, y otras mucho más novedosas como las compras, el móvil, Internet o el ejercicio físico. Palabras como vigorexia, satiriasis, ninfomanía, compradicción, móviladicción... ya no suenan extrañas a nuestros oídos. Son las continuas noticias que hacen referencia a estos nuevos hábitos de consumo y de ocio las que lo provocan. El abuso de estas nuevas modas o tendencias, y de otras actividades hasta ahora vistas como inofensivas, puede llevar a desarrollar adicciones de la misma forma en que tradicionalmente lo han hecho las drogas.

El marco histórico actual nos lleva a reflexionar sobre el papel que juega en la salud mental la relación entre el hombre y la máquina¹. Unos años después de la aparición del consumo masivo del teléfono móvil y de Internet, nos encontramos ya con patologías psiquiátricas y desórdenes en la salud mental que nos deben llevar a un posible replanteamiento de algunos aspectos concretos de las máquinas y su relación en el desarrollo de cada individuo. Como profesionales de la salud mental, la prevención de estas nuevas adicciones también está en nuestras manos.

Debemos centrarnos en una adicción de forma que podamos explicar concretamente algunos aspectos y no divagar entre generalidades. Internet es uno de los servicios que más auge han experimentado en la última década. El uso del correo electrónico, los servicios de búsqueda, los contactos, la descarga de música y cine, el sexo y los juegos fundamentalmente son algunas de las aplicaciones que han ayudado a extender su uso. Así, y entrando en el tema que nos ocupa, podríamos establecer que un adicto a Internet es aquel que cambia su conducta por un exceso de tiempo dedicado a navegar, pierde el control frente al uso racional del producto, percibe o siente que percibe una gratificación por su conducta, hay un alto

nivel de interferencia en sus actividades de la vida diaria (AVD) y existe una importante distorsión social². Si hacemos un repaso punto por punto sobre estas características, eliminando todo lo específico a Internet, podemos decir que alguien adicto a Internet sostiene unas características similares a cualquier otra persona adicta a cualquier otra cosa, haya sustancia o no. Todos reconocemos el tópico de un adicto a la heroína que cumple, salvando las distancias de afectación de su esfera física y legal, las características de un adicto a Internet. Cambio de conducta hacia un exceso de tiempo dedicado a... la búsqueda y administración de heroína, pierde el control del consumo de la sustancia, percibe una gratificación por su conducta, alto nivel de interferencia con sus AVD y hay una importante distorsión social. Ahora podríamos decir dos cosas. Por una parte, que la adicción psicológica es fundamental tanto si hay sustancia como si no³, y que un adicto tiene las mismas características sea cual sea el consumo: Internet, ropa, sexo, drogas, juego... Como consecuencia de todo esto, una adicción es un problema tanto para la persona que la sufre, como para su entorno más inmediato: laboral, familiar, social⁴...

No podemos hacer una definición o extraer un perfil definido de una persona con una adicción a Internet, pero sí podríamos decir que normalmente es un adolescente o adulto joven que a través de Internet puede crearse una personalidad ficticia que oculte o supla sus propias inseguridades⁵. Además de esto tiene una considerable falta de habilidades sociales consecuencia de su posible fobia social y/o timidez absoluta, que son las que le llevan a formarse su personalidad ficticia, algo que Internet le permite con toda facilidad. Además de ello, tendría una fantasía desbordante y descontrolada que le llevaría a estar algo alejado de la realidad sin que se pueda considerar esto como un estado de ideación delirante⁶. Los nuevos tipos de consumo y de ocio nos llevan a buscar descargas de adrenalina para pasarlo bien. El rafting, puenting, descenso de cañones... son ejemplos de ello. Una búsqueda alta de sensaciones y emociones sería una de las características del adicto que busca en la droga o en Internet una respuesta rápida a esa necesidad de búsqueda⁷. Podríamos llevar a una relación entre el speed (velocidad en inglés y una de las presentaciones de anfetaminas más consumida por los jóvenes) y el ADSL que ofrece cada vez

mayor rapidez en las descargas y en la consecuente obtención del placer. Sabidas son las contrariadas y agresivas respuestas de algunos jóvenes cuando el sistema no funciona todo lo rápido que se desea o cuando este se cuelga. Otras características del adicto a Internet serían la baja autoestima y la ya antes citada introversión. Tanto en esta adicción como en cualquier otra, hay cierta psicopatología asociada. Podríamos hablar, según los casos, de conducta psicopática, trastornos de ansiedad, trastornos de tipo afectivo... otras adicciones como la ludopatía, la adicción al sexo o a las compras podrían estar detrás de la adicción a Internet⁸. En las clasificaciones actuales de enfermedades, solo encontramos el *Trastorno del control de impulsos: adicción/compulsión por Internet* incluido en el DSM-IV⁹.

Pero, ¿qué ofrece Internet para ser algo potencialmente adictivo? Por una parte, ofrece aplicaciones atractivas como los chats, el sexo o los juegos. Son precisamente los juegos de rol los que aportan mayores riesgos en cuanto a la pérdida de contacto con la realidad llevada al límite por personas que pueden buscar en ellos reconocimiento por parte de los demás o poder. En cuanto al sexo, tanto el anonimato y la desinhibición como la ausencia total del riesgo al rechazo confieren a Internet esas aplicaciones tan atractivas de las que hablábamos¹⁰.

Cabría entrar en la discusión de si ofrece o no apoyo social, ya que esto es un arma de doble filo. Ciertos terapeutas indican el uso de Internet para superar aspectos de la fobia social. En un principio es cierto que el uso de Internet y el anonimato favorecen el que las personas adquieran un cierto nivel de autoestima que le permita vencer miedos iniciales a la hora de mantener una relación. Algunos chats permiten mantener contacto de forma muy económica con amigos muy distantes o iniciar nuevas relaciones con gente con hobbies similares. Sin embargo también podemos decir que alguien con baja autoestima o con dificultades para establecer relaciones sociales o con pocas habilidades sociales tiene unas características que, como decíamos antes, le pueden llevar a desarrollar un posible abuso de Internet pasando de ser algo que permite un cierto apoyo social a ser algo que acaba de romper posibles relaciones más normalizadas y llevar a un aislamiento mayor¹¹.

Los síntomas que va a desarrollar un adicto a Internet, como hablábamos al principio, son similares

a las de otros adictos. Propósitos de dejarlo sin éxito, disminución en el desarrollo de actividades sociales, baja empatía, disminución del rendimiento laboral y académico, alteración de los ritmos circadianos, ansiedad, irritabilidad, agresividad... todo lo cual le puede llevar a una ideación autolítica¹².

Para detectar que una persona tiene una adicción a Internet, ante todo debe haber un reconocimiento subjetivo u objetivo de que existe un problema. Esto puede producirse en la misma persona, o más habitualmente, en el entorno familiar o laboral. En consulta, un pequeño test nos puede indicar si hay un verdadero problema de adicción o puede llegar a producirse.

TEST DE ADICCIÓN A INTERNET¹³

- 1 ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a estar conectado a la red con objetivos distintos a los de su trabajo?
- 2 ¿Piensa que se sentiría mal si redujera el tiempo que pasa en Internet?
- 3 ¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica a Internet?
- 4 ¿Le resulta duro permanecer alejado de la red varios días seguidos?
- 5 ¿Se resienten sus relaciones por estar conectado a la red?
- 6 ¿Existen contenidos o servicios de la red a los que encuentra difícil resistirse?
- 7 ¿Tiene problemas para controlar el impulso de conectarse a la red?
- 8 ¿Ha intentado, sin éxito, reducir su uso?
- 9 ¿Obtiene gran parte de su bienestar del hecho de estar conectado a la red?

Responder por Sí o por No

- 0 y 3, es un usuario sin problemas
- 4 y 6, es un usuario de riesgo
- 7 y 9, es un usuario con problemas de adicción

Conclusiones

Como conclusiones podemos extraer que, habitualmente, los adictos a Internet serán adolescentes o adultos jóvenes, que buscan sexo, juegos y chats principalmente. Se puede observar una gran desorganización en sus AVD y en su ritmo circadiano que produce unos cambios de conducta a nivel global ya que afectan a varias esferas. Cuando se detecta la adicción, ha pasado un tiempo comprendido entre dos y cuatro años, lo que ha supuesto un descenso en el rendimiento académico y un aumento de la irritabilidad, al igual que producen otro tipo de adicciones en las que sí que hay consumo de alguna sustancia. Además, suele haber antecedentes psiquiátricos familiares, comorbilidad con algunos trastornos psiquiátricos de tipo afectivo y con ciertos rasgos de personalidad sobre todo de tipo antisocial.

El abuso de cierto tipo de juegos o de Internet puede empujar hacia una conducta de tipo psicopático.

Al igual que otras conductas adictivas, la prevención de las adicciones sin sustancia debe realizarse fundamentalmente en el seno familiar, aunque la sociedad también es responsable del fomento de ciertas actitudes y los cambios en el ocio y la ocupación del tiempo libre¹⁴.

El papel de la enfermera en cuanto a la adicción a Internet es el mismo que debe desarrollar en otros tipos de adicciones. Trabajaremos desde la infancia enseñando a los padres a favorecer una comunicación positiva en el seno familiar. Para ello les enseñaremos a establecer unas rutinas comunicativas mínimas. Los

diferentes horarios de cada componente familiar son un aspecto que exigirá un mayor esfuerzo a la hora de mantener estas rutinas de comunicación. Es importante buscar espacios y oportunidades para hablar con los hijos sin invadirlos. Deberán prestarles atención y que se sientan escuchados. Será fundamental que sientan que pueden expresar sus inquietudes, emociones y opiniones sin miedo a ser ridiculizados ni recriminados. Los padres, en consecuencia, deberán estar preparados para escuchar cosas que preferirían no haber escuchado. Con el objetivo de poder crear y mantener estas rutinas comunicativas, deben saber que existen unos hábitos de comunicación positivos y otros negativos. Aspectos positivos serán definir claramente lo que preocupa, tratar un solo tema cada vez, centrarse en el presente sin remover el pasado, animar a que el otro exprese su opinión y comprobar que el otro nos entiende. Como aspectos negativos, podríamos resaltar, con el objetivo de evitar criticar a la persona en lugar de su conducta, generalizar, acusar, culpar, ridiculizar, adivinar o presuponer y gritar o levantar la voz.

Estas pequeñas consignas pueden ser aportadas por los equipos de enfermería de las unidades de prevención de adicciones tanto de forma individual, en grupos de psicoeducación a familiares o en las AMPAS de los institutos.

Es evidente que la fuerza que ejerce la sociedad es muy fuerte en comparación a la que puede ejercer el núcleo familiar, pero está más que comprobado que el que haya unas bases educativas básicas previene la aparición de cierta psicopatología y, en consecuencia, de posibles adicciones.

Bibliografía

1. García D *et al.* “Cibercultura: adaptación y psicopatología”. *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2006; 98: 253-264.
2. Madrid López, R.I. “La adicción a Internet”. *Psicología Online*. 2000. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/ainternet.htm>
3. Echeburúa E, Corral P. “Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora”. *Clínica y Salud*, 1994; 5: 251-258.
4. Echeburúa, E. *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclee de Brower. 1999.
5. Garnica De Cos, E. “Personalidad en adicciones”. *Interpsiquis*, 2005.
6. Echeburúa E, Amor P, Cenea R. “Adicción a Internet: ¿una nueva adicción psicológica?”. *Monografías de psiquiatría*, 1998; 2: 38-44.
7. Cruzado Díaz L, Matos Retamozo L, Kendall Folmer R. Adicción a Internet: “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental”. *Revista Médica Hered*, 2006; 17 (4): 196-206.
8. Callado, Luis F. “Patología dual: del perfil receptorial a la aplicación clínica”. *Interpsiquis*, 2005.
9. *American Psychiatric Association. DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. 1994.
10. *Bernarda Romero, M.* “Adicción sexual y trauma temprano”. *Interpsiquis* 2006.
11. *Leal Quiñones A, Leal Quiñones F, Velázquez Martínez R.* *Estudio piloto sobre uso normal y patológico de Internet en la población universitaria de Cádiz*. 2005.
12. *Jenaro C.* “Nuevas adicciones: estudio del uso excesivo de la tecnología de la información y comunicación en población universitaria”. *Addiction Research and Theory*. 2006.
13. *Basile HS.* “Adicción a Internet”. *Ciberadicción*. 2006.
14. *Fernández Liria A, Estévez Vaticón L, Bayón Pérez C.* *Tratamiento de las adicciones sin sustancia*. II Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la Mujer. 2006.

Abordaje de Enfermería en un paciente con heridas vasculares mixtas en una unidad de hospitalización de geriatría

Ganador del 1.º Premio en la I Jornada de Casos Clínicos en Heridas Crónicas, 29 de marzo de 2007

Autoras: Raquel González Coca y Teresa Moya Porté
DUE del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González Coca, Raquel; Moya Porté, Teresa. Abordaje de Enfermería en un paciente con heridas vasculares mixtas en una unidad de hospitalización de geriatría. *Enfermería Científica Altoaragonesa*; 2008; n.º 3

RESUMEN:

El caso clínico expuesto muestra como los cuidados de enfermería son elemento clave en la mejoría y resolución de un problema de salud de una paciente de 85 años de edad.

La planificación de cuidados, así como el abordaje terapéutico interdisciplinar entre los diferentes niveles asistenciales, han contribuido a revertir y cicatrizar heridas vasculares mixtas de varios meses de evolución, en un plazo de 50 días.

El presente caso clínico muestra la evolución de las lesiones durante su estancia en una unidad de cuidados intermedios, posterior a su desbridamiento por un servicio de cirugía en un hospital general.

PALABRAS CLAVE

- Úlceras vasculares mixtas
- Cura en ambiente húmedo
- Hipergranulación
- Apósito antimicrobiano de plata nanocrystalina

Introducción:

El tratamiento de una persona con heridas crónicas debe ser integral con independencia de su etiología y deberá tener siempre en cuenta los siguientes puntos:

- × Valoración general
- × Cuidados generales
- × Tratamiento etiológico
- × Terapia local

El proceso enfermero nos permite integrar estos cuatro pilares básicos y por ello el presente caso clínico ha sido tratado y será presentado siguiendo la metodología del proceso enfermero: valoración, identificación del problema, diagnósticos enfermeros, ejecución y evaluación.

Por otra parte, las heridas vasculares de etiología mixta presentan un difícil manejo, requiriendo unos cuidados exhaustivos y continuados.

A esto hay que sumarle los antecedentes patológicos de la paciente, que pudieron favorecer la apa-

rición de complicaciones en la evolución de dichas úlceras.

Descripción del caso clínico

Paciente, mujer de 85 años de edad, derivada a nuestro servicio desde el hospital general para tratamiento de úlceras vasculares y tratamiento rehabilitador de su deterioro funcional.

La paciente ingresa en nuestra unidad tras presentar desbridamiento quirúrgico por el servicio de cirugía de dicho hospital, previo tratamiento en domicilio por su enfermera de AP, con una evolución tórpida y prolongada en el tiempo de dichas úlceras, resultado de diferentes factores desfavorables, que más adelante se irán detallando.

Valoración del paciente

A su ingreso, realizamos valoración de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson, basadas en las 14 necesidades básicas que forman parte del protocolo de ingreso en nuestra unidad.

A partir de esta información, nos centraremos en los datos más relevantes para la resolución de este caso clínico.

1. Mujer de 85 años de edad.
2. Antecedentes personales:
 - DM tipo 2, en tratamiento con ADO.
 - ACXFA
 - Trombosis venosa profunda en MID en 1999, en tratamiento con anticoagulación.
 - HTA.
 - TEP
 - IQ de prótesis de cadera por coxartrosis.
3. Estado nutricional:
 - Test de Determine al ingreso: 7.
 - Posteriormente:
 - Álbamina: 2,7
 - Proteínas totales: 6.
 - Transferrina dentro de valores normales.
4. Escala de valoración de riesgo UPP
 - Escala de Norton al ingreso de 16.

5. Nivel de movilidad y actividad

- Índice de Barthel de 45.

6. Valoración cognitiva

- Test de Pfeiffer de 7.

7. Entorno social y familiar

La paciente vive con su esposo y con ayuda de una asistenta 2 horas al día.

Vivienda no adaptada, desarrollan gran parte de su vida diaria en la cocina y en condiciones higiénicas poco favorables, según informan los servicios sociosanitarios del hospital y del CAP.

Planificación y actuación

En base a toda la información disponible tras la valoración, establecemos una serie de diagnósticos enfermeros, centrándonos exclusivamente, dadas las características de este caso clínico, en el de:

- **P.C. (problema de colaboración): Úlceras secundarias a deterioro de la circulación a nivel del tercio inferior de ambas EEII y empeine del pie izquierdo.**

Objetivo: recuperar la integridad de los tejidos.

Día del ingreso de la paciente en nuestro servicio.

