

MEDICINA PREVENTIVA

VOL. XI N° 2

2005



▶ Editorial
V. Pastor (Pág. 5)

Firma invitada:

▶ Convergencia europea: mirar hacia afuera para ver, también,
qué hacemos dentro
J. M. Peinado (Pág. 7)

Originales:

▶ Auditoría de la gestión del dolor agudo postoperatorio previa a la
implantación de una vía clínica
J. L. Herreras, J. García, A. Criado, V. Pérez, B. Valentín, J. M. Muñoz, F. Gilsanz (Pág. 15)

Protocolo:

▶ Higiene del paciente ingresado
S. Fernández, A. Aramendia, A. Cita, M. Nadal, Y. Núñez, A. Salamanca, T. Velasco (Pág. 25)

Revisión:

▶ Prevención de los procesos infecciosos en la asplenia funcional o anatómica
G. Ariza, M. Grande, J. García (Pág. 33)

Cartas al Director:

▶ Omega 3 y prevención de problemas cardiovasculares
F. J. Yuste, C. Vázquez (Pág. 39)

▶ *Noticias de la Sociedad* (Pág. 40)

▶ *Recensión bibliográfica:* "Vigilancia epidemiológica" (F. Martínez Navarro y cols)
J. R. Villagrasa (Pág. 44)
"Epidemiología" (Leon Gordis)
L. Ruiz

Empresa Editorial

EDIMSA

Editores Médicos, S.A.
C/ Gabriela Mistral, 2
Teléfono: 91 - 376 81 40
Fax: 91 - 373 99 07
E-mail: edimsa@edimsa.es
28035 Madrid
Rafael de Casanovas, 1
Teléfono: 93 - 473 99 88
Fax: 93 - 473 95 05
E-mail: edimcat@edimsa.es
08950 Esplugues de Llobregat
(Barcelona)

Director General:

Carlos Giménez Antolín

Director Publicaciones:

Adolfo Berzosa Blanco

Directora Comercial:

Raquel Morán Borjabad

© 2005 Editores Médicos, S.A.
Reservados todos los derechos
de textos e iconografía.

Se prohíbe la reproducción total
o parcial, incluyendo
fotocopias, grabaciones,
etcétera, sin autorización escrita
del editor. Las opiniones
editoriales o científicas que se
emitan con firma, comprometen
exclusivamente la
responsabilidad del autor.

SV 13-R-CM

Fotocomposición:

S.G.I., S.L.

Imprime: Sprint, S.L.

Depósito Legal: M-18903-1995

ISSN: 1135-2841

Director:

V. Pastor y Aldeguer

Comité Redacción:

C. Bischofberger Valdés
S. Fernández Redondo
C. Sanz Sebastián
J. R. Villagrasa Ferrer

Comité Editorial:

J. L. Arribas Llorente (Zaragoza)
A. Chicharro Papiri (Madrid)
V. Domínguez Hernández (La Coruña)
V. Pastor y Aldeguer (Madrid)
J. Rosselló Urgell (Barcelona)
J. Vaqué Rafart (Barcelona)

Comité Científico:

I. Alberó Andrés (Barcelona)
J. M. Arévalo Alonso (Vitoria)
J. L. Arribas Llorente (Zaragoza)
A. Asensio (Madrid)
J. R. Banegas (Madrid)
J. M. Bayas Rodríguez (Barcelona)
P. Blasco Huelva (Sevilla)
F. Bolumar Montrull (Alicante)
F. Calbo Torrecillas (Málaga)
A. Cerrillo Cruz (Mérida)
M. Conde Herrera (Sevilla)
F. Cruzet Fernández (Madrid)
A. Cueto Espinar (Oviedo)
M. Delgado Rodríguez (Santander)
V. Domínguez Hernández (La Coruña)
V. Domínguez Rojas (Madrid)
J. Fereres Castiel (Madrid)
J. Fernández-Crehuet Navajas (Málaga)
R. Fernández-Crehuet Navajas (Córdoba)
R. Gálvez Vargas (Granada)
J. García Caballero (Madrid)
J. J. Gestal Otero (Santiago de Compostela)
A. Gil Miguel (Madrid)
J. I. Gómez López (Zaragoza)
R. Herruzo Cabrera (Madrid)
J. R. de Juanes Pardo (Madrid)
J. de la Lama López Areal (Valladolid)
P. López Encinar (Valladolid)
F. J. López Fernández (Cádiz)
J. M. Martín Moreno (Madrid)
V. Monge Jodra (Madrid)
J. Mozota Ortiz (Santander)
V. Pastor y Aldeguer (Madrid)
J. del Rey Calero (Madrid)
F. Rodríguez Artalejo (Madrid)
J. R. Sáenz Domínguez (San Sebastián)
M^a C. Sáenz González (Salamanca)
L. Salleras Sanmