

Enfermería Comunitaria

vol. 9 | núm. 1 | invierno 2021

3

Editorial

La Enfermera de Familia en los centros educativos durante la pandemia: Gestión de Incidencias

6

Revisión bibliográfica

Abordaje enfermero de quemaduras menores

18

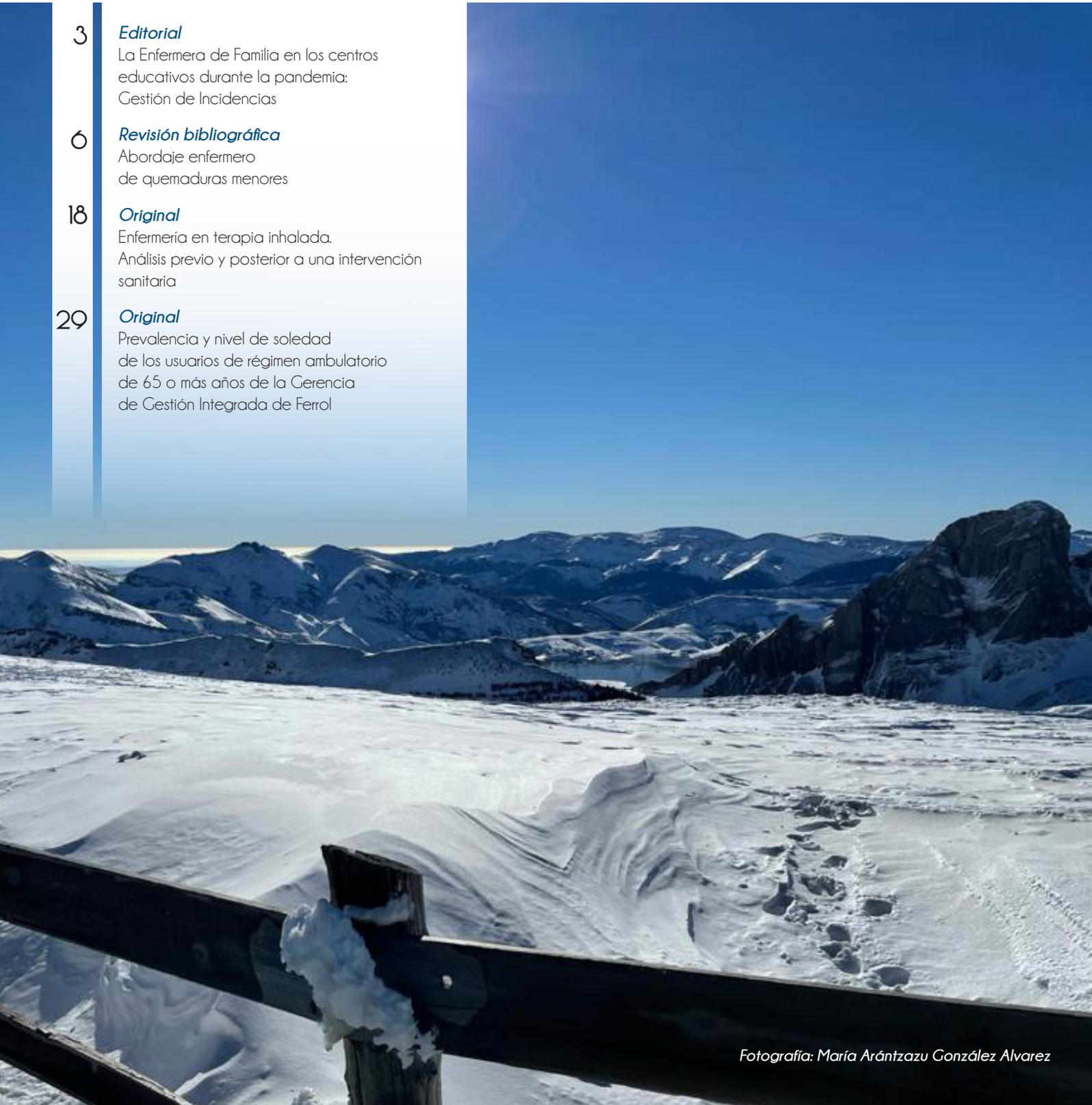
Original

Enfermería en terapia inhalada. Análisis previo y posterior a una intervención sanitaria

29

Original

Prevalencia y nivel de soledad de los usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol



Fotografía: María Arántzazu González Alvarez

Entidad editora:

SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo

Centro de Salud de Contrueces (Gijón).

Ana Covadonga González Pisano

Centro de Salud de Salas. Periférico La Espina. Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. Doctora por la Universidad de Oviedo. Miembro de Investén-ISCIII.

Cristina González Aller

Centro de Salud de Llanera (Oviedo).

Teresa López Castellanos

Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria. Área V (Gijón), Asturias.

Rosendo Argüelles Barbón

Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón).

Directora:

Carmen Santano Vílchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

María Arantzazu González Álvarez

Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria. Enfermera Especialista en Geriátrica. Área IV (Oviedo).

Lara Menéndez González

Enfermera Especialista en EFyC. Centro de Salud del Llano (Gijón).

Carlos Miguel Sanz Vega

Enfermero Especialista en FyC. Enfermero de Atención Primaria Área V

Lucía Arias Fernández

Enfermera Especialista en EFyC. Enfermera en Área VIII

Comité Científico:

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón).

Berna García Menéndez

Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama).

Belén Fernández Suárez

Hospital Álvarez Buylla de Mieres.

Marta Pisano González

PhD. Servicio de Promoción de la Salud y Participación. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Enrique Oltra Rodríguez

Doctor por la Universidad de Oviedo y Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Rosario Riestra Rodríguez

Vicedecana de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctora por la Universidad de Oviedo.

Emilia Romero de San Pio

UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo). Miembro del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Fernando Alonso Pérez

Decano de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctor por la Universidad de Oviedo.

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés).

Carmen Teresa Velasco González

Jefa de Sección de Calidad de la D.G. de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (Oviedo).

Sofía Osorio Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

Susana Navalpotro Pascual

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid).

M^a Ángeles González Fernández

Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del área del Bierzo (León).

Francisco Javier Izurubieta Barragán

Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño). Doctor por la Universidad de Alicante. Miembro de Investén-ISCIII.

Estefanía Vegas Pardavila

Doctora por la Universidad de Alicante. Enfermera en el Hospital Universitario de Asturias, Oviedo.

Sheila Sánchez Gómez

Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Álava (Álava). Doctora en Ciencias de la Enfermería.

Manuel Rich Ruíz

Director del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Doctor por la Universidad de Córdoba. Miembro de Investén-ISCIII.

Jorge Mínguez Arias

Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero Comunitario Centro de Salud Arnedo, La Rioja.

Ricardo de Dios del Valle

Subdirector de Atención Sanitaria del Área IV de Asturias.

Luis Arantón Areosa

Doctor por la Universidad de A Coruña (UDC). Director de Procesos de Enfermería. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud (SERGAS).

Sara Diez González

Enfermera especialista en FyC. Unidad de Epidemiología Laboral y Ambiental de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Isabel Fería Raposo

Supervisora de enfermería. Coordinadora de investigación en enfermería. Unidad de agudos. Hospital Benito Menni (Barcelona).

M. Belén Suárez Mier

Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUCA (Asturias).

Dolores Sánchez López

Enfermera en el Centro de Salud Las Huelgas (Burgos). Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Licenciada en Antropología. Doctora por la Universidad de Burgos.

Xosé Manuel Meijome

Enfermero. Bloque quirúrgico. Hospital El Bierzo (Ponferrada). Creador del blog cuadernillosanitario.

Beatriz Braña Marcos

Enfermera de AP del Área V. Unidad para la Excelencia en Cuidados de Asturias. DG Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad. Miembro del Comité Científico del Centro Español para los cuidados de la Evidencia. Miembro del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Principado de Asturias.

José María Rumbo Prieto

Supervisor de cuidados, investigación e innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Doctor por la Universidad de A Coruña. Miembro del Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CECBE).

Belén García Hernández

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Cristina Obaya Prieto

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Patricia González Rocas

Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Atención Integral (CAI) Área Sanitaria I (Jarrío), Sespa.

Almudena Pousada González

Enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias. Doctora por la Universidad de Oviedo. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo.

María Álvarez Fernández

Enfermera Especialista en F y C. Atención Primaria Área VII. Sespa.

Diego José Villalvilla Soria

Enfermero. Centro de Salud Alcalá de Guadaíra. Madrid.

Raquel Pérez Otero

Enfermera de AP de Asturias, especialista en enfermería familiar y comunitaria.

M^a Josefa González García

Enfermera de la Unidad de Calidad en Cuidados y Sistemas de información. Complejo Hospitalario de Navarra.

Ana M^a Mateo Cervera

Jefa de Área de Enfermería de Desarrollo en Cuidados e Innovación. Complejo Hospitalario de Navarra.

Miriam Broncano Bolzoni

Red de Salud Mental y Adicciones del Institut d'Assistència Sanitària (Girona). Profesora asociada del Departamento de Enfermería. Universitat de Girona (Girona).

Pedro Ventura Puertos

Enfermero. Doctor. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba

Noelia Rodríguez Escobar

Trabajadora Social. Proyecto Europeo CARE4DEM (Eurocarers is involved in a new projects on online support groups) de Erasmus+.

Pedro Pastor Ballesteros

Enfermero Medicina Preventiva Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. Profesor Asociado Ciencias de la Salud. Facultad Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Vanessa Cantón Habas

Enfermera. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba.

Carmen López Colao

La Enfermera de Familia en los centros educativos durante la pandemia: Gestión de Incidencias

Septiembre llegó, y con él la temida “vuelta al cole”. El hándicap de la comunidad educativa es sin duda la diversidad. Se trata de un ambiente dinámico entre los trabajadores, los propios docentes y su ambiente: familiares, cuidadores, monitores extraescolares... Ese es el matiz que supone la complejidad en el abordaje de gestión de casos y medidas preventivas frente a la COVID-19 en centros educativos. Los datos nos indican que los niños se pueden contagiar de igual manera que los adultos, resolviéndose los síntomas en una o dos semanas en casos leves (1), (2). Generalmente el contagio es comunitario, pero es necesario considerar el gran abanico de edades con sus consiguientes posibles interacciones: juguetes compartidos en infantil, alumnado con necesidades especiales, extraescolares, contacto social en la adolescencia...

Cada céntimo que se invierte en el personal de enfermería mejora el bienestar de los ciudadanos afirma Annette Kennedy, presidenta del Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Parece obvio reflexionar sobre la buena utilización de los recursos tanto económicos como humanos, dado el esfuerzo que supone el desarrollo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC). Cuando llegó el momento



de crear el equipo de trabajo que llevase los casos COVID en los centros educativos, nadie tuvo duda de que **tendríamos que tener una clara orientación comunitaria**, implementando nuestras competencias de enfermería de familia descritas en el BOE (3).

La Consejería de Sanidad junto con la de Educación, ha trabajado para aunar criterios y consensuar *La Guía de actuación ante la aparición de casos COVID-19 en centros educativos del Principado de Asturias* (4). Dicho documento ha estado en constante actualización conforme a las necesidades y las exigencias de la evolución de la pandemia.

En el Área V se crea un equipo de 30 enfermeras de familia lideradas por una coordinadora, dedicada a la gestión de

los 118 centros educativos. Cada enfermera responsable, sin descuidar su actividad asistencial en el centro de salud, se ocupa de cuatro centros educativos, de modo que **cada uno de éstos tiene a una referente como interlocutora directa con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)**. Previo al inicio del curso escolar, impartimos las sesiones de formación a los coordinadores COVID de los centros educativos en materia de prevención, detección precoz y gestión de casos sospechosos. Dichos talleres, supusieron la primera toma de contacto con los docentes, que pronto se consolidaría en una relación de trabajo coordinado.

Otra de nuestras funciones es la gestión de incidencias ante posibles casos sospechosos. Resulta de vital importancia la activación temprana del circuito a seguir: Cuando a un niño le viene a buscar su familia por síntomas compatibles con COVID, el centro educativo se pone en contacto con su enfermera de referencia, y es ella quien valora la pertinencia o no, de solicitar una prueba PCR, siguiendo los protocolos de la Consejería de Sanidad. De igual modo, si se presenta un caso confirmado valoramos la necesidad de poner en cuarentena a toda la clase. Todo ello en constante comunicación con nuestra Coordinadora y el Equipo Gestor de Casos de la Gerencia del Área V.

Uno de los aspectos que facilitó nuestro trabajo fue la implementación del programa informático para la notificación de casos, ofrecido por la Dirección de Salud Pública del Área. Aparte de agilizar el proceso de registro y facilitar el rastreo, se daba la información pertinente a las familias sobre los pasos a seguir en cada uno de los escenarios.

La Enfermera de Familia está en la comunidad. Acudimos presencialmente a cada

centro educativo para reforzar conductas de prevención, supervisar el plan de contingencia que han elaborado y emitir un informe, cumpliendo con otra de las funciones que recoge la guía.

En estos meses nos hemos hecho expertas en el manejo de la incertidumbre, resolviendo lo prioritario, aunque no es sencillo compaginarlo con nuestras consultas de Atención Primaria. Teníamos como referencia el éxito de la gestión cuando hubo que intervenir en las residencias, por lo que jugábamos con ventaja ante el nuevo desafío: el factor sorpresa se había debilitado, aunque la evolución de la pandemia seguía siendo impredecible. La Navidad llegaba y con ella un respiro para todos, con un balance trimestral de más de 5.300 PCR hechas, 1.013 casos positivos y 200 aulas puestas en cuarentena (5).