1.ª valoración

- EEII: presencia de hiperpigmentación ocre y sequedad generalizada.
- Pulsos pedios presentes (débiles).
- ITB: 0.8.
- Localización: de las lesiones en tercio inferior de ambas EEII y empeine del pie izquierdo.
- Forma: bordes irregulares, superficiales y extensas.
- Exudado: moderado y seroso.
- Tipos de tejidos:
 - Tejido de granulación.
 - Pequeñas zonas con esfacelos.
 - Incipientes zonas de epitelización.
- Estado de la piel perilesional: ligeramente macerada.



1.º día



1.º día

- Dolor: moderado continuo que aumenta ligeramente durante el proceso de las curas.
- Fase de cicatrización: se pueden apreciar dos de las tres fases que completa el proceso de cicatrización según la zona observada (inflamatoria y proliferativa)

1.ª actuación

En base a:

1. Antecedentes personales de la paciente.
2. Signos clínicos de las lesiones.
3. ITB.

Consideramos que se trata de **úlceras vasculares de tipo mixto**^{1 y 2}.

Para llegar a esta conclusión nos hemos basado en un diagnóstico diferencial entre úlceras vasculares venosas, arteriales y mixtas, que brevemente pasamos a describir.

	VENOSAS	ARTERIALES
PULSOS PEDIOS	PRESENTES	AUSENTES O DÉBILES
LOCALIZACIÓN	TERCIO INFERIOR	DEBAJO DEL MALEOLO
CARACTERÍSTICAS DE LOS BORDES	IRREGULARES	LIMPIOS, DEFINIDOS Y DE FORMA ELÍPTICA
TAMAÑO	EXTENSAS	PEQUEÑAS, POCO EXTENSAS
CARACTERÍSTICAS DEL EXUDADO	ALTO	NULO O EXCASO
TIPO DE TEJIDO	GRANULACIÓN SANGRANTES	NECRÓTICO, ATRÓFICO (puede verse el tendón o el hueso)

	VENOSAS	ARTERIALES
CARACTERÍSTICAS DE LA EXTREMIDAD	EDEMA, HIPERPIGMENTACIÓN OCRES	AUSENCIA DE EDEMA, SI EXISTE ES EN ZONA PERIULCERAL. AUSENCIA DE VELLO, FRIALDAD, PIEL FINA, PÁLIDA Y BRILLANTE
DOLOR	MÍNIMO, MEJORA AL ELEVAR LA EXTREMIDAD	INTENSO, INCLUSO EMPEORA AL ELEVAR LA EXTREMIDAD.
ITB	0.8-1.3	<0.6

Mixta: por su componente venoso y arterial en su génesis, comparte características de ambas.

Respecto al ITB (índice brazo-tobillo), se trata de una medida objetiva, obtenida a partir del cociente entre:

- TA superior del tobillo.
- TA superior del brazo.

Realizada con Doppler y Oscilometría, sus valores de referencia, los cuales nos indicaran la característica de la lesión, serán.

- ITB: 1 - no compromiso vascular.
- 0,8-1,3 - patología venosa, en la cual está indicada la terapia compresiva multicapa.
- 0,6-0,8 - patología mixta, indicándose en este caso la compresión débil, mediante vendaje convencional con crepé.
- < 0.6 - se trata de una lesión de compromiso arterial grave, en la cual se desestimaría ningún tipo de compresión.

Una vez establecido el diagnóstico, el **tratamiento** que nos planteamos en nuestro caso es el siguiente:

- Como ya se ha señalado anteriormente, la primera parte de lecho, **preparación y limpieza del ulceral**, en mayor medida ya ha sido realizada a través del proceso de desbridamiento quirúrgico llevado a cabo en el hospital general del que fue derivada la paciente.
- Decidimos comenzar el tratamiento con **colagenasa**, favoreciendo con ella el desbridamiento a través de enzimas exógenas y estimulando a la vez el proceso de granulación³.

- En el siguiente paso, optamos por un apósito que cumple los requisitos de **cura en ambiente húmedo**⁴:

- Aísla y protege de traumatismos y agresiones externas, tales como la presión, las fuerzas de fricción, etc.
- Proporciona niveles óptimos de humedad, ph y temperatura.
- Facilita el intercambio gaseoso.
- Elimina el exceso de exudado.
- Actúa como barrera ante los microorganismos del exterior y por tanto protegiendo de posibles infecciones.
- Promueve la formación del tejido de granulación y epitelización.

En este caso, aplicaríamos un **apósito hidropolimérico** con bordes no adhesivos (Tielle Borderless®).

- Tratamiento de la piel periulceral: este lo llevamos a cabo con **ácidos grasos hiperoxigenados** en formato de emulsión (Mepentol®)⁵, por su capacidad para:
 - Mejorar la microcirculación cutánea.
 - Aumentar la resistencia de la piel frente a agresiones como la sequedad propia de la patología vascular y presiones externas.
- Tratamiento etiológico. Desestimamos la terapia compresiva multicapa, dado que nos encontramos ante una úlcera vascular mixta, y por tanto aplicaremos **vendaje compresivo con crepé convencional**.

- Fijamos una frecuencia de cura cada 48 horas, que iremos modificando en base al nivel exudativo y al grado de saturación del apósito secundario.

Quinto día del ingreso

2.ª valoración

- Aumento del exudado, discretamente purulento, con presencia de olor, anteriormente inexistente.
- Signos incipientes de hipergranulación.
- Aumento del dolor.
- Eritema perilesional.

2.ª actuación

Ante estos datos, sospechamos que existe un aumento de carga bacteriana, decidiendo en nuestro plan de actuación añadir un **apósito antimicrobiano**.

Como opción terapéutica nos decidimos por la plata, descartando los antibióticos tópicos.

La plata, por su efecto sobre las bacterias⁶:

- Altera su metabolismo.
- Daña la integridad de la pared celular.
- Interfiere en su respiración, inactivando el RNA y el DNA bacteriano.

De los tratamientos disponibles en plata, optamos por un apósito de liberación directa y alto contenido en esta.



5.º día



5.º día



Detalle de la aplicación del apósito de plata nanocristalina



Detalle de la aplicación de los apósitos

Se trata de un apósito de **plata nanocrystalina** (Acticoat®), el cual se ha demostrado como el más eficaz dentro de los diferentes test de laboratorio⁷.

Otra de las ventajas que obtenemos al utilizar este apósito de plata nanocrystalina es la posibilidad de poder ser recortado para una mejor adaptación a la lesión.

Noveno día del ingreso

3.ª valoración



Detalle de la aplicación del corticoide tópico

- Signos claros de hipergranulación.
- Exudado alto, verdoso y con olor.
- Hiperemia.

3.ª actuación

Respecto a la hipergranulación, podría ser considerada un signo atípico que demuestra la presencia de infección.

La causa es debida a una excesiva respuesta inflamatoria, cuyo resultado es el incremento de factores de crecimiento y la estimulación de los fibroblastos.

Estos provocan un rebosamiento del tejido de granulación por encima de los bordes de la herida, impidiendo así que los queratinocitos (células epiteliales) lleven a cabo el proceso de retracción de los bordes lesionales y por tanto la epitelización de la herida⁸.

Parece existir mayor consenso en la hipótesis que es la infección, o la mayor carga bacteriana el agente desencadenante de la hipergranulación; la infiltración de las bacterias en el lecho lesional provocaría una respuesta inflamatoria descontrolada, que llevaría a la hipergranulación⁹.

Las opciones terapéuticas pasarán por lo siguiente:

1. **Reducir la respuesta inflamatoria.**
2. **Eliminación de la causa, por tanto, de la infección.**



Aplicación de la gasa durante diez minutos en cada cura

Como método atraumático e indoloro, optamos por la **aplicación tópica de corticoides**, descartando el uso de cremas o pomadas, que al mezclarse con el exudado podrán disminuir su efectividad y aumentar el riesgo de maceraciones.

Por tanto, en base a la propuesta de algunos autores¹⁰, empleamos corticoide parenteral, la metilprednisolona de 20 mgr, aplicado mediante gasas impregnadas durante aproximadamente 10' sobre el lecho hipergranulado en cada cura.

Para la eliminación de la infección, continuaremos con el tratamiento antimicrobiano, iniciado días antes.

A partir de este noveno día de ingreso, la úlcera va evolucionando de forma progresiva favorablemente, disminuyendo el exudado maloliente, remitiendo la hipergranulación, así como la hiperemia y el dolor.



Detalle de la aplicación del corticoide tópico



Aplicación de la gasa durante diez minutos en cada cura

Treintaiún días del ingreso



Se aprecia el sangrado en la herida

Al realizar la cura nos encontramos con un sangrado en forma de sábana por todo el lecho lesional.

Nos planteamos la etiología de dicho sangrado, pudiendo ser la causa un rechazo de la úlcera hacia el apósito antimicrobiano o bien un trastorno en el control de coagulación de la paciente, en tratamiento con Acenocumarol (Sintrom®).

No relacionamos el sangrado con el tratamiento con corticoides al haber sido retirado este en días

previos y ser aplicado de forma puntual y discontinua.

Este día, y al valorar la inexistencia de signos de infección, decidimos retirar en el tratamiento el apósito de plata nanocrystalina, basándose la cura en el hidropolimérico, previo ácidos grasos en zona periulceral y vendaje compresivo de crepé.

A partir de aquí las úlceras van epitelizando favorablemente, siendo la paciente dada de alta, con aproximadamente un 70% de epitelización, para continuar el tratamiento a través de AP.



Imágenes que muestran la herida en el momento del alta

Evaluación

El abordaje enfermero planteado y ejecutado durante el ingreso de la paciente ha resultado favorable, ya que en 50 días, se ha alcanzado aproximadamente un 70% de tejido de epitelización.

Una labor continuada de valoración de signos y complicaciones ha ido dirigiendo nuestro plan de actuación hasta alcanzar lo que nos parece una evolución óptima de la lesión.

Dada la dificultad del manejo de dichas úlceras y el resultado obtenido, consideramos positiva la elección terapéutica entre las diferentes opciones que se han ido planteando ante las complicaciones y características de las lesiones.

Además ha evitado la posibilidad de realizar injertos cutáneos, como se había planteado en un principio por el servicio de cirugía del que fue derivada a nuestro servicio.

Bibliografía

1. Rueda J, Torra J E, Arboix M, Moffatt C, Furtado K, Blanco J, Ballesté J. “Úlceras venosas. Atención al paciente en úlceras venosas”. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). *Atención integral de la heridas crónicas*, 1.ª edición. Madrid: SPA, 2004; 273-303.
2. Rueda J, Torra J E, Arboix M, Moffatt C, Furtado K, Blanco J, Ballesté J. “Úlceras arteriales. Atención al paciente en úlceras venosas”. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). *Atención integral de la heridas crónicas*, 1.ª edición. Madrid: SPA, 2004; 305-328.
3. Orbegozo A, Rovira G, Sancho MA, Soldevilla JJ. “Limpieza y desbridamiento”. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). *Atención integral de las heridas crónicas*, 1.ª edición. Madrid: SPA, 2004; 77-89.
4. Torra JE, Arboix M, Soldevilla JJ, Rueda J, Segovia T, Martínez F, Galindo A. “Apósitos”. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). *Atención integral de las heridas crónicas*, 1.ª edición. Madrid: SPA, 2004; 91-120.
5. Rueda J, Torra J E, Arboix M, Moffatt C, Furtado K, Blanco J, Ballesté J. “Úlceras venosas. Atención al paciente en úlceras venosas”. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds.). *Atención integral de la heridas crónicas*, 1.ª edición. Madrid: SPA 2004; 273-303.
6. Landsdown A. “A review of the use of silver in wound care: facts and fallacies”. *British journal of nursing*, 2004; 13 (6): 6-18.
7. Thomas S, McCubbin P. “An in vitro analysis of the antimicrobial properties of 10 silver-containing dressings”. *J Wound Care*, 2003; 305-308.
8. Dunford, C. “Hypergranulation tissue”. *J Wound Care*. 1999. Nov; 8 (10):506-7.
9. Chaverri D. “Hipergranulación en heridas crónicas: un problema ocasional pero no infrecuente”, *Gerokomos* 2007; 18 (3): 150-154.
10. Chaverri D, Ballabriga E, *Hipergranulación y heridas crónicas, una nueva alternativa de tratamiento*. Póster/Comunicación oral VI Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2006. Nov 15-17, Zaragoza. Disponible en: URL:http://www.postersessiononline.com/312191188_es/congresos/6gneaup/aula/-P-233_6gneaup.pdf (4 enero 2006)