Ante algo tan excepcional es preciso reflexionar sobre el cuidado de nuestro Sistema Sanitario y de los profesionales que lo integran. *“Reorganizar recursos para garantizar la continuidad en la atención y la eficiencia”*, así lo contempla nuestro *Plan de Salud de Asturias 2019-2030* (5). Sabemos que mucha de esta reorganización tiene que ver con poner el foco en las enfermeras, la OMS estima nuestro déficit en 9 millones para el 2030 (6). Quizás este año no lo recordemos como el éxito de la campaña *“Nursing Now”* o *“El año Internacional de la Enfermera y Matrona”* (7). Quizás el 2020 es el punto de inflexión en materia sociosanitaria y específicamente en nuestra especialidad. **La Pandemia ha puesto en evidencia la necesidad de una buena gestión y la pertinencia del liderazgo de las enfermeras con programas como *Global Nursing Leadership Institute*, propuesto por el CIE** (8). Seamos partícipes, es nuestro momento.

Bibliografía

1. Manejo del paciente pediátrico ante sospecha de infección por el nuevo coronavirus SARS-COV-2 en Atención Primaria. Asociación Española de Pediatría. AEPap-SEIP/AEP-SEPE disponible en: <https://www.aeped.es/noticias/manejo-pediatrico-en-atencion-primaria-covid-19AP>
2. Plan estratégico de Enfermería escolar para la prevención covid-19 en centros educativos. Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar
3. BOE núm. 157, de 29 de junio de 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>
4. Guía de actuación ante la aparición de casos COVID-19 en centros educativos del Principado de Asturias. Curso 2020-2021.
5. Datos ofrecidos por coordinación Escolar Área Sanitaria V a fecha Diciembre 2020.
6. Consejo Internacional de Enfermería <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/international-council-of-nurses-2019-congress>
7. Plan de salud del Principado de Asturias 2019-2030. Poblaciones sanas. <http://www.asturiasparticipa.es/wp-content/uploads/2019/01/Plan-de-Salud-15-enero-2019.pdf>
8. Consejo Internacional de Enfermería <https://www.icn.ch/es/que-hacemos/campanas/nursing-now>

Abordaje enfermero de quemaduras menores

Borja González Suárez
Hospital Universitario de Cabueñes

Contacto: borjagonzalezsuarez@gmail.com

Manuscrito recibido: 19/05/2020
Manuscrito aceptado: 20/11/2020

Cómo citar este documento

González Suárez B. Abordaje enfermero de quemaduras menores. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021 Febrero; 9 (1): 6-17.

Resumen

Objetivo: Identificar el papel de la/el enfermera/o y las últimas evidencias científicas sobre los cuidados necesarios para el abordaje integral de las quemaduras menores.

Metodología: se realiza una revisión bibliográfica en el intervalo comprendido entre el mes de diciembre de 2018 y abril de 2019. Libros, páginas web, guías de práctica clínica y fuentes secundarias como SciELO, Cochrane, Medes, CINAHL, LILACS, Medline y Teseo, componen esta revisión.

Resultados: La gran mayoría de las quemaduras son poco graves, ello supone que su abordaje pueda ser asumido por la/el enfermera/o de forma ambulatoria. Si bien la aparente escasa complejidad, el

desconocimiento y la mala praxis está muy extendida entre población y personal sanitario. Adoptar medidas de prevención hacia fuentes de exposición (como el sol) son necesarias para evitar desde sufrir una quemadura a desarrollar un cáncer cutáneo. La valoración es clave para determinar la gravedad de una quemadura y su posterior gestión. El exudado, la infección, el estado de la piel y el dolor condicionarán los materiales de cura a utilizar en cada caso.

Conclusiones: según las últimas evidencias, la/el enfermera/o es una figura clave y está capacitada/o para la prevención y tratamiento de las quemaduras menores. La cura húmeda se recomienda como terapia de referencia.

Palabras clave:

Quemaduras; Enfermería de Atención Primaria; Primeros Auxilios; Lesiones accidentales.

Nurse approach to minor burnings

Abstract

Purpose: To identify the latest evidence on nursing care in minor burns from a holistic approach.

Methodology: The research consisted on a bibliographic review made between December 2018 and April 2019 on books, web pages, clinical guides and secondary sources such as SciELO, Cochrane, Medes, CINAHL, LILACS, Medline and Teseo.

Outcomes: most of the burns are minor, meaning that the nurse can handle their treatment. However, unknowledge and bad praxis is extended among patients and health professionals. Knowing how to handle risky exposures as the Sun is a key step to prevent burns and skin cancer. Evaluation of the burnings at the moment they are produced is a key process to establish their severity and further treatment. Moisture, infection, skin condition and pain are symptoms that will influence on the materials chosen for the care of the burning.

Conclusions: As said by the recent evidence, the nurse is a key in the process of prevention and treatment of minor burnings. Humid care is recommended as first-election treatment.

Keywords

Burns; Primary Care Nursing; First Aid; Accidental Injuries.

Introducción

En España se calcula que anualmente se ven afectadas por quemaduras cerca de 144.000 personas, de las cuales tan solo entre el 5-15% precisan de atención hospitalaria (1, 2). El porcentaje restante puede ser tratado ambulatoriamente, ello quiere decir que se trata de quemaduras menores. Una quemadura menor es aquella que tras ser valorada por personal sanitario se ha determinado que no implica un riesgo medio ni alto de complicaciones agudas siendo clasificada como de baja gravedad (3, 4).

Durante el manejo de este tipo de lesiones no son infrecuentes los errores en el diagnóstico y posterior abordaje

condicionado muchas veces por la incertidumbre (3). Existen técnicas terapéuticas arraigadas en el tiempo que cuentan con escaso o nulo aval científico y que todavía están presentes entre profesionales como puede ser la antibioterapia tópica en ausencia de signos de infección (1). A ello hay que añadirle que gran parte de la información disponible entre la población es de escasa calidad, dando lugar a procedimientos y métodos variados e incluso perjudiciales como la aplicación de dentífrico como calmante (3).

Las quemaduras solares son quemaduras menores, a pesar de la aplicación del término "menor", están estrechamente vinculadas a consecuencias fatales, como la aparición de cánceres cutáneos según el

National Cancer Institute (NCI) (5). La prevención ha logrado reducir su magnitud, siendo la educación para la salud una herramienta clave en el proceso (3). Se estima que si se aplican las medidas preventivas adecuadas en cuanto a fotoprotección es posible evitar hasta el 80% de los casos de cáncer de piel (6).

La/el enfermera/o se ha identificado como una figura clave en todo lo relacionado con las quemaduras en la población. Presenta una posición privilegiada para fomentar la prevención, gestionar las curas (materiales y técnicas) y garantizar unos cuidados post-quemadura adecuados, además de detectar la aparición de signos de mala evolución e incluso lesiones malignas (7).

Con ello, se plantea una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar el papel de la enfermera/o y las últimas evidencias científicas sobre los cuidados necesarios para el abordaje integral de las quemaduras menores. Para ello se pretende describir la prevención de las quemaduras, más concretamente las producidas por la radiación solar, y la valoración de las mismas junto con las terapias y cuidados más actualizados.

Se estima que si se aplican las medidas preventivas adecuadas en cuanto a fotoprotección es posible evitar hasta el 80% de los casos de cáncer de piel

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en el periodo de tiempo comprendido entre diciembre de 2018 y abril de 2019, con los siguientes recursos bibliográficos:

- Bibliotecas: SciELO y Cochrane
- Bases de datos: Medes, CINHALL, LILACS, Medline y Teseo
- Motores de búsqueda: Pubmed (Medline), Clinicalkey (Elsevier) y Encuentra (Enfermería21)

Como criterios de inclusión se seleccionaron los artículos con un máximo de 10 años. El español e inglés fueron los idiomas aceptados. Se priorizaron revisiones y guías de práctica clínica sobre artículos originales, excluyendo los casos clínicos y los artículos sobre el paciente gran quemado. Se descartó un estudio por un posible conflicto de intereses económicos. No han sido utilizados instrumentos de lectura crítica estandarizados. Sin embargo, se ha utilizado como criterio indirecto de calidad la baremación de los índices Factor de Impacto (FI) y Scimago Journal Rank (SJR) de las revistas donde han sido publicados.

Se realiza una primera búsqueda con lenguaje libre y posteriormente con palabras clave (quemaduras, quemaduras solares, factor de protección solar, manejo del dolor, infección, vendajes y sus equivalentes en inglés) ambas sujetas a las restricciones de los filtros descritos, obteniendo un total de 324 documentos, de los cuales 40 fueron de interés para la lectura de su resumen. Se descartaron 5 para el análisis del texto completo por no ajustarse a la temática del estudio. Finalmente 22 referencias conforman el artículo. Las principales características de la bibliografía recuperada se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1: Síntesis de la bibliografía

Autoría	Fuente	Tipo de documento	Objetivos	Año
Jiménez serrano R, García Fernández FP.	Revista: Gerokomos	Revisión	Analizar el efecto en la cicatrización de las quemaduras de los diferentes tratamientos recogidos en la literatura especializada.	2018
Ambrona De Marcos V, Ramírez Molinero R, García Expósito J, Bañeres Arguilés C, Marquilles Bonet C.	Revista: Ágora de enfermería	Revisión	Analizar la literatura actual del tratamiento de las quemaduras de segundo grado superficial, para clarificar opciones terapéuticas adecuadas, desmintiendo así prácticas empíricas carentes de fundamentación científica	2017
Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F.	Guía de Práctica Clínica	GPC	Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por quemaduras	2011
Instituto Nacional del Cáncer.	Instituto Nacional del Cáncer (NIH)	Monografía en internet	Servir como fuente de información y ayuda para los médicos que atienden a pacientes de cáncer.	2018
Valdivielso Ramos M, Herranz JM.	Revista: Anales de pediatría	Revisión	Actualizar los conocimientos más recientes en fotoprotección infantil y las novedades en los fotoprotectores y campañas recientes en educación solar.	2010
Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A.	Cochrane	Revisión Cochrane	Evaluar los efectos de los apósitos para heridas de quemaduras en quemaduras de espesor parcial y superficial.	2013
Norman G, Christie J, Liu Z, Westby MJ, Jefferies JM, Hudson T, et al.	Cochrane	Revisión Cochrane	Evaluar los efectos y la seguridad de los antisépticos para el tratamiento de quemaduras.	2017

Fuente: Elaboración propia

Resultados

Prevención.

El hogar y el trabajo son los entornos más proclives a que se suceda una quemadura, siendo el primero de ellos el de mayor incidencia. Esto supone que en las políticas de prevención tengan una carga reseñable ambos ambientes. Por esta misma característica de la accidentalidad cualquier persona es sensible a padecerla, no existiendo una población diana específica (3).

En el hogar se sucede el 60% de las quemaduras. Es conveniente tener especial precaución en la cocina donde electrodomésticos y utensilios de cocina puedan generar quemaduras por sólidos calientes al contacto directo o de forma indirecta, calentando líquidos, por escaldadura. Estas últimas son las más incidentes en niñas/os

y suponen el 65% de las quemaduras del hogar, por ello hay que considerar medidas especiales con ellas/os como es colocar los mangos (de cazos, sartenes, freidoras...) y cables... orientados hacia atrás; vigilar la temperatura del agua del baño (recomendable mezclar, primero fría y después caliente). Alejar los productos de limpieza del alcance de los niños ubicándolos en armarios elevados, cubrir los enchufes con tapa-enchufes... recomendaciones adecuadas para que la/el enfermera/o de pediatría dé a los padres en las revisiones del niño sano. Al igual que los niños, los ancianos también son un grupo de riesgo, algunos ancianos pueden presentar un deterioro funcional o cognitivo y no son capaces de valerse por sí mismos (1, 3).

En el medio laboral la mayor incidencia la tienen las quemaduras por llama (10-15%

de las quemaduras totales), electricidad y productos químicos. Se recalca la importancia de utilizar el material de seguridad necesario, principalmente las botas aislantes (1,8).

La exposición solar

Ya sea en el trabajo o en los momentos de ocio todos los días estamos expuestos inevitablemente a radiación ultravioleta (UV) procedente del sol. Las ondas ultravioleta son potencialmente lesivas siendo en este tipo de quemaduras de especial interés la prevención. La radiación solar es necesaria. Una exposición solar mínima (10-15 minutos) de las zonas descubiertas (cara, brazos, piernas...) en un país con abundante radiación solar como es España y una dieta equilibrada es más que suficiente para cubrir las demandas diarias (6, 9). La radiación solar es causante de un elevado volumen de quemaduras debido al desconocimiento de las consecuencias, incluidas las que aparecen a largo plazo. Según la OMS (10) y el NCI (11), el cáncer cutáneo es el más prevalente en el mundo y, concretamente, el melanoma el que más incidencia tiene.

Existe una fuerte correlación entre la sucesión de quemaduras solares y el incremento del riesgo de desarrollar un cáncer cutáneo, la primera variable implica una exposición aguda excesiva no tolerada por la piel, mientras que la segunda está vinculada

Gran parte de la exposición solar de la vida de una persona se sucede antes de los 18-20 años. El mejor enfoque para concienciar a toda la población es la educación sobre los riesgos que implica una exposición solar excesiva.

fuertemente a una exposición intermitente. A todo ello hay que añadirle que los efectos de la radiación solar sobre la piel son acumulativos e irreversibles y tienen especial importancia cuando se producen en la primera infancia (5, 6).

Gran parte de la exposición solar de la vida de una persona se sucede antes de los 18-20 años. El mejor enfoque para concienciar a toda la población es la educación sobre los riesgos que implica una exposición solar excesiva. La/el enfermera/o podrá fomentar la implementación de medidas, como las mostradas en la Tabla 2, para proteger la piel de las radiaciones solares (5, 6).

El grado de protección que otorgan los fotoprotectores exógenos viene determinado por el Factor de Protección Solar (FPS). Los factores de protección solar por encima de 50 no aumentan significativamente la

Tabla 2: Medidas de fotoprotección exógena

Evitar una exposición incidente	<i>La regla de la sombra.</i> Cuanto más pequeña es la sombra de una persona en relación con su altura más incidente está siendo la radiación sobre la misma
Utilizar cristales con homologación anti-UVA y anti-UVB	Las gafas deben absorber el 99-100% del espectro UV. Los cristales polarizados no garantizan protección frente a radiación UV.
Protegerse en días nublados	En días nublados con una elevada humedad se aumenta la dispersión de las radiaciones incrementando la exposición.
Cubrir la piel con ropas adecuadas	Los materiales más entretrejidos son más protectores. Los tintes oscuros absorben de 3 a 5 veces más la radiación que los claros.
Utilizar fotoprotectores exógenos	Existen filtros físicos y filtros químicos.