Carta al director

El tema de la **Investigación en Enfermería** que desarrolla (L. A. Hijós Larraz) en la Editorial del n.º 2. Junio 2007, me parece de gran actualidad, está muy documentado y es reflexivo sobre la evolución de la enfermería desde el año 1978 que entra en la Universidad.

Las preguntas que usted se hace sobre la investigación son compartidas por muchas enfermeras en la teoría y en la práctica.

¿Cómo investigar si las enfermeras asistenciales no utilizan los modelos, ni las taxonomías y la evidencia científica?

Las direcciones de Enfermería y el SALUD en Aragón han elegido un modelo de cuidados para que cada vez sea más conocido por todos, fomentan que se utilice un lenguaje estandarizado en la planificación de cuidados y que se conozcan las taxonomías (NANDA_NOC_NIC), dando difusión a los profesionales en cursos y jornadas, como la que asistí en Huesca (28 de noviembre de 2007), pero la realidad es que “aunque avanzamos despacio..., estamos avanzando”, como dijo Carmen Espinosa (profesora de Teorías y Modelos de Enfermería de Andorra) en las Jornadas de AENTDE (Asociación Española de Nomenclaturas y Diagnósticos Enfermeros, <http://www.aentde.com/>) en Valladolid, octubre de 2007, pero para ello todos debemos seguir apoyando a los enfermeros asistenciales. La formación desde las escuelas debe complementarse con la implicación de todo el profesorado y desde los centros de trabajo poniendo los recursos adecuados humanos y materiales para la formación continuada y dotando a los enfermeros de herramientas ágiles y suficientes.

Con estos propósitos espero que la enfermería pueda analizar la utilidad de usar un modelo enfermero y ver sus ventajas, un modelo que oriente en los cuidados y en el uso de las taxonomías, poder medir cómo influyen en los cuidados, utilizando aquellos que ofrezcan mayor evidencia científica, evitando la disparidad, controlando los errores y sobre todo buscando la calidad de los cuidados que dispensamos y de ese modo poder hacer investigación.

En mi trabajo diario observo que:

Los registros enfermeros han aumentado en el Hospital “Lozano Blesa” de Zaragoza y también en la mayoría de los hospitales de Aragón, como quedó reflejado en las comunicaciones de la Jornada.

¿Pero qué ocurre en la práctica? Espero que pronto podamos enviarle alguna respuesta con la experiencia que se está realizando en Zaragoza.

Atentamente

Cándida Serna

(Responsable de Registros Informatizados de los Cuidados)

Normas para la publicación de trabajos

Enfermería Científica es una revista que publica trabajos originales de carácter científico de todas las áreas de la Enfermería.

Para enviar trabajos a esta revista, los autores deben tener en cuenta lo siguiente:

1) Antes de elaborar el trabajo:

- Tipos de trabajos o contribuciones:
 - Trabajos de investigación
 - Trabajos conceptuales
 - Revisiones bibliográficas.
 - Casos clínicos
 - Comunicaciones breves: cartas al director

- Información del copyright

2) Elaboración y envío de los trabajos originales

- Formato de presentación
- Idioma

- Medio de presentación
- Contenidos de la primera página
- Contenidos de la segunda página
- En el resto de páginas
- Referencias bibliográficas
- Citas textuales
- Tablas y figuras
- Formato para material numérico, estadístico y matemático
- Envío de los trabajos

3) Proceso de evaluación y seguimiento de originales

- Acuse de recibo y envío a evaluadores
- Método de revisión
- Resultados de la revisión
- Seguimiento del proceso
- Publicación y separatas del artículo

1. Antes de elaborar el trabajo

TIPOS DE TRABAJOS O CONTRIBUCIONES:

Dependiendo de la temática, los trabajos podrán ser de cinco tipos: (a) Investigación, (b) de revisión teórica, (c) revisiones bibliográficas, (d) casos clínicos y (e) comunicaciones breves.

Según estos tipos, el contenido de los trabajos deberá ir en relación y estar organizado del siguiente modo:

a) Trabajos de investigación:

El objetivo de los mismos estará en relación con los cuidados de la salud, que aporten o demuestren nuevos conocimientos en el campo de la atención de Enfermería.

Deberán comprender:

Introducción (incluirá los objetivos), Método, Resultados, Discusión/Conclusiones, Notas y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); la extensión máxima recomendada será de 10 páginas, excluidas figuras.

Cuando así proceda, los autores deberán reseñar el marco conceptual que ha servido de apoyo a su labor investigadora.

b) Trabajos conceptuales:

En este apartado se incluirán aquellos trabajos referidos al marco teórico, metodológico y conceptual de la atención enfermera (o a elementos del mismo).

Deberán comprender:

Introducción (incluirá el planteamiento del problema), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas figuras.

c) Revisiones bibliográficas:

Síntesis de conocimiento mediante revisiones sistemáticas y críticas de artículos publicados. Igualmente aquellos trabajos realizados para el análisis, comparación, interpretación y adaptación a una situación concreta de la bibliografía existente sobre un tema determinado en el que los autores puedan aportar su experiencia personal.