Fuente: Elaboración propia

protección frente a la radiación UVA y UVB (8). La eficacia del FPS indicado está condicionada por la técnica de aplicación (15-30 minutos antes de la exposición y cada 2h en exposiciones prolongadas) y la cantidad aplicada (2 mg/cm², aproximadamente unos 36g, una proporción correspondiente a la palma de la mano completa para todo el cuerpo). La aplicación de menos cantidad de producto de protección solar conduce a una reducción desproporcionada de la protección (8, 9) tal y como se muestra en la Tabla 3.

Valoración

Las quemaduras menores no implican un riesgo sistémico para el paciente. La profundidad, extensión, localización y etiología son los criterios para determinar las características de la quemadura. Con cada cura se debe realizar otra valoración siguiendo los mismos patrones ya que se trata de una lesión dinámica y esta valoración condicionará su abordaje (3,11). No se han encontrado estudios que traten el papel de la/el enfermera/o durante el proceso de valoración de una quemadura.

La profundidad no es un determinante directo de la gravedad ya que algunas quemaduras de tercer grado conllevan una menor gravedad que otras de segundo grado mucho más extensas (12). La mayoría de las quemaduras son una mezcla de diferentes profundidades que incluso pueden continuar profundizando después de la lesión inicial (13). Se debe tener presente que para

concluir con un determinado diagnóstico de profundidad debe coincidir el aspecto de la lesión con la sensibilidad del paciente (12).

La Superficie Corporal Total Quemada (SCTQ) permite identificar el riesgo de complicaciones sistémicas. Los eritemas no deben ser considerados en el recuento ya que no comportan pérdidas hídricas significativas. Las quemaduras menores se caracterizan por una baja SCTQ (3).

La localización condicionará el mayor o menor riesgo de infección (manos o periné), las secuelas funcionales (zonas de flexión) y de afectación neurovascular distal (quemaduras profundas circulares en miembros) (3).

Durante los primeros auxilios, determinar el agente causal de una quemadura toma especial importancia. Hay que tener presentes las posibles complicaciones asociadas ya que las quemaduras eléctricas pueden desencadenar eventos cardíacos mientras que las provocadas por llama pueden acompañarse de compromiso respiratorio por inhalación de humos dejando así de categorizarse como menores

Tabla 3: FPS real según la cantidad aplicada de fotoprotector en todo el cuerpo

FPS indicado	FPS con 36g	FPS con 18g	FPS con 9g
15	15	3,9	2
30	30	5,5	2,3
50	50	7,1	2,7

Fuente: Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo (Asturias), Asociación Lúpicos de Asturias. Cómo prevenir los efectos nocivos del sol [internet]. Oviedo: Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo; Asociación Lúpicos de Asturias, 2009 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36183/Como+prevenir+efectos+sol.pdf/4d46f67f-b3fa-f204-16a5-d09b7ed75375>

Durante los primeros auxilios, determinar el agente causal de una quemadura toma especial importancia. Hay que tener presentes las posibles complicaciones asociadas ya que las quemaduras eléctricas pueden desencadenar eventos cardíacos mientras que las provocadas por llama pueden acompañarse de compromiso respiratorio por inhalación de humos dejando así de categorizarse como menores (3, 11, 12, 14).

Tras la valoración se podrá identificar el abordaje correspondiente, partiendo de la posibilidad de derivar al paciente a una atención hospitalaria si correspondiese tal y como se muestra en la Tabla 4.

Además de la extensión y profundidad se debe tener especial consideración con:

- Quemaduras de etiología eléctrica y química
- Quemaduras dérmicas profundas y subdérmicas ubicadas en zonas especiales (cara, cuello, axilas...) por la potencial limitación funcional de su cicatrización.
- Quemaduras dérmicas profundas de forma circular en tórax o extremidades que puedan suponer un compromiso respiratorio, vascular o nervioso.
- Presencia de comorbilidades que pudiesen agravar el proceso de cicatrización (diabetes mellitus, anticoagulación, inmunosupresión...)

- Siempre que existan dudas sobre la valoración o evolución.
- La infancia y la vejez son poblaciones excepcionalmente sensibles a las consecuencias de estas lesiones (3, 4).

Abordaje de una quemadura

La primera aproximación a una quemadura consistirá en medidas de primeros auxilios (3, 9, 15, 16)

1. En estos primeros instantes se debe priorizar el minimizar la exposición al agente causal a fin de frenar su acción. Una vez retirado al paciente del entorno hostil, si es posible y no se pone en riesgo la integridad de quien asiste (especialmente en las quemaduras químicas), se retirará la ropa y demás elementos que cubran la zona quemada salvo si estuviesen muy adheridos a la piel.
2. Se procederá a la refrigeración de la quemadura. Lo ideal son los apósitos de gel de agua, en caso de no disponer de los mismos estará indicada la irrigación, cobertura con gasas empapadas o si es posible inmersión, con suero fisiológico (SF) o agua potable de la zona quemada durante 20-30 minutos. De esta forma se perseguirá la eliminación del agente causal, la inhibición de sustancias proinflamatorias y la analgesia. El líquido estará a temperatura ambiente a fin de evitar la vasoconstricción secundaria al frío que

Tabla 4: Gravedad en función de extensión y profundidad y recurso para su abordaje

	Menor/Leve	Moderada	Grave
Epidérmica	100%	-	-
Dérmica superficial	10-15%	15-25%	>25%
Dérmica profunda	5-10%	10-20%	>20%
Subdérmica	< 3%	3-10%	>10%
Ancianos y niños	< 5%	5-10%	>10%
Abordaje	Atención Primaria	Hospitalización	Unidad de quemados

Fuente: Elaboración propia

incrementaría el daño producido por la quemadura. Es de especial importancia la irrigación en quemaduras de etiología química ya que deberá mantenerse continua a fin de restaurar cuanto antes el pH de la piel.

3. En caso de materia orgánica visible se deberá lavar suavemente con agua y jabón a excepción de los ojos. Posteriormente se secará sin frotar.

Tras estas medidas se realizará la valoración sistematizada para identificar la gravedad de la lesión. En función de esta, si cumple criterios de derivación, se procederá con el traslado urgente al centro que se precise. En caso de cumplir los criterios de "Quemadura leve", representados en la Tabla 4 se iniciará el abordaje correspondiente.

Cuando tiene lugar una quemadura epidérmica se pueden aplicar sustancias coadyuvantes (glicerina, urea, vitaminas liposolubles, colágeno...) encaminadas a la recuperación y el mantenimiento de la hidratación evitando con esto la sequedad de la piel, causante del prurito característico. Los corticoides tópicos solo se contemplan en caso de sintomatología refractaria pero presentan efectos adversos por lo que no deben prolongarse más de 48h (3). Se trata de una lesión autolimitada que se puede resolver sin ninguna intervención en 5-7 días sin secuelas. La aplicación de estos preparados va encaminada a un tratamiento sintomático.

En las quemaduras donde existe una solución de continuidad se han identificado como claves los siguientes aspectos a la hora del tratamiento:

- El dolor producido durante los procedimientos terapéuticos (curas, movilizaciones...) es agudo, de corta duración y a menudo de gran intensidad. La Cura en ambiente Húmedo (CAH), la analgesia sistémica y la protección de la piel perilesional han sido demostradas como técnicas analgésicas efectivas. La incapacidad de controlar el dolor es motivo de derivación al nivel hospitalario (3).

- Toda flictena ha de ser desbridada, excepto las que su diámetro sea menor de 6mm y no interfiera en el movimiento, en este caso sí que se contemplaría su reabsorción. La retirada de estas permitirá una buena accesibilidad a la lesión para una correcta absorción de los tratamientos tópicos, valoración y disminución de la inflamación y riesgo de infección (2, 3, 9, 17).
- A mayor SCTQ mayor es el riesgo de infección. La incidencia de infección en quemaduras menores es muy baja. No está indicado el uso de antimicrobianos tópicos ni sistémicos de forma profiláctica ya que el riesgo de los efectos adversos no compensa el beneficio, únicamente se utilizarán en lesiones con alto riesgo de infección o infección en curso (3, 17, 18).
- La cura seca o tradicional con una adecuada gestión del exudado se ha identificado como efectiva en este tipo de lesiones. Sin embargo, tiene como hándicap que la elevada frecuencia de las curas y la adherencia de los apósitos a la superficie lesionada retrasan el tiempo de recuperación. La CAH permite gestionar el exudado manteniendo un alto grado de humedad para favorecer la epitelización y distanciar las curas. En la actualidad no existen diferencias significativas sobre la efectividad clínica de un tipo de apósito sobre otro en lo que a la CAH respecta, por tanto, para la elección de éste se tendrá en cuenta el nivel de exudado, localización, adaptabilidad y piel perilesional. Los apósitos con mayor adaptabilidad, mayor fijación y menor adhesión en los bordes disminuyen el dolor y mejoran la piel perilesional (3, 4, 11, 15, 18-21). Gran parte de las opciones terapéuticas se muestran en la Tabla 5.

Toda flictena ha de ser desbridada, excepto las que su diámetro sea menor de 6mm y no interfiera en el movimiento, en este caso sí que se contemplaría su reabsorción

Tabla 5: Opciones terapéuticas para quemaduras atendiendo a dolor, exudado, infección y piel perilesional

Antibióticos tópicos	<i>Sulfadiazina argéntica</i> : línea si infección, curas 12h. <i>Nitrofurazona</i> : 2ª elección pero menor espectro, curas 24h. <i>Bacitracina + Neomicina + Polimixina</i> : curas 8,12 o 24h.
Antisépticos	Clorhexidina: amplio espectro y casi nulos efectos adversos. Miel: de uso sanitario, no alimenticia. Favorece epitelización. Plata: amplio espectro, segura, permite liberación prolongada
Hidrogeles	En primeros auxilios enfrían y alivian dolor. Favorecen el desbridamiento autolítico y evitan adherencia y desecación de otros apósitos. Precisan de cobertura secundaria.
Hidrocoloides	Indicados para fases avanzadas de recuperación. Cuanto mayor grosor de apósito, mayor absorción de exudado. Retirar cuando se forme habón de gel, si no, riesgo de maceración
Hidrofibras	Absorben en exudado hasta 30 veces su peso. Si adherencia a lecho de lesión, contraindicados por exudado insuficiente. Continuar curas si saturación por exudado y retirada fácil.
Alginatos	Absorben hasta 15-20 veces su peso. Poseen cierta capacidad hemostática. No rebasar bordes lesión para evitar maceración (carecen de absorción vertical propia de hidrofibras)
Espumas hidropoliméricas	Absorben hasta 10 veces su peso. Poseen película externa de poliuretano impermeable a contaminación. Otorga amortiguación a presión y mantiene humedad.
Siliconados	Característica presente en muchos apósitos. Adherencia mínimamente lesiva. Dificultades de adaptabilidad a determinadas localizaciones.

Fuente: Elaboración propia

La/el enfermera/o es quien realiza estas intervenciones y por lo tanto quien se encarga de maximizar el confort del paciente durante las mismas junto con una buena praxis encaminada al tratamiento más adecuado según la evolución de la lesión (3).

Discusión y conclusiones

La/el enfermera/o dispone de un fácil acceso aprovechando otros motivos de consulta a la valoración de la piel de los pacientes, es una ventaja que se debe aprovechar en favor de la detección precoz de posibles lesiones malignas, siendo un condicionante de un buen pronóstico en el caso de que se sucedan. Es por todo esto que en el presente documento se ha abordado el tema de la fotoprotección con mayor profundidad.

Actualmente en la práctica clínica se pueden encontrar actuaciones desechadas por las últimas evidencias. El binomio quemadura-sulfadiazina argéntica y la controversia

entre desbridar o no las flictenas son dos ejemplos significativos donde las últimas evidencias todavía no han llegado a tener el alcance deseado. No se recomienda aplicar antibióticos tópicos ni antisépticos a quemaduras que no presenten signos clínicos de infección o muy alto riesgo de la misma (1,3,17).

Hasta este punto la literatura científica es concordante, más una vez que se determina la existencia de infección real surgen las controversias sobre la utilización de antisépticos o antibióticos tópicos dado que las afirmaciones son variadas y dispares.

No se recomienda aplicar antibióticos tópicos ni antisépticos a quemaduras que no presenten signos clínicos de infección o muy alto riesgo de la misma

La sulfadiazina argéntica es el antimicrobiano más utilizado. Sin embargo, apósitos de miel (de uso sanitario) han obtenido muy buenos resultados en numerosos estudios por su efecto estimulante de la cicatrización, aunque sus efectos sobre el control de la infección han sido cuestionados (1).

Ante una infección, el arsenal de primera línea está compuesto por apósitos que contengan antiséptico mientras que la antibioterapia local se relega al último escalón terapéutico. Actualmente no hay evidencias suficientes que demuestren que los apósitos de plata son superiores en tasas de curación a la sulfadiazina argéntica. Tampoco existe consenso sobre la existencia de un apósito ideal (3). “Los apósitos de plata ofrecen opciones nuevas en el tratamiento del paciente quemado, como la disminución de los niveles de dolor, reducción en el número de curas y su manipulación, reduciendo los costes, pero no pueden sustituir completamente a productos como la sulfadiazina argéntica que ha demostrado eficacia en el control de la colonización y la infección bacteriana existente en la quemadura” (15).

Las afirmaciones de una mayor tasa de resistencias con el uso de la sulfadiazina de plata (16) pueden ser debidas a la reiterada aplicación en lesiones superficiales o de segundo grado y/o sobre biofilms incrementando sensiblemente los riesgos de generar resistencias. La reducción en la velocidad de cicatrización puede ser atribuida a un sesgo en la comparación con otros apósitos con propiedades sobreañadidas, como es la potenciación de la epitelización por la CAH.

Por todo esto se recomienda individualizar en función del caso y no sistematizar ninguna práctica ya que el nivel de evidencia es muy pobre.

El abordaje de las flictenas en la práctica clínica ha generado cierta controversia, también manifiesta en la literatura. Por una parte se postula la terapia conservadora, la cual expone que se han de mantener

íntegras con la finalidad de que se reabsorban. Y nada mejor que la propia piel para proteger frente a la contaminación y el dolor. En los casos en que la ampolla limite la funcionalidad esta ha de ser puncionada pero siempre conservando la propia piel cubriendo la herida.

En el otro extremo se encuentra el planteamiento que aboga por el desbridamiento. El exudado contiene sustancias proinflamatorias que junto con la presión que ejerce sobre las estructuras colindantes genera una zona de éxtasis vascular, derivando en la profundización de la lesión con el consiguiente aumento del dolor. La piel que recubre las flictenas es porosa a los microorganismos y dificulta el paso de los tratamientos tópicos al lecho de la lesión además de no permitir una correcta valoración de la quemadura. El líquido que contiene, al ser rico en proteínas se convierte en un buen medio de cultivo para los microorganismos. Si se punciona la flictena en un entorno aséptico controlado manteniendo una técnica estéril se garantiza la no infección, todo lo contrario al riesgo que supone que la ampolla se rompa en un entorno contaminado (2,3,15,17,22). Solamente se considera correcto no desbridar las flictenas durante la emergencia si hay que trasladar al paciente a un centro especializado. Y aún en este caso cabría una excepción: cuando la quemadura es de naturaleza química se deben desbridar cuanto antes (9).

La/el enfermera/o está capacitada para abordar la prevención y el tratamiento de las quemaduras menores e identificar las que precisen de una atención más especializada donde se disponga de recursos avanzados para su abordaje.

El presente artículo de revisión se muestra como síntesis de varios de los objetivos de una revisión mayor que abarca el abordaje de la prevención, tratamiento y secuelas de las quemaduras menores. La revisión ha tratado de apoyarse en las mejores evidencias recuperando bibliografía a nivel autonómico, estatal y mundial. Se considera interesante realizar futuras investigaciones rigurosas para valorar la costo-efectividad de los distintos materiales terapéuticos.

A modo de conclusiones se destaca que la/el enfermera/o está capacitada para abordar la prevención y el tratamiento de las quemaduras menores e identificar las que precisen de una atención más especializada donde se disponga de recursos avanzados para su abordaje.

La aplicación 15 minutos antes de la exposición de un protector solar FPS 50 en una cantidad equivalente a la palma de la mano para todo el cuerpo y la adopción de otras medidas de fotoprotección disminuyen sustancialmente las consecuencias a corto y largo plazo de las radiaciones UV. La educación para la salud es la estrategia más efectiva para minimizar los riesgos.

El dolor, la infección, el exudado, el estado de la piel y la necesidad de una continua reevaluación son los factores más condicionantes para el manejo de las quemaduras. Todo ello condicionará la utilización de los distintos materiales de cura para disminuir las molestias y favorecer el proceso de recuperación tomando como eje la CAH en los casos que exista solución de continuidad de la piel.

Bibliografía

1. Jiménez-Serrano R, García-Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [internet]. 2018 [acceso 15 de enero de 2019];29(1):45-51. Disponible en: <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2018/03/29-1-2018-045.pdf>
2. Ambrona-De Marcos V, Ramírez-Molinero R, García-Expósito J, Bañeres-Arguilés C, Marquilles-Bonet C. Tratamiento en las quemaduras de segundo grado basado en la evidencia científica. Aglnf [Internet]. 2017 [acceso 21 de enero de 2019];21(3):123-129. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6116255#>
3. Pérez-Boluda MT, Martínez-Torreblanca P, Pérez-Santos L, Cañadas-Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras [internet]. Sevilla: Artefacto; 2011 [acceso 27 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?i-dp=470>
4. Píriz-Campos RM, Martín-Espinosa NM. Cuidados de enfermería locales en las quemaduras [internet]. Rev ROL Enferm. 2014 [acceso 10 de marzo de 2019];37(2):89-92. Disponible en: https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/17_Cuidados.pdf
5. Instituto Nacional del Cáncer. PDQ Prevención del cáncer de piel [internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2018 [acceso 2 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/pro/prevencion-piel-pdq>
6. Valdivielso-Ramos M, Herranz JM. Actualización en fotoprotección infantil. An Pediatr. 2010;72(4):282.e1-282.e9. Doi:10.1016/j.anpedi.2009.06.013
7. Píriz-Campos RM, Martín-Espinosa NM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves [internet]. Rev ROL Enferm. 2014 [acceso 12 de marzo de 2019];37(2):100-109. Disponible en: https://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2014/02/28_Secuelas.pdf
8. Comisión Europea. Recomendación de la Comisión Europea, de 22 de septiembre de 2006, relativa a la eficacia de los productos de protección solar y a las declaraciones sobre los mismos [internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2006 [acceso 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-ES/TXT/?uri=CELEX:32006H0647&from=EN>

9. Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo (Asturias), Asociación Lúpicos de Asturias. Cómo prevenir los efectos nocivos del sol [internet]. Oviedo: Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo; Asociación Lúpicos de Asturias, 2009 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36183/Como+prevenir+efectos+sol.pdf/4d46f67f-b3fa-f204-16a5-d09b7ed75375>
10. Servicio Andaluz de Salud. Guía de prevención y cuidados de las personas con quemaduras [internet]. Sevilla: Artefacto; 2011 [acceso 1 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/470/pdf/guia_personas_cuidadoras.pdf
11. Gallardo-González R, Ruíz-Pamos JG, Torres-Palomares RM, Díaz-Oller J. Estado actual del manejo urgente de las quemaduras (I) Fisiopatología y valoración de la quemadura [internet]. Madrid: emergencias. 2000 [acceso 22 de diciembre de 2018]; 13:122-129. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/estado-actual-del-manejo-urgente-de-las-quemaduras-i-fisiopatologia-y-valoracion-de-la-quemadura/force_download/
12. Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria [internet]. FMC. 2010 [acceso 21 de marzo de 2019];17(3):7- 27. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-vol-17-num-s3-sumario-X1134207210X86297>
13. Wasiak J, Cleland H, Campbell F, Spinks A. Dressings for superficial and partial thickness burns [internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2013 [acceso 2 de marzo de 2019]; 3(CD002106). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002106.pub4/full>
14. Cabanela-López JM, Carrera JM, López-Peón M. Quemaduras [internet]. La Coruña: Fisterra. 2013 [acceso 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/quemaduras/>
15. Aladro-Castañeda M, Díez-González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras [internet]. RqR Enfermería Comunitaria. 2013 [acceso 26 de enero de 2019];11:12-17. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/Revision_del_tratamiento_de_las_quemaduras.pdf
16. Jiménez-Murillo L, Montero-Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
17. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Qué no hacer en las heridas crónicas. Recomendaciones basadas en la evidencia [internet]. Logroño: GNEAUPP; 2018 [acceso 4 de enero de 2019]. Disponible en: <https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2018/11/GNEAUPP.DT14.NOHACER.pdf>
18. Norman G, Christie J, Liu Z, Westby MJ, Jefferies JM, Hudson T, et al. Antiseptics for burns [internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2017 [acceso 2 de marzo de 2019]; 7(CD011821). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011821.pub2/full>
19. Chanel L, André A, Chavoïn JP, Grolleau JL. Apósitos para las heridas agudas y crónicas. Panorama de los productos comercializados en Francia. EMC. 2014;22(2):1-9. Doi: 10.1016/S1634-2143(14)69322-5
20. Perdomo-Pérez E, Pérez-Hernández P, Flores-García OB, Pérez-Rodríguez MF, Volo-Pérez G, Montes-Gómez E, et al. Uso racional del material de curas (II). Cura en ambiente húmedo [internet]. BOLCAN. 2014 [acceso 24 de diciembre de 2018] ;6(3):1-8. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b6167f2d-a09b-11e4-b0ee-c7f78edc1e7a/BOLCAN_URMC_II_2.pdf
21. Roldán-Valenzuela A. Terapéutica local: clasificación de productos [internet]. Sevilla: Úlceras.net; 2018 [acceso 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monografico/119/106/terapeutica-local-clasificacion-de-productos.html>
22. Díaz-Santos A. Manual de primeros auxilios para enfermería. Madrid: Difusión Avances de enfermería (DAE); 2013.

Enfermería en terapia inhalada. Análisis previo y posterior a una intervención sanitaria

Belén González Martínez, Purificación Blanco González
Área Sanitaria Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

Contacto: No se adjunta por deseo expreso de autora principal

Manuscrito recibido: 30/07/2020
Manuscrito aceptado: 07/09/2020

Cómo citar este documento

González Martínez B, Blanco González P. Enfermería en terapia inhalada. Análisis previo y posterior a una intervención sanitaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021 Febrero; 9 (1): 18-28.

Resumen

Objetivos:

- Principal: evaluar la eficacia de una intervención sanitaria sobre terapia inhalada.
- Secundarios: conocer el manejo previo de los inhaladores, identificar errores y comprobar mediante análisis posterior su reducción o eliminación.

Metodología: Estudio cuasi-experimental en pacientes con diagnóstico de asma o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de más de un año de evolución y a tratamiento con inhaladores, del centro de salud de O Carballiño (Ourense). Se analizó la técnica inhalatoria previa y posterior a una intervención sanitaria individual (grupo "control", 14 personas) o colectiva (grupo "intervención", 10 personas) mediante la "Encuesta de Evaluación de la Técnica Inhalatoria".

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense.

Resultados: El 70,83% eran mujeres, con una edad media de 63,50 años y un 58,33% padecían EPOC. El inhalador más empleado fue el de polvo seco (70,59%). Comparando los datos pre y post intervención, el porcentaje de errores en el uso de inhaladores ha disminuido en un 96,67% de los aspectos evaluados. Los errores más comunes eran la ausencia de espiración previa, de apnea posterior o de enjuagues.

Conclusiones: Se ha constatado que los inhaladores son utilizados incorrectamente por un porcentaje alto de pacientes con asma o EPOC. Las intervenciones han demostrado una mejora de la técnica, y de la calidad de vida de quienes los utilizan, lo que corrobora la importancia del trabajo de enfermería en este ámbito.

Palabras clave:

asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, nebulizadores y vaporizadores, educación en salud.

Nursing in inhalation therapy. Analysis before and after a sanitary intervention

Abstract

Objective: Main: to evaluate the efficacy of a sanitary intervention about inhalation therapy.

Secondary: to investigate previous management of inhalers, to identify errors and to check if they are reduced or eliminated after the intervention.

Methodology: Quasi-experimental study in patients with asthma or Pulmonary Disease Chronic Obstructive (CPOD) of more than one year of evolution and treatment with inhalers from the O Carballiño health centre (Ourense). The technique in the use of inhalers was evaluated before and after an individual ("control" group, 14 people) or collective ("intervention" group, 10 people) sanitary intervention through the "Inhalation Therapy Evaluation Survey".

This study was approved by the Ethic Committee Investigation of Pontevedra-Vigo-Ourense.

Results: 70,83% were women, with an average age of 63,50 years and 58,33% had COPD. The most used inhaler was the dry powder type (70,59%). Comparing before and after results, the percentage of errors in the use of inhalers decreased in 96,67% of the evaluated items. The most common errors were the absence of previous inspiration, posterior apnea or rinses.

Conclusions: It was proved that inhalers were incorrect used by a high percentage of patients with asthma or COPD. Sanitary interventions demonstrated an improvement of the technique and of the users' life quality, which highlights the importance of nursing work in this area.

Keywords

Asthma, Pulmonary Disease Chronic Obstructive, nebulizers and vaporizers, health education.

Introducción

Las enfermedades respiratorias suponen la tercera causa de muerte en España, por detrás de las afecciones cardiovasculares y los tumores, según datos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), con 11,40% del total de defunciones en el año 2016 (1). Algunos de los ejemplos de patologías respiratorias crónicas son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el asma.

Según datos de 2016 aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el número de defunciones por estas enfermedades fue de 15071, con una tasa bruta (1) de 32,40 (17,20 para mujeres y 48,30 para hombres). En el asma, el número de éxitus fue de 1044, con una tasa bruta de 2,20 (3,70 para mujeres y 0,70 para hombres) (2). A pesar de ello, los datos aportados por SEPAR muestran que el número de muertes por patologías respiratorias ha descendido un 9,70% respecto a años

anteriores, con una disminución más pronunciada en el caso de las mujeres (11,80%) con respecto a los hombres (8,80%). Mejoras en la investigación o en el tratamiento pueden haber contribuido a esta mejora (1).

La terapia inhalada es uno de los pilares básicos para el control y tratamiento de la EPOC y el asma (3, 4), debido a su mayor rapidez en el inicio de acción y una menor presencia de efectos adversos sistémicos con respecto a otros tipos de fármacos (5). A pesar de ello, numerosos estudios demuestran que un porcentaje elevado de personas usuarias de estos dispositivos realizan la técnica de forma incorrecta (6–8). En la literatura, algunas de las causas que intentan explicar el motivo son la dificultad física en la ejecución de la maniobra, el olvido de la técnica o la ausencia de instrucción teórica o práctica sobre la misma (8). Otras causas de la no adherencia al tratamiento pueden ser el rechazo al diagnóstico, la imposibilidad de realizar cambios en el estilo de vida (9) o la falta de voluntad (10).

Además de esto, el mal uso de la terapia inhalada conlleva una disminución en la efectividad del fármaco y un abuso de las terapias de rescate, lo que supone generalmente un empeoramiento de la patología de base y un aumento de ingresos hospitalarios. Todo ello repercute en la salud y calidad de vida de las personas, con un aumento del riesgo de mortalidad y morbilidad (7).