Deberán incluir:

Introducción (incluirá el planteamiento del problema), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas figuras.

d) Casos clínicos:

Estarán relacionados con la práctica asistencial de los profesionales de enfermería en cualquiera de los campos de su competencia profesional.

Deberán incluir:

Introducción, Descripción del proceso de Enfermería (valoración, problema, plan de cuidados...), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); extensión máxima recomendada de 10 páginas, excluidas notas y figuras.

e) Comunicaciones breves:

Se aceptarán en esta sección la discusión de trabajos publicados con anterioridad en esta revista, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales y las experiencias que puedan ser resumidas en un breve texto.

Extensión máxima recomendada de 3 páginas con formato libre.

INFORMACIÓN DEL COPYRIGHT

- Para uso impreso o reproducción del material publicado en esta revista se deberá solicitar autorización al Colegio Oficial de Enfermería de Huesca.
- La aceptación de un artículo para su publicación implicará que el autor o autores transfieren los derechos de copyright al editor de la revista.
- En cualquier caso, el Consejo de Redacción entiende que las opiniones vertidas por los autores son de su exclusiva responsabilidad.

2. Elaboración y envío de los trabajos originales

FORMATO DE PRESENTACIÓN:

- *Idioma:* Todos los trabajos estarán escritos en castellano.
- *Medio de presentación:* Se presentarán en archivo para ordenador compatible PC, en el procesador de textos Microsoft Word, en versión para Windows. El archivo se podrá enviar en disquette de 3.5" para PC o adjuntado a un mensaje de correo electrónico. Adicionalmente se podrán enviar impresos en papel tamaño DINA4 –tres copias–.
- *Contenidos de la primera página:* En la primera página deberá aparecer, justificado a la izquierda, solamente:
 - el título (en minúsculas, sin cursiva ni negrita)
 - nombre (completo, sin iniciales) y apellidos de los autores
 - centro de trabajo
 - una dirección para correspondencia: postal, así como, en su caso, telefónica, fax o correo electrónico.
- *Contenidos de la segunda página:* En la segunda hoja deben constar únicamente:
 - el título del trabajo,
 - un resumen (con una extensión no superior a las 200 palabras) y

- un número de palabras-clave comprendido entre 4 y 8.

En ningún caso en esta hoja aparecerán los autores y sus direcciones.

- *En el resto de páginas:*
- Los títulos, apartados y subapartados se pondrán en negrita o subrayado y nunca en mayúsculas.
- Se presentarán por una sola cara, espaciado doble, tamaño de letra 12, a ser posible, Times New Roman.
- Todas las referencias bibliográficas deben numerarse correlativamente y señalarse en el texto mediante un claudador y su correspondiente numeración. P. ej. (1)
- *Bibliografía:* Los autores podrán reseñar citas procedentes de libros o revistas previamente publicados, así como trabajos que estén aceptados por alguna revista o editorial y se encuentren pendientes de publicación, en cuyo caso deberán señalar “en prensa”.

Todas las citas se ajustarán a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a las revistas biomédicas. (Normas de Vancouver).

Ejemplos:

Artículo estándar:

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura* internacional de la revista año; volumen (número)**: página inicial-final del artículo.

Díez Jarilla J., Cienfuegos Vázquez M, Suárez Salvador E. “Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión”. *Med Clin (Barc)*, 1997; 109 (16): 632-634

* Las abreviaturas internacionales pueden consultarse en “List of Journals Indexed in Index Medicus”, las españolas en el catálogo de revistas del Instituto Carlos III.

** El número es optativo si la revista dispone de n.º de volumen.

Se mencionan seis primeros autores seguidos de la abreviatura *et al.* (Nota: *National Library of Medicine* (NML), incluye hasta 25 autores; cuando su número es mayor cita los primeros 24, luego el último autor y después *et al.*)

- *Autores individuales*

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Nota: La primera edición no es necesario consignarla. La edición siempre se pone en números arábigos y abreviatura: 2.ª ed.-2nded. Si la obra estuviera compuesta por más de un volumen, debemos citarlo a continuación del título del libro Vol. 3

Jiménez C, Riaño D, Moreno E, Jabbour N. *Avances en trasplante de órganos abdominales*. Madrid: Cuadecon; 1997

- *Editor(es) compilador(es)*

Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavete López-Montes J, Tonío Duñantez J. Editores. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. 2.ª ed. Madrid: SEMFYC; 1997

- *Organización como autor y editor*

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995

- *Capítulo de libro*

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/recopilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo.

Nota: el anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una “p” para la paginación.

Buti Ferrer M. “Hepatitis vírica aguda”. En: Rodés Tixidor J, Guardia Massó J Dir. *Medicina Interna*. Barcelona: Masson; 1997. p. 1520-1535.

- *Las tablas y figuras:* con sus correspondientes títulos y leyendas, se podrán incluir en el texto en la versión de procesador de textos. En caso de figuras especiales que requieran un programa informático de gráficos específico, se enviarán en archivo aparte y en papel aparte que permita una buena reproducción. Además, una hoja final del archivo de ordenador en el que se incluye el trabajo deberá incluir los títulos y leyendas, correlativamente numeradas, a las que se refieren las tablas/figuras correspondientes. En el texto se debe marcar el lugar o lugares donde se deben insertar. Si el gráfico ha sido generado por ordenador, deben acompañarse los correspondientes archivos en disco, especificando el programa de gráficos empleado.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS ORIGINALES

- Los autores enviarán sus trabajos originales (que no hayan sido enviados a otras revistas para su publicación) al Consejo de Redacción.
- Toda la correspondencia relativa a la publicación de artículos puede enviarse:
- Preferentemente por correo electrónico (e-mail), a la dirección: coleg22@enfermundi.com
- Por envío postal dirigido a: Colegio Oficial de Enfermería. Avda. Juan XXIII, n.º 5, 22003 HUESCA.

3. Proceso de evaluación y seguimiento de originales

- *Acuse de recibo y envío a evaluadores:*
Una vez acusado recibo del original recibido (con asignación de un código de referencia), este será enviado a dos evaluadores
- *Método de revisión:*
Los evaluadores serán dos miembros del Consejo de Redacción para juzgar sobre la conveniencia de su publicación y, en su caso, sugerirán las rectificaciones oportunas. El método de revisión empleado será de doble ciego (anónimo de autor y evaluadores).
- *Resultados de la revisión:*
El resultado del proceso de evaluación podrá ser:
 - (a) Aceptación del artículo
 - (b) Rechazo
 - (c) Aceptación condicionada a rectificaciones.Cualquiera de estos informes se enviará al autor normalmente por correo electrónico.
El envío postal sólo se utilizará cuando las rectificaciones hayan sido hechas por el revisor o revisores sobre el trabajo original o bien cuando el autor requiera la aceptación en papel.
- *Seguimiento del proceso:*
Los autores podrán solicitar información sobre el proceso en la Secretaría del Colegio.

Agenda

CONGRESOS Y JORNADAS

IV SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN EL INSOMNIO: "INSOMNIO CRÓNICO, ¿ES SÓLO UN TRASTORNO DEL SUEÑO?"

IV SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN ESTRÉS Y SUEÑO HUMANO: "EL SUEÑO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS"

Madrid, 15 de septiembre de 2008

Información: Tels.: 914 975 492 – 650 083 213.

Fax: 914 975 353

E-mail: symposium.insomnio@gmail.com

Web: <http://www.circadies.com>

51 CURSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA

Vall de Laguar (Alicante), del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2008.

Información: Tel.: 965 583 350.

Fax: 965 583 376

E-mail: rosana@fontilles.org

XXIV CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA

Organizado por el Colegio de Enfermería de Sevilla

Del 30 de septiembre al 31 de octubre de 2008

Información: Tel.: 954 933 800.

Fax: 954 933 803

E-mail: Colegio@icoe.es

Web: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es>

XIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Úbeda (Jaén), del 9 al 11 de octubre de 2008.

Información: Tel.: 954 501 109.

Fax: 954 564 621

E-mail: secretaria@aneh.es /

congresos@gupoeca.net

Web: <http://www.aneh.es>

III CONGRESO NACIONAL DE EQUIPOS DE TERAPIA INTRAVENOSA: "CUIDADOS UNIVERSALES. POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"

Pamplona, del 15 al 17 de octubre de 2008.

Información: Tels.: 948 274

050 - 948 274 011. Fax: 948 248 227

E-mail: congreso@congresosnavarra.com

Web: <http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com>

XIII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS: "MUJERES Y MATRONAS PARA UN FUTURO MEJOR"

Alicante, del 16 al 19 de octubre de 2008

Información: Tels.: 965 926

747 / 965 926 748.

Fax: 965 926 542

E-mail: viajes.alicante@alc.es /

congresos@viajesalicante.com

Web: <http://www.congresomatronas2008.es>

XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA: "GESTIONAR RETOS, LIDERAR EL FUTURO"

Jerez de la Frontera, del 21 al 24 de octubre de 2008.

Información: Tel. y fax: 956

343 768

E-mail: info@selmaeventos.com

Web: <http://www.selmaeventos.com>

XXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR (ASEEDAR-TD)

Úbeda (Jaén), del 22 al 24 de octubre de 2008.

Información: Tel.: 902 111 919.

Fax: 954 577 863

Web: <http://www.aseedar-td.ubeda2008.com>

**XIII PREMIO DE RELATOS
BREVES “SAN JUAN DE
DIOS”**

Convocatoria abierta hasta el 3 de noviembre de 2008.

Información: Tel.: 915 641 868

Fax: 915 643 981

Web: <http://www.upcomillas.es>
(sección Escuela de Enfermería y Fisioterapia)

**I CONGRESO
LATINOAMERICANO SOBRE
ÚLCERAS Y HERIDAS.**

**VII SIMPOSIO NACIONAL:
“ÚLCERAS POR PRESIÓN Y
HERIDAS CRÓNICAS”**

Tarragona, del 12 al 14 de noviembre de 2008.

Información: Tel.: 937 209 189.

Fax: 937 209 240

E-mail: gneaupp2008@bocentium.com

Web: <http://www.bocentium.com/gneaupp2008>

**V REUNIÓN
INTERNACIONAL SOBRE
ENFERMERÍA BASADA EN
LA EVIDENCIA: “EVIDENCIA
PARA UNOS CUIDADOS
SEGUROS”**

Granada, 20 y 21 de noviembre de 2008.

Información: Tel. y fax: 958 293 304

E-mail: secretaria@ciberindex.com

Web: <http://www.index-f.com/ri/inicio.php>

**2.º ENCUENTRO NACIONAL
DE URGENCIAS Y
TRANSPORTE SANITARIO**

Barcelona, del 26 al 28 de noviembre de 2008.

Información: Tel.: 902 190 848

Fax: 902 190 850

E-mail: sanicongress@2urgenciaytransporte.com

Web: <http://>

www.2urgenciaytransporte.com

VII EDICIÓN PREMIO NUK

Organizado por: NUK

Formación de Roche

Diagnostics, S.L., y Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

Del 28 de enero al 28 de febrero de 2009.

Información: Tel.: 93 583 40 00

Web: <http://www.federacion-matronas.org>

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON**

1.800.000€

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



Tu Colegio de Enfermería,
a tu servicio

TELÉFONO AZUL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Las 24 horas del día,
los 365 días del año

9 0 2 5 0 0 0 0 0



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

Colegio Oficial
de Huesca