Existen estudios que analizan el grado de conocimiento y la eficacia en el manejo de inhaladores. Algunos evalúan el

grado de corrección en la realización de la técnica, concluyendo que es incorrecta en un porcentaje elevado de sujetos (6). Otras investigaciones estudian la situación biopsicosocial de las personas receptoras antes y después de recibir educación sanitaria en materia de estos dispositivos. En estos trabajos se observa un aumento de conocimientos y mejora en el uso del dispositivo, tanto en pacientes como en las personas cuidadoras (11), así como una reducción de los errores adquiridos en pacientes adolescentes (12). También se demuestra que las intervenciones educativas pueden ayudar a desmitificar la enfermedad, así como a disminuir la ansiedad y favorecer la sociabilidad y el autocontrol, especialmente en niñas y niños diagnosticados de asma (13).

Los estudios analizados muestran la necesidad y efectividad de la educación sanitaria en el manejo de inhaladores (10), adaptada a cada paciente, continua, dinámica y progresiva, atendiendo también a los factores psicosociales, de tal manera que los conocimientos adquiridos modifiquen conductas y creencias negativas (9). Además, algunos trabajos sostienen que sería conveniente aportar para esta educación información por escrito (14) y realizarla en períodos de reagudizaciones o de mayor intensidad sintomatológica (15).

La profesión enfermera presenta en este aspecto un ámbito de intervención, ofreciendo soporte y educación continua, así como seguimiento de la técnica inhalatoria por parte de las personas atendidas (5). Sin embargo, se han encontrado pocos estudios que evalúen la mejora en la técnica tras una intervención sanitaria en el caso de terapia inhalada. Por ello, y después de constatar la realización incorrecta de esta técnica en varios casos, se ha propuesto la realización de un estudio de investigación que analice en detalle la situación actual de las personas atendidas, observe los errores presentes y, mediante una intervención educativa, constate la reducción o eliminación de los mismos.

Las enfermedades respiratorias suponen la tercera causa de muerte en España, por detrás de las afecciones cardiovasculares y los tumores, según datos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Objetivos

- Objetivo principal:
 - Evaluar la eficacia de una intervención sobre terapia inhalada en pacientes con diagnóstico de EPOC o asma a tratamiento con inhaladores.
- Objetivos secundarios:
 - Conocer el grado de manejo previo de la técnica de terapia inhalada.
 - Identificar errores generales en la autoadministración de inhaladores.
 - Comprobar mediante un análisis posterior la reducción o eliminación de los errores detectados.

Método

Estudio cuasi-experimental realizado a pacientes atendidos en el Centro de Salud de O Carballiño (Ourense), con diagnóstico de EPOC o asma de más de un año de evolución, a tratamiento con inhaladores y que formaran parte del cupo de atención de la segunda autora de este trabajo. Todos eran mayores de 18 años y habían sido informados acerca del estudio, dando su consentimiento verbal para participar en el mismo.

Antes de comenzar el estudio se realizó una pequeña prueba piloto para determinar el tamaño muestral. Para ello, durante un mes, se ofreció la participación a todas las personas que acudían a consulta de enfermería y que cumplieran los criterios mencionados. Finalmente, la muestra quedó compuesta por 24 participantes, divididos en un grupo llamado "intervención" de 10 personas y un grupo "control" de 14 personas.

Las 24 personas participantes fueron citadas de forma individual en la consulta de enfermería, donde realizaron una demostración práctica del uso de su inhalador o inhaladores con dispositivos de adiestramiento. Mientras, las autoras recogieron los datos previos a las intervenciones, lo que más adelante será referido como "encuesta

PRE". En esta encuesta, se consideran ítems relativos a los errores detectados en previos estudios sobre el uso de inhaladores.

Para el grupo "control", la intervención individual fue realizada seguidamente a la demostración de la técnica por parte de las personas. En el caso del grupo "intervención", las personas se citaron para acudir a la intervención colectiva, divididos en dos grupos de 5 personas, según el tipo de inhalador empleado.

Un mes después de las intervenciones, todas las personas acudieron a consulta individual a realizar una nueva demostración con dispositivos de adiestramiento. En este momento, se recogieron los datos posteriores a las intervenciones, la llamada "encuesta POST". Esta encuesta consta de los mismos ítems que la "encuesta PRE" y permite evaluar la evolución de la técnica inhalada del paciente.

Para la recogida de los datos, tanto previos ("encuesta PRE") como posteriores ("encuesta POST") a la intervención, se ha empleado el "Test de evaluación de la técnica inhalatoria: cuestionario modificado de Barley" (1989) (16), por estar incluido dentro del "Protocolo de Valoración de Enfermería del Paciente Pluripatológico" del Área Sanitaria a la que pertenece el centro de salud donde se llevó a cabo el estudio. Éste también se encuentra en la guía "EPOC: proceso asistencial integrado" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (17).

Para las intervenciones, se empleó material visual elaborado para tal fin y dispositivos de entrenamiento de todos los tipos de inhaladores que empleaban quienes participaron (presurizados con y sin cámara y dispositivos de polvo seco). Para el análisis de los datos, se empleó el programa estadístico SPSS 15.0 ® en combinación con Microsoft Excel 2013 ®.

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense, correspondiente al área de trabajo de las autoras del mismo.

Resultados

Tabla 1: Relación entre variables de estudio y notas medias previas y posteriores a la intervención						
Variables a estudio	Dispositivos presurizados				Dispositivos de polvo seco	
	Sin cámara		Con cámara		PRE	POST
DATOS	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Sexo:						
Mujer	8,36	10,00	7,33	8,89	8,71	9,71
Hombre	-	-	-	-	7,57	10,00
Edad:						
30-40	7,27	10,00	-	-	-	-
41-50	9,09	10,00	-	-	10,00	10,00
51-60	-	-	-	-	5,00	8,00
61-70	7,73	10,00	-	-	8,20	10,00
71-80	-	-	8,15	8,89	8,50	9,91
81-90	10,00	10,00	6,11	8,89	8,60	9,60
Tipo de patología:						
Asma	8,64	10,00	7,22	8,90	8,50	9,60
EPOC	7,27	10,00	7,41	8,89	8,29	9,21
Tipo de intervención:						
Individual	8,78	10,00	6,67	9,26	8,67	9,58
Colectiva	7,28	10,00	8,33	8,34	8,08	10,00
Tipo de dispositivo de polvo seco:						
Nexthaler					8,38	9,75
Turbuhaler					8,67	9,67
Breezhaler					8,29	9,83
Ellipta					8,00	10,00
Handihaler					10,00	10,00
Genuair					7,00	10,00
Accuhaler					9,00	9,50

Leyenda: La nota máxima es de 10.00 y la mínima de 0.00. El carácter [-] indica ausencia de datos en ese campo.

De las 24 personas participantes del estudio, el 70,83% eran mujeres y el resto hombres. La edad media de las personas era de 63,50 años. El 58,33% de los mismos padecían EPOC y el resto padecían asma. El inhalador más empleado fue el de polvo seco (70,59%) frente al presurizado. De este último, los más utilizados fueron de tipo Nexthaler® (33,33%) y Breezhaler® (29,17%), frente a Turbuhaler® (12,50%), Genuair® (8,33%), Accuhaler® (8,33%), Handihaler® (4,17%) y Ellipta® (4,17%).

Los resultados de la recogida de datos antes y después de las intervenciones, en función de los parámetros de estudio,

referidos en el párrafo anterior, se recogen en la Tabla 1, "Relación entre variables de estudio y notas medias previas y posteriores a la intervención".

Los resultados obtenidos en los ítems del cuestionario de evaluación en función del tipo de inhalador y el uso o no de cámara de inhalación en el caso de los dispositivos presurizados se recogieron en las Tablas 2, "Resultado del cuestionario de inhalador presurizado sin cámara. Errores"; Tabla 3, "Resultados del cuestionario de inhalador presurizado con cámara. Errores"; y Tabla 4, "Resultados del cuestionario de inhalador de polvo seco.

Tabla 2: Resultados del cuestionario de inhalador presurizado sin cámara. Errores

Ítems	Encuesta PRE			Encuesta POST		
	Media	Grupo control	Grupo intervención	Media	Grupo control	Grupo intervención
1. No agita el inhalador suavemente.	20,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2. Mantiene el inhalador en posición incorrecta.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3. Espira por la boquilla del inhalador, humedeciéndola.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4. Dirige el aerosol fuera de la cavidad bucal.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. No inclina la cabeza hacia atrás.	60,00%	66,67%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%
6. No hace una espiración completa.	20,00%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7. No sincroniza la activación del sistema con la inspiración forzada.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8. Realiza una inspiración superficial, insuficiente y corta.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
9. No mantiene la apnea de 10 segundos después de la inhalación.	20,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%
10. No sabe cuando se termina el inhalador.	40,00%	33,33%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%
11. No hace enjuagues.	20,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabla 3: Resultados del cuestionario de inhalador presurizado con cámara. Errores

Ítems	Encuesta PRE			Encuesta POST		
	Media	Grupo control	Grupo intervención	Media	Grupo control	Grupo intervención
1. Montaje incorrecto de las piezas de la cámara.	20,00%	33,33%	0,00%	40,00%	0,00%	100,00%
2. No agita el inhalador.	20,00%	33,33%	0,00%	40,00%	33,33%	50,00%
3. No acciona el inhalador.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4. No realiza una espiración completa.	60,00%	66,67%	50,00%	20,00%	33,33%	0,00%
5. No hace una inspiración máxima.	60,00%	66,67%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%
6. No mantiene la apnea de 10 segundos después de la inhalación.	60,00%	66,67%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7. No lava ni seca la cámara periódicamente.	20,00%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8. Guarda la cámara en ambientes húmedos.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
9. No hace enjuagues.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Errores". Los datos mostrados corresponden al porcentaje de errores obtenidos, con datos generales y distinción entre el grupo de control y el de intervención.

Estas tablas permiten comparar en detalle la evolución de la técnica inhalada y la eventual corrección o eliminación de los errores detectados.

Tabla 4: Resultados del cuestionario de inhalador de polvo seco. Errores

Ítems	Encuesta PRE			Encuesta POST		
	Media	Grupo control	Grupo intervención	Media	Grupo control	Grupo intervención
1. No sabe abrir/activar el inhalador.	0,00%	0,00%	0,00%	4,35%	8,33%	0,00%
2. No realiza una espiración completa.	41,67%	25,00%	58,33%	4,35%	8,33%	0,00%
3. Sopla a través de la boquilla.	8,33%	8,33%	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%
4. Mete la lengua.	4,17%	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Realiza una inspiración superficial, insuficiente y corta.	29,17%	16,70%	41,67%	4,35%	8,33%	0,00%
6. No mantiene la apnea de 10 segundos después de la inhalación.	41,67%	33,33%	50,00%	4,35%	8,33%	0,00%
7. Repite la maniobra porque piensa que no es efectiva (sobredosis).	4,17%	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8. No cierra el inhalador.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
9. No hace enjuagues.	25,00%	16,67%	33,33%	4,35%	8,33%	0,00%
10. No sabe comprobar las dosis restantes.	8,33%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Discusión

En la literatura, existen varios tipos de artículos que tratan sobre el uso de inhaladores. Muchos de ellos analizan la realización de la técnica inhalatoria y tipifican y cuantifican los errores, pero sin realizar ningún tipo de intervención a posteriori, a diferencia del presente trabajo. Por ello, los datos de estos serán comparados con los obtenidos en este estudio, previos a las intervenciones, denominados "encuesta PRE".

Para los inhaladores presurizados, existen varios trabajos de investigación, aunque no en todos ellos se especifica y diferencia si se emplea la cámara de inhalación, aspecto que sí se diferencia en el presente trabajo por considerarse relevante. En el estudio de Sánchez (2016) se evalúa la realización de la técnica por parte de 144 profesionales de enfermería de un hospital terciario en unidades de hospitalización relacionadas con patología respiratoria, con inhaladores presurizados y cámaras espaciadoras. El 79,86% fueron mujeres, con una edad media de 42

años (8). En el trabajo de Fernández et al. (2019) se evaluó a 64 pacientes de Consultas Externas del Servicio de Neumología del Hospital del Sur de Quito (Ecuador), diagnosticadas de asma o EPOC, siendo un 50,00% de mujeres, con edades divididas en menores y mayores de 65 años, a tratamiento con inhaladores presurizados sin especificar el uso o no de cámara inhaladora (18). El de Delgado (2016), por su parte, fue realizado en una farmacia de Palencia, con un total de 16 participantes, con diagnóstico de asma o EPOC, con un 50,00 % de mujeres y una edad media de 46 años (19).

Uno de los errores comunes y más frecuentes fue no efectuar una espiración lenta y profunda antes de la inhalación, con un porcentaje de errores del 27,30% en el estudio de Sánchez (8), un 22,35 % en el de Fernández et al. (18) y un 16,66% en el de Delgado (19). En el presente trabajo, los resultados antes de la intervención sanitaria han sido de un 20,00% de errores para los presurizados sin cámara y un 60,00% en aquellos con cámara. Esta diferencia

sugiere un menor dominio de la técnica por parte del paciente sin formación previa y justifica la necesidad de indicar este detalle en los estudios.

La ausencia de apnea de 10 segundos después de la inhalación fue otro error detectado en un 24,40% de los casos en el estudio de Sánchez (8), un 19,55% en el de Fernández et al. (18) y un 83,30% en el de Delgado (19). En este proyecto el porcentaje de errores antes de la intervención sanitaria fue de 20,00% de errores en el presurizado sin cámara y 60,00% para el de cámara. En este caso, la heterogeneidad de los resultados al comparar este estudio con los precedentes dificulta poder extraer una conclusión clara.

También fue detectada la ausencia de agitación del inhalador, con un 33,32% de errores en el estudio de Delgado (19) y un 3,35% en el de Fernández et al. (18). Este trabajo cifra el error en 20,00% del total, pre-intervención, independientemente del uso o no de cámara de inhalación.

El único estudio que valora la ausencia de realizar el enjuague bucal es el de Delgado, con un 66,60% de errores (19). En el trabajo de Sánchez, otro fallo fue no pulsar el inhalador o realizar varias pulsaciones consecutivas (19,00%) (14). En el presente trabajo, el porcentaje de error para los presurizados sin cámara es de 20,00% en el primer ítem y de 0,00% para el segundo. Sin embargo, en los casos de inhaladores con cámara estos errores no se han producido en las personas participantes de este estudio (0,00 %).

Los errores más frecuentes en este estudio son no mantener la apnea 10 segundos posterior a la inhalación (57,20% de errores) o la ausencia de espiración previa (48,50%), así como la ausencia de enjuagues posteriores (36,10%)

Un error interesante observado en el estudio de Sánchez fue el no esperar un mínimo de 30 segundos antes de la siguiente inhalación en los dispositivos con cámara (21,50%) (8), también mencionado en el de Delgado, con un 83,30% de errores, aunque éste valora un período de solamente 10 segundos (19). Aunque la encuesta empleada en este trabajo no consideraba como ítem este supuesto, este error se ha observado en ciertos pacientes durante la investigación. Por otro lado, en ninguno de los estudios analizados se observa la correcta colocación o lavado periódico de la cámara, que en este trabajo ha obtenido un 20,00% de errores y se considera significativo.

Se considera a mayores el estudio de Palo (2016), realizado en 6 farmacias de Badajoz a 152 participantes y 26 personas cuidadoras, con un 47,40% de pacientes mujeres y un 88,50% de cuidadoras, con edad media de 58,30 para mujeres y 67,40 para hombres, sin especificar el tipo de patología respiratoria. La diferencia con los demás estudios reside en que en los resultados no se diferencia si el dispositivo empleado es presurizado o de polvo seco. Los errores más frecuentes en este estudio son no mantener la apnea 10 segundos posterior a la inhalación (57,20% de errores) o la ausencia de espiración previa (48,50%), así como la ausencia de enjuagues posteriores (36,10%). En el estudio de Palo, además, se observa como error que el 43,90% no sabe reconocer cuándo finaliza el inhalador (20). En el presente estudio, se obtuvo un 33,33% de errores para el inhalador presurizado sin cámara y un 8,33% para el de polvo seco, resultado significativo sobre todo en el primer caso.

Para los dispositivos de polvo seco, Robayna (2019) realizó un estudio en una farmacia de Lanzarote a 59 pacientes y 13 personas cuidadoras, siendo el 47,50% pacientes mujeres y el 76,90% cuidadoras, de edad media de 52 años, con diagnóstico de asma o EPOC, analizando dos tipos de inhaladores, el presurizado y el

Turbuhaler (polvo seco). Aunque no representa a todos los dispositivos de polvo seco, el porcentaje de errores en la ausencia de espiración previa fue el más elevado, con un 26,90%, la ausencia de apnea de 10 segundos posterior obtuvo un valor de 19,20% de errores, la ausencia de enjuagues bucales un 15,40% y ausencia de espera antes de iniciar otra inhalación del 7,70% (7). En el estudio de Delgado, mencionado anteriormente, los datos son de 14,28%, 85,68%, 71,40% y 85,68%, respectivamente (19). En el presente trabajo, la ausencia de espiración previa y la ausencia de apnea posterior fueron los ítems con mayor porcentaje de errores pre-intervención (41,67% en ambos). La ausencia de enjuagues obtuvo un valor de 25,00% de errores y la ausencia de la inspiración profunda un 29,17%, que en estudio de Delgado obtuvo un valor de 28,56% de errores (19). Aunque ambos estudios y el presente trabajo coinciden en definir cuáles son los errores más frecuentes en el uso de los dispositivos de polvo seco, la incidencia de los mismos es muy dispar, lo cual dificulta obtener una conclusión.

Se ha encontrado un único estudio con un grupo "control" y otro "intervención", comparando los resultados antes y después de una intervención educativa. En el estudio de Serrano et al. se analiza el efecto de una intervención educativa en el Centro de Salud de Vistabella (Murcia), a 70 personas en el grupo "control" y 69 en el "intervención". El 50,36% eran mujeres, con una edad media de 70,11 años. El 66,19% empleaban dispositivos de polvo seco y el 33,09% presurizado sin cámara, aunque en los resultados se compara datos pre y post intervención sin discernir el tipo de inhalador.

En el grupo "control", se mejora la técnica de espiración (49,10% de errores previos a 1,90% posterior) y la apnea de 10 segundos (46,30% de errores a 24,10%), pero empeora la realización de enjuagues (del 35,20% al 59,30%) (14).

Para el grupo "intervención" en el mantenimiento de la apnea de 10 segundos el porcentaje de error disminuye del 72,30% al 6,20%. También mejora la técnica espiratoria (del 63,30% de errores al 7,60%), la realización de enjuagues bucales (del 42,90% de errores al 6,30%), la limpieza del inhalador (66,20 % de errores 9,20%) y la espera de 30 segundos (75,40% de errores al 13,80%) (14).

En el presente estudio, la comparación de los errores en el manejo de los inhaladores desciende para todos los ítems incluidos en la encuesta. En algunos de ellos, el error desaparece en todas las personas participantes. En cuanto a los errores corregidos o eliminados, no se ha observado una diferencia en la eficacia de la intervención individual o colectiva. Además, el tipo de inhalador (de polvo seco o presurizado con o sin cámara de inhalación) no ha mostrado influencia en la eficacia para corregir los errores. Estos resultados muestran la eficacia de la intervención sanitaria en la detección, corrección y eliminación de errores en la técnica inhalatoria.

Por último, una de las limitaciones a señalar en este trabajo ha sido el tamaño de la muestra de pacientes, que ha sido pequeña, presentando pocos sujetos en algunas de las variables estudiadas. Podría ser interesante, para futuros trabajos, definir una muestra mayor, incluso de pacientes que formaran parte de otros cupos de enfermería, ya que se reflejaría de forma más representativa la población a la que pertenece el centro de salud del trabajo. Para ello, sería conveniente disponer de más tiempo para la realización del mismo, así como la participación de un mayor número de profesionales, algo complejo debido a la dificultad para disponer de tiempo en el trabajo ordinario para la realización de actividades comunitarias en jornada laboral.

Conclusiones

Las patologías respiratorias crónicas como la EPOC o el asma suponen un porcentaje importante en el total de muertes en España. Los inhaladores son usados como uno de los tratamientos más efectivos para estas patologías. Estudios de investigación previos han demostrado que la realización de la técnica no es la correcta en gran parte de sus usuarios, habiéndose identificado errores recurrentes. Las intervenciones sanitarias educativas de enfermería se han mostrado útiles en la mejora de la calidad de vida y autocontrol de la enfermedad.

En el presente estudio, se han identificado los principales errores en el manejo de inhaladores. Estos coinciden con los presentados en la literatura, aunque la incidencia de los mismos es dispar. Además, se ha observado que el porcentaje de fallos disminuye en la mayoría de los supuestos después de una intervención educativa, tanto si es individual como colectiva, sin demostrar una mayor efectividad en un tipo de intervención que en la otra ni tampoco en función del tipo de inhalador empleado. La comparativa del manejo pre- y post-intervención supone una novedad con respecto a estudios previos y permite definir de forma más eficaz la educación sanitaria pertinente para ayudar a

Las patologías respiratorias crónicas como la EPOC o el asma suponen un porcentaje importante en el total de muertes en España. Los inhaladores son usados como uno de los tratamientos más efectivos para estas patologías

las personas usuarias en el manejo del tipo de inhalador utilizado.

En este trabajo se ha demostrado que la enfermería encuentra en la terapia inhalada un ámbito de educación e intervención sanitaria adecuado y necesario, que debe ser integrado en la práctica diaria de la profesión.

La enfermería encuentra en la terapia inhalada un ámbito de educación e intervención sanitaria adecuado y necesario, que debe ser integrado en la práctica diaria de la profesión

Bibliografía

1. SEPAR. Las enfermedades respiratorias se mantienen como tercera causa de muerte en España. 2018.
2. Ministerio de Sanidad Seguridad Social e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2016. 2019.
3. GesEPOC. Grupo de trabajo. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2017;53(1).
4. GEMA. Guía española para el manejo del asma. Luzán 5. 2018.
5. Seguí-Garrigós L. Manejo de inhaladores: conocimientos y cuidados de Enfermería. 2016.
6. Represas-Carrera FJ. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del centro de Atención Primaria Antón de Borja? Enfermería Clínica. 2015;25(1).
7. González-Robayna M, Montejo-Rubio G, Ortega-Ortega GM, Cerdeña Jiménez MJ, et al. Evaluación de la técnica inhalatoria y la adherencia al tratamiento con inhaladores en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2019;21(1):41-64.

8. Sánchez-Ramos C, Ramos-Matos MJ. Manejo de inhaladores por el personal de enfermería. VII Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada": Calidad y prácticas seguras en la promoción y prestación de cuidados. 2016; 170 (1).
9. Batanero-Rodríguez A, Arranz-Alonso S, Pareja-Rodríguez LM, Vaquero-Lozano P, Enríquez-Jiménez M, Álvarez-López S. Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. *Rev Patol Respir*. 2014;17(3):519–24.
10. Durán-García P, Aguilar-Villalba M. Áreas de dependencia en el diagnóstico "manejo inefectivo del régimen terapéutico: uso de inhaladores." *Evidentia*. 2010;32(7).
11. Aresté N. Eficacia de una intervención educativa a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus cuidadores. *Metas de enfermería*. 2017;20(1).
12. Reyes EM, Laborí-Ruíz JR, Duverger-Cobián J, González-Guerrero L, Palacios-Duverger ÁM, Juan-Finlay C. Evidencias de un programa educativo sobre el uso de inhaladores antiasmáticos por adolescentes [Internet]. Vol. 14, MEDISAN. 2010.
13. Medina-Hernando B. Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma. *Nure Inv*. 2016;13(81).
14. Serrano-Noguera A. Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación. *Metas de enfermería*. 2015;5(18).
15. Cano-Fuentes G, Dastis-Bendala C, Morales-Barroso I, Manzanares-Torné ML, Fernández-Gregorio A, Martín-Romana L. Ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia de una intervención educativa desarrollada en atención primaria sobre asmáticos adultos. *Aten Primaria*. 2014;46(3):117–39.
16. Barley C. Inhalation devices and aerosol therapy. *Contin Pract*. 1989;16:30–9.
17. León-Jiménez A. *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: proceso asistencial integrado*. 2nd ed. Andalucía J de, editor. 2007. 185 p.
18. Fernández-Bolaños MG, Pérez Contreras OL, Suárez García KB. Evaluación de la técnica en el uso de inhaladores en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. *Rev Médica*. 18(1):53–7.
19. Delgado-Díez S. *Intervención enfermera en el uso correcto de inhaladores*. 2016.
20. Palo-Serrano J. Uso de inhaladores: detección de errores e intervención por el farmacéutico comunitario. *Farm Comunitarios*. 2016;8(4):18–25.

Prevalencia y nivel de soledad de los usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

Irene María Villaverde Fonseca, Silvia López Martos
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Atención Primaria

Contacto: irenem.villaverde@sessa.es

Manuscrito recibido: 10/09/2019
Manuscrito aceptado: 11/02/2020

Cómo citar este documento

Villaverde Fonseca IM, López Martos S. Prevalencia y nivel de soledad de los usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021 Febrero; 9 (1): 29-41.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia del sentimiento de soledad en usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de los Centros de Salud de Narón y Caranza.

Método: Estudio observacional de prevalencia. Se entregó un formulario a los pacientes que acudieron a ambos centros de salud, en el cual se incluyeron diferentes variables sociodemográficas y la escala ESTE-R.

Resultados: El 79,5% de los encuestados padece soledad familiar baja. El 54,8% sufre soledad conyugal media-alta. El 66,9% soporta una soledad social baja. El 62,7% sufre una soledad/crisis existencial media-alta.

Conclusiones: Las variables de sexo, edad, estado civil, número de convivientes, nivel socioeconómico, nivel educativo, red social y lugar de residencia están asociadas al sentimiento de soledad en la población mayor.

Palabras clave:

soledad, anciano, enfermería

Original

Prevalence and loneliness levels in primary care users aged 65 or more, in Ferrol Management Department

Abstract

Objective: To determine the prevalence of the loneliness feeling in 65 year-old patients or older in Naron and Caranza's Health Centre.

Methods: Prevalence observational study. A form was given to the patients that visited both Health Centres, in which, several socio-demographic variables were included, as well as ESTE-R scale.

Results: 79,5 % of the respondents suffer low family-loneliness. 54,8 % suffer medium-high matrimonial loneliness. 66,9% suffer low social-loneliness. 62,7 % suffer medium-high existential loneliness/crisis.

Conclusions: The variable of sex, age, marital status, number of co-habitants, socioeconomic status, educational level, social network and place of residence are related to the feeling of lonely in elderly population.

Keywords

loneliness, aged, nursing.

Introducción:

En pleno Siglo XXI, el envejecimiento de la población es un importante determinante de la dinámica social en España (1). Muchos factores influyen en este proceso: descubrimientos médicos, industrialización, aumento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad, tasas más bajas de mortalidad infantil... (2,3).

En el año 2015, la ONU (Organización de las Naciones Unidas), menciona que "España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional, convirtiéndose así, en uno de los más envejecidos del planeta" (4).

Esta afirmación concuerda con las cifras provisionales publicadas por el INE (Instituto Nacional de Estadística) a 1 de

enero de 2018. Según estas, España cuenta con una población total de 46.698.569 habitantes, de los cuales, 8.587.875 corresponden a población de 65 años y más. Dentro de España, Galicia, considerada como una de las Comunidades Autónomas más envejecidas, cuenta con un total de 2.700.970 habitantes, de los cuales 672.851 corresponden a una población de 65 años ó más, de ahora en adelante, población mayor (5).

Con el envejecimiento de la población, aumenta la prevalencia de personas mayores dependientes o de riesgo, conduciendo a un importante número de patologías tanto físicas como mentales. A medida que aumenta la dependencia, también se incrementan los problemas sociales, lo que conlleva fragilidad en el anciano (6-8).

Una problemática que cobra especial relevancia en la vejez es la soledad, refiriéndonos a ella no como el vivir solo, sino como el sentirse solo

“Anciano frágil o de alto riesgo” es aquella persona mayor que reúne la siguiente serie de criterios (7):

- Ser mayor de 80 años.
- Problemas sociales, como, por ejemplo, soledad, pobreza, aislamiento...
- Patologías que tienden a la incapacidad con deterioro funcional o mental.

Una problemática que cobra especial relevancia en la vejez es la soledad, refiriéndonos a ella no como el vivir solo, sino como el sentirse solo (9).

Son muchas las definiciones que se dieron al concepto de soledad a lo largo de los años, siendo, por tanto, bastante complejo de abordar, definir y medir.

Rubio, al igual que Weiss en 1973, considera que la soledad está compuesta por dos dimensiones (10-13):

- Soledad emocional: aquella en la que el individuo experimenta ansiedad, inquietud y vacío consecuencia de la ausencia de figuras afectivas. Ésta sólo puede ser aliviada al establecer una relación de apego satisfactoria.
- Soledad social: carencia del sentido de pertenencia a una comunidad debido a la falta de asociación a un grupo social cohesivo, generando aburrimiento y marginalidad, y pudiendo ser aliviada accediendo a una red social satisfactoria.

Más tarde, Rubio y Aleixandre (3, 9, 15) en su artículo “Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo”, cataloga la soledad en dos tipos: soledad objetiva y soledad

subjetiva y los relaciona con dos conceptos parecidos, que en muchas ocasiones son utilizados como sinónimos. Por un lado, define el aislamiento social, como el estar solo, carencia de redes sociales, marginación y desarraigo, mientras que la soledad, la define como el sentirse solo, aquella que genera nostalgia y tristeza, aunque se esté acompañado físicamente de personas (9, 16). Esta última, es la que consideran como la verdadera soledad.

En el ámbito nacional, según un estudio realizado por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) en el año 2002, un 12,1% de nuestros mayores de 65 y más años sufren sentimientos de soledad con frecuencia.

Este porcentaje alcanza en este grupo de edad su punto álgido ya que, consigue doblar las cifras obtenidas para el resto de franjas etarias. Un 27,2% admite sentirse solo algunas veces (1, 17).

Años más tarde y, según datos extraídos de la Encuesta IMSERSO 2010 un 65,4% de las personas mayores reconocen padecer algún tipo de soledad. Entre ellos, un 11,4% lo hace de forma permanente, un 8,7% por la noche, un 5,1% por el día y un 5,7% los fines de semana. Un 9,7% de los encuestados la relaciona con la enfermedad y un 24,8% con circunstancias especiales (18, 19).

Otro estudio más reciente realizado en nuestro país encuentra que un 63,2% de los mayores de 65 años admiten sentirse solos (8).

En el marco internacional, en el año 2010 se realizó un estudio de revisión que pretendía comparar el sentimiento de soledad entre los mayores de España y Suecia a través de las Encuestas llevadas a cabo en ambos países hasta la fecha. Las cifras fueron dispares: un 24% de los mayores españoles declararon sentimientos de soledad frente a un 10% de los suecos (20). En otro estudio llevado a cabo en Noruega, un 11,6% refirieron sentirse solos a menudo (21), lo

cual pone de manifiesto que el sentimiento de soledad es menor en los países nórdicos que en los del Sur de Europa.

A tenor de estos datos, son varios los estudios (1-3, 11, 22, 23) que tratan de identificar los factores causales de la soledad. El estado civil es uno de ellos y, en este sentido, la literatura es consistente con el hecho de que la viudedad es, habitualmente, el principal desencadenante del sentimiento de soledad entre las personas de edad avanzada (11, 22, 23). Ser separada o soltera también pone a las personas mayores en una situación de vulnerabilidad frente a la soledad (23).

La aparición del sentimiento de soledad también va a estar condicionado por variables como el género y la edad. En la Encuesta IMSERSO 2010 (24) así lo manifestó un 72% de mujeres frente a un 56% de hombres. En cuanto a la edad, se ha visto más afectación en el grupo de 80 o más años (19).

En un estudio realizado por Rubio y Aleixandre (9) sobre la soledad en la población mayor, se concluyó que ésta está ligada a la ausencia de seres queridos, expresando que "es un sentimiento que emana de esa falta de compañía, pero no indiferenciada, sino de seres con los que se ha establecido una impronta de cariño".

Como se ha visto, las personas que viven solas refieren más soledad (74%) que las que viven acompañadas (29,1%) (9).

En los estudios realizados por Tomstad (21) y Cardona (25), se identificaron como factores causales de la soledad el vivir solo, el grado de escolaridad y el nivel socioeconómico.

La soledad es un problema que afecta mayoritariamente a la población mayor

La soledad se vincula al acortamiento de la longevidad

La soledad se vincula al acortamiento de la longevidad (26) asociándose con el desarrollo de demencia y, más concretamente, con la Enfermedad de Alzheimer (27), enfermedades cardiovasculares (28-30), entre ellas, con cifras elevadas de tensión arterial (31), mala calidad del sueño y problemas para conciliar el mismo (1, 28, 32-34) y alteración de una serie de parámetros analíticos como por ejemplo, el fibrinógeno y el cortisol (30).

En el plano psicológico, varios estudios encontraron que existe una relación directa entre la soledad y la depresión en personas mayores (1), lo que sugiere que las personas mayores con un alto nivel de soledad son más propensas a padecer síntomas depresivos (35, 36).

Como se ha visto, la soledad es un problema que afecta mayoritariamente a la población mayor y es necesario conocer este impacto en nuestro entorno, para poder llevar a cabo intervenciones comunitarias y, mejorar la calidad de vida de nuestros mayores. Varios estudios consideran que esta problemática es susceptible de ser abordada por los Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Geriátrica (11, 18, 21, 37).

Objetivos

Objetivo principal:

Determinar la prevalencia del sentimiento de soledad en usuarios de régimen ambulatorio de 65 o más años de los Centros de Salud de Narón y Caranza.

Objetivo secundario:

Determinar la relación existente entre el nivel de soledad y las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, número de personas de convivencia, red social y lugar de residencia.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional de prevalencia en los Centros de Salud de Narón y Caranza pertenecientes a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, a través de un formulario en el cual se incluyeron, por un lado, diferentes variables sociodemográficas y por otro, la escala ESTE-R.

La muestra se calculó a partir de la población de 65 o más años adscrita a ambos Centros de Salud. Para estimar una prevalencia de soledad media-alta en los distintos dominios de la Escala Este-R, considerando una prevalencia esperada del 50%, se consideró necesario un tamaño muestral de 146 pacientes de los cuales, un 72% pertenecieron al Centro de Salud de Narón y un 28% al de Caranza. Los resultados se aportaron con una seguridad del 95% y una precisión de $\pm 8.5\%$, asumiendo un 10% de posibles pérdidas.

Como criterios de inclusión se tomó una edad de 65 o más años, la no institucionalización, saber leer y escribir y tener capacidad para entender el cuestionario.

Como criterios de exclusión se tomó no hablar el mismo idioma, la limitación cognitiva y ser desplazado.

Previo a la realización del estudio, se solicitó autorización a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol y al Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol. Tras su aprobación, se comenzó la recogida de datos. Para ello, se hizo entrega de la carta informativa que explicó el objetivo del estudio y se solventaron dudas acerca del mismo. Las personas que aceptaron participar en el estudio auto cumplimentaron el formulario y, una vez cumplimentado depositaron el mismo directamente en un buzón habilitado para tal fin, en cada una de las salas de espera donde se llevó a cabo el estudio.

Como instrumento de recogida de datos, se utilizó la Escala ESTE-R. Ésta se corresponde con la versión revisada de la Escala ESTE I, desarrollada en el año 1999 por Rubio y Aleixandre (Universidad de Granada)

para medir el sentimiento de soledad en los mayores (2, 14-16, 38).

Tanto la Escala ESTE-R como su predecesora, constan de 34 ítems agrupados en 4 factores (16):

- 14 ítems relacionados con la *soledad familiar*, resultado de una falta de apoyo por parte de la familia o de la percepción de un apoyo inadecuado (14, 15).
- 5 ítems vinculados con la *soledad conyugal*, entendiendo ésta como una carencia en el sentimiento de amor de la pareja, bien por una relación inadecuada o bien, por fallecimiento de la pareja afectiva (14, 15).
- 7 ítems relacionados con la *soledad social*, producto de un déficit en los contactos sociales de la persona mayor (14, 15).
- 9 ítems relacionados con la *crisis existencial*. La persona mayor cree que no merece la pena seguir viviendo o no encuentra el sentido para ello. Se refiere a la percepción que la propia persona tiene de sí misma (14, 15).

El ítem número 18: "*Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo*" presenta doble saturación, discriminando para los factores soledad familiar y social.

Cada ítem tiene 5 posibles opciones de respuesta cuyos valores van de 1 a 5 donde 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre, encontrándose invertida la puntuación de algunos de los ítems siendo 1=Siempre y 5=Nunca.

La puntuación se obtiene sumando los ítems de cada uno de los factores de forma individual. Las puntuaciones en cada una de los factores, se consideran:

- Soledad familiar: puntuaciones entre 14 y 32 indican un grado bajo; entre 33 y 51 medio y entre 52 y 70 alto.
- Soledad conyugal: puntuaciones entre 5 y 11 indican un grado bajo, entre 12 y 18 medio y entre 19 y 25 un alto.
- Soledad social: puntuaciones entre 7 y 16 indican un grado bajo, entre 17 y 26 un grado medio y entre 27 y 35 alto.

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, número de personas con las que convive, red social y lugar de residencia

- Crisis existencial: puntuaciones entre 9 y 20 indican un grado bajo, entre 21 y 33 medio y entre 36 y 45 alto (38).

Además, se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, número de personas con las que convive, red social y lugar de residencia.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm dt, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia (n) y porcentaje con la estimación del correspondiente intervalo de confianza del 95%.

La comparación de medias entre dos grupos se realizó mediante la prueba T de

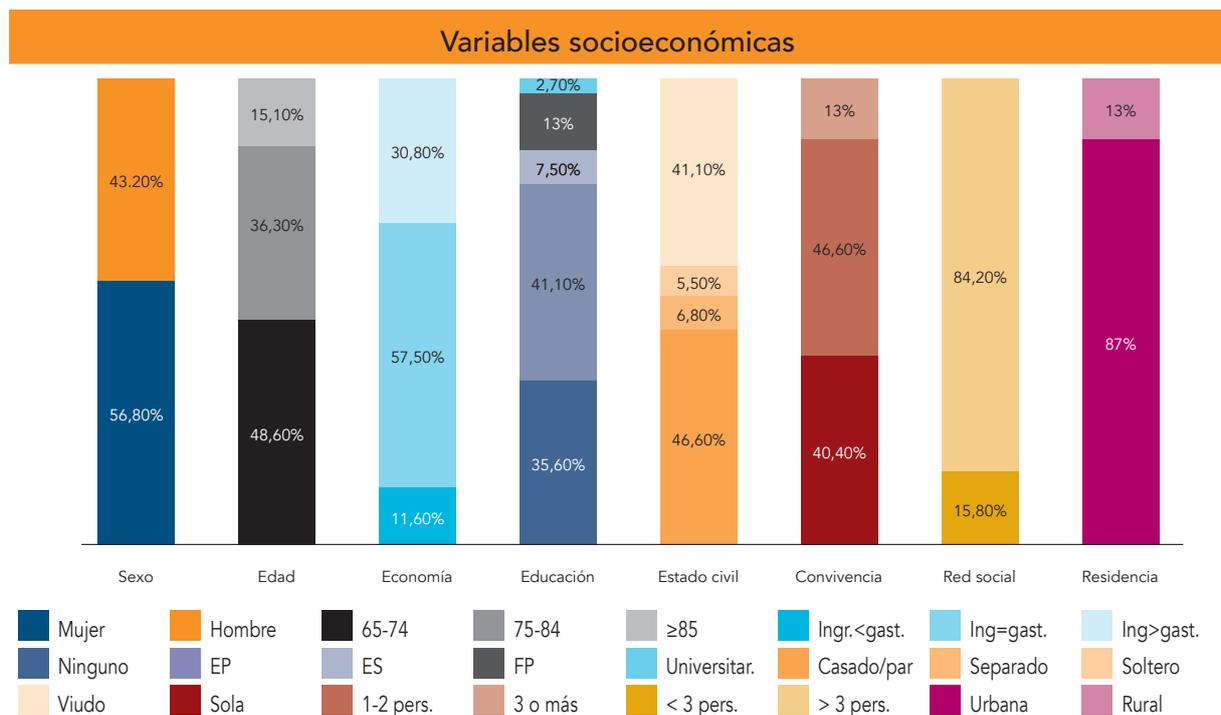
Student o test de Mann-Whitney según proceda. La comparación de medias entre más de dos grupos se realizó mediante la prueba ANOVA o test Kruskal- Wallis según procedió tras la comprobación de normalidad utilizando el test de Kolmogorov- Smirnov.

La asociación entre variables cualitativas se estimó por medio del test estadístico Chi- cuadrado o test de Fisher según procedió.

Resultados

Descripción de la muestra: variables sociodemográficas.

El 56,8% de los encuestados fueron mujeres. En el 48,6% de los casos, sus edades estaban comprendidas entre los 65 y los 74 años. Un 57,5% declaró que sus ingresos eran iguales que sus gastos. El 41,1% tenía estudios primarios y el 35,6% ningún estudio. El 46,6% estaban casados o en pareja y el 41,1% viudos. El 46,6% convivían con una o dos personas y el 40,4% vivía solo. Un 84,2% respondió que su red social estaba constituida por más de tres personas y un 87% residía en el medio urbano.



Grado de soledad:

Con el objetivo de simplificar los resultados y hacerlos más visuales, hemos agrupado los grados de soledad en bajo y medio-alto para cada uno de los cuatro

bloques de la escala, detectándose mayores grados de soledad en los ámbitos conyugal y existencial.

SOLEDAD FAMILIAR			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	116	79,5	79,5
Soledad media-alta	30	20,5	20,5
Total	146	100,0	100,0

SOLEDAD CONYUGAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	66	45,2	45,2
Soledad media-alta	80	54,8	54,8
Total	146	100,0	100,0

SOLEDAD SOCIAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	97	66,4	66,9
Soledad media-alta	48	32,9	33,1
Total	145	99,3	100,0
Perdidos sistema	1	0,7	
Total	146	100,0	

CRISIS EXISTENCIAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soledad baja	53	36,3	37,3
Soledad media-alta	89	61,0	62,7
Total	142	97,3	100,0
Perdidos sistema	4	2,7	
Total	146	100,0	

El 79,5% de los encuestados padece soledad familiar baja. Más de la mitad de nuestros mayores respondió que NUNCA se sentían solos cuando estaban con su familia. También, algo más de la mitad

respondió que su familia SIEMPRE se preocupaba por ellos. En torno a un 66% se sentía perteneciente a su familia y un 68% se sentía cercano a ella.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo	37,7 %				
2. ¿Con qué frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?		35,6 %			
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia	53,8 %				
9. Mi familia se preocupa por mí					56,7 %
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo	49 %				
11. Realmente me preocupo por mi familia					71,2 %
12. Siento que pertenezco a mi familia					66,2 %
13. Me siento cercano a mi familia					68,5 %
17. Me encuentro a gusto con la gente				44,1 %	36,6 %
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo				32,9 %	34,3 %
19. Me siento aislado	41,3 %				
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?				42,8 %	
21. Siento que mi familia es importante para mí					71 %
28. Siento que soy importante para la gente			30,8 %		27,3 %

El 54,8% sufre soledad conyugal media-alta. El 50% respondió NUNCA al ítem “Tengo un compañero sentimental que me

da el apoyo que necesito”. Otro 50% contestó que NUNCA se sentía enamorado de alguien que le amaba.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					37,9 %
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	49,7 %				
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama	49,3 %				
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	36,6 %				
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz	45,6 %				

El 66,9% soporta una soledad social baja. Un 41,7% sentía que A MENUDO sus amigos entendían sus intenciones y

opiniones y un 36,6 % afirmaba que SIEMPRE podía contar con ellos si necesitaba recibir ayuda.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos		35,9 %			
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones				41,7 %	
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo				32,9 %	34,3 %
22. Me gusta la gente con la que salgo				35,9 %	35,2 %
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda				34,5 %	36,6 %
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo				38,9 %	34 %
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones				33,6 %	

El 62,7% sufre una soledad/crisis existencial media-alta. El 37,5% ALGUNAS VECES sentía que a medida que se iba haciendo mayor se iban poniendo las cosas peores para él o ella y el 38,5% sentía que las cosas pequeñas le molestaban más que antes.

El 62,7% sufre una soledad/crisis existencial media-alta. El 37,5% algunas veces sentía que a medida que se iba haciendo mayor se iban poniendo las cosas peores para él o ella y el 38,5% sentía que las cosas pequeñas le molestaban más que antes

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
14. Lo que es importante para mí parece no importante para la gente que conozco		34,5 %	33,8 %		
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie	31,7 %	39,4 %			
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas		33,8 %			
29. Siento que no soy popular		25,4 %	25,4 %		
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí			37,5 %		
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes			38,5 %		
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil			28,5 %		
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	50,7 %				
34. Tengo miedo de muchas cosas			34,7 %		

Estudio de asociación de las variables sociodemográficas con la soledad:

Si nos centramos exclusivamente en el grado medio-alto en relación con las variables sociodemográficas observamos como los resultados se repetían siguiendo prácticamente la misma cadencia para cada uno de los cuatro factores de la soledad que estudia la escala ESTE-R.

Estos factores comunes fueron el sexo femenino, edades entre 65 y 74 años, un nivel socioeconómico con unos ingresos y unos gastos similares, estar en situación de viudedad, un nivel educativo bajo, una red social de más de tres personas y vivir en el medio urbano.

Discusión

Sin duda, para las autoras de este estudio, el ítem más significativo de los 34 que conforman la escala ESTE-R es, precisamente, el primero de ellos: “*Me siento solo*” al cual un 27,4% de nuestros mayores respondió “*alguna vez*”. Este resultado va en consonancia con el 27,2% que admitía sentirse solo algunas veces en la bibliografía consultada (1, 17).

De este mismo ítem, además, se extrae que un 62,3% de los encuestados reconocía sentirse solo en alguna ocasión bien fuera, rara, alguna vez o, a menudo. La literatura mencionaba un 63,2% (8). En la encuesta IMSERSO 2010 este dato era de un 65,4% (24). Por tanto, los resultados de nuestro estudio van muy a la par con los resultados de estudios previos.

Hemos detectado un error con respecto a los puntos de corte del dominio “crisis existencial” ya que, el límite superior para considerar un grado medio de soledad es 33 y el límite inferior para catalogarlo como grado alto es 36 habiendo un vacío de 2 puntos que ha supuesto la pérdida de 4 personas de la muestra.

Con respecto a los factores causales de la aparición del sentimiento de soledad, en

los cuatro dominios de la soledad el sexo femenino se asoció con grados más altos de ésta, tal y como se indicaba en el estudio sobre la soledad en España y Suecia, llevado a cabo por Del Barrio et al. (20). Sin embargo, en el estudio de Cardona (25) las mujeres presentaron mayor índice de soledad conyugal pero no de soledad familiar, social y existencial.

No obstante, consideramos que existe un sesgo en el subgrupo “conyugal” ya que, la escala ESTE-R pregunta por la frecuencia con que se sucede la afirmación o el interrogante de los distintos ítems, observándose problemas en personas viudas ya que, en función de su interpretación de los mismos, algunos no contestaron ninguna de las opciones y otros lo hacían basándose en una vida pasada junto a su pareja y no en la situación de viudedad actual.

Edades iguales o superiores a 80 años constituían otro de los posibles factores relacionados con el sentimiento de soledad (20, 25). En nuestro estudio no ha sido así, pero creemos que esto puede deberse a que la mayoría de los encuestados tenían entre 65 y 74 años.

En el estudio de Cardona (25) se concluyó que a medida que se incrementaba el estrato socioeconómico disminuía el grado de soledad. Sin embargo, con nuestro estudio se demuestra que se puede tener mayores niveles de soledad con un nivel socioeconómico no muy desfavorecido.

La premisa de la que partían los estudios disponibles en la literatura (15, 25) sobre una relación inversa entre nivel educativo y soledad sí se cumple en el presente estudio, percibiendo una clara tendencia a mayores grados de soledad entre aquellas personas sin ningún tipo de estudio o con estudios primarios.

Aunque la viudedad ya se erigía en la literatura (1, 15, 22) como el principal desencadenante del sentimiento de soledad entre las personas de edad avanzada, nuestro estudio ha podido constatar dicha

hipótesis. Sin embargo, nos llama la atención, la aparición de cualquier nivel de soledad entre los casados o en pareja.

Nuestro estudio también confirma que vivir solo desencadena más fácilmente sentimientos de soledad. En estudios previos (15,25) ya se puso de manifiesto que a medida que aumenta el número de personas de convivencia disminuye el grado de soledad.

Con respecto a la red social, parece que tener una red social más amplia con la que poder comunicarse o interactuar no siempre lleva implícito sentirse menos solo.

En términos generales, podemos decir que se han cumplido los objetivos del estudio y hemos podido comprobar que el sentimiento de soledad se encuentra patente entre los mayores de Narón y Caranza.

Conclusiones

Los resultados obtenidos muestran que la población mayor de Narón y Caranza padece un grado medio-alto de soledad conyugal y existencial y un grado bajo de soledad familiar y social, según la Escala ESTE-R.

Este estudio establece que las variables de sexo, edad, estado civil, número de convivientes, nivel socioeconómico, nivel educativo, red social y lugar de residencia están asociadas al sentimiento de soledad en la población mayor.

Se confirma que las personas mayores más vulnerables a la soledad pertenecen

al sexo femenino, con edades entre 64 y 75 años, con un nivel socioeconómico en el que ingresos y gastos son similares, sin estudios o con estudios primarios, viudas, pero también casados y/o en pareja, que viven solos, con una red social de más de 3 personas y que residen en zona urbana.

Estos hallazgos ayudan a un mejor conocimiento de la realidad de ambas poblaciones y consideramos que debe animar a los profesionales de distintos ámbitos (Salud, Ayuntamiento, Trabajo Social...) a impulsar medidas y proyectos para paliar esta problemática en la población mayor.

Los resultados obtenidos muestran que la población mayor de Narón y Caranza padece un grado medio-alto de soledad conyugal y existencial y un grado bajo de soledad familiar y social, según la Escala ESTE-R. Este estudio establece que las variables de sexo, edad, estado civil, número de convivientes, nivel socioeconómico, nivel educativo, red social y lugar de residencia están asociadas al sentimiento de soledad en la población mayor.

Bibliografía

1. López-Doblas J. Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005. 377 p.
2. Sequeira-Daza D. La Soledad en las personas mayores: factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos [Tesis Doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2011. 379 p.
3. Lorente-Martínez R. La Soledad en la vejez: análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas [Tesis Doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017. 424 p.
4. Vida-Domínguez MJ, Labeaga-Azcona JM, Casado-Durandez P, Madrigal-Muñoz A, López-Doblas J, Montero-Navarro A et al. Informe 2016. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. 539 p.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid. [Consultado 15 septiembre 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990
6. Puig-Llobet M, Lluch-Canut MT, Rodríguez-Ávila N. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. Gerokomos. 2009; 20(1): 9-14.
7. Gómez J. El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Servicio de Promoción de la salud. Instituto de salud pública. Consejería de Sanidad. Madrid: Nueva Imprenta; 2003. 43 p.
8. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García de Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. [Revista en Línea]. 2016 [consultado 12 de agosto de 2018]; 42(3): 177-183. Disponible en: <http://www.elsevier.es/semergen>
9. Rubio R, Alexandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. Rev Mult Gerontol. 2001; 11(1): 23-28.
10. Rubio-Herrera R. La soledad en las personas mayores españolas. Madrid: Portal Mayores. 2004. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>.
11. Rodríguez-Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009; 20(4): 159-166.
12. Iglesias de Ussel J. La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. 218 p.
13. Weiss R. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge: MA: MIT Press. 1973.
14. Rubio-Herrera R, Alexandre-Rico M. La escala "este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad. Geriatrika. 1999; 15(9): 26-35.
15. Cardona-Jiménez JL, Villamil-Gallego MM, Henao-Villa E, Quintero-Echeverri A. Validación de la escala "ESTE" para medir la soledad de la población adulta. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3): 416-427.
16. Cerquera-Córdoba AM, Cala-Rueda ML, Galvis-Aparicio MJ. Validación de constructo de la escala ESTE- R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. Divers Perspect Psicol. 2013; 9(1): 45-53.
17. Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes y valores en las relaciones interpersonales, II. 2002. Estudio nº2442.
18. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras-Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten Primaria. 2016; 48(9): 604-609.
19. Fernández-Muñoz JN, Vidal Domínguez MJ, Fernández Portela J, Ruiz Cañete O, Dizy Menéndez D, Iglesias de Ussel J et al. Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2014. 284 p.
20. Del Barrio E, Castejón P, Sancho-Castillo M, Tortosa M, Sundström G, Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(4): 189-195. DOI 10.1016/j.regg.2010.02.010.
21. Tomstad S, Dale B, Sundsli K, Sævareid HI, Söderhamn U. Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. Int J Older People Nurs. 2017; 12: 1-10. DOI 10.1111/opn.12162.
22. López-Doblas J, Díaz-Conde MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53(3): 128-133. DOI 10.1016/j.regg.2017.09.005.
23. Mateu-Gil ML, Panisello-Chavarría ML, Lasaga-Heriz MA, Bonfill-Accensi E. Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. Gerokomos. 2007; 18(1): 30-33.
24. Imsero. Observatorio de Personas Mayores. Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. 2010. 410 p.
25. Cardona-Jiménez JL, Villamil-Gallego MM, Henao-Villa E, Quintero Echeverri A. El sentimiento de soledad en adultos. Medicina U.P.B. 2013; 32(1): 9-19.

26. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini- review and synthesis. *Gerontology*. 2016; 62: 443-449. DOI [10.1159/000441651](https://doi.org/10.1159/000441651).
27. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85: 135-142. DOI [10.1136/jnnp-2012-302755](https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755).
28. Luanaigh C, Lawlor B. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23: 1213-1221. DOI [10.1002/gps.2054](https://doi.org/10.1002/gps.2054).
29. Hawkey LC, Masi CM, Berry JD, Cacioppo JT. Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychol Aging*. 2006; 21(1): 152-164.
30. Sorkin D, Rook KS, Lu JL. Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Ann Behav Med*. 2002; 24(4): 290-298. DOI [10.1207/S15324796ABM2404_05](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2404_05).
31. Brownie S, Horstmanshof L. The management of loneliness in aged care residents: an important therapeutic target for gerontological nursing. *Geriatr Nurs*. 2011; 32(5): 318-325.
32. Cacioppo JT, Hawkey LC, Crawford LE, Ernst JM, Burtleson MH, Kowalewski RB et al. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med*. 2002; 64(3): 407-417.
33. Cacioppo JT, Hawkey LC, Berntson GG, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R et al. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychol Sci*. 2002; 13(4):384-387. DOI [10.1111/1467-9280.00469](https://doi.org/10.1111/1467-9280.00469).
34. Steptoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht SR, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinol*. 2004; 29(5): 593-611. DOI [10.1016/S0306-4530\(03\)00086-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00086-6).
35. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2014.
36. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*. 2004; 8(6): 475-485.
37. Vázquez-Casares AM, Caballero-Huerga J, Fernández-Martínez ME, Liébana-Presa C, Castro-González ME, Fernández-García D. La soledad en los ancianos: plan de cuidados. *Gerokomos*. 2004; 15(2): 89-95.



**Enfermería
Comunitaria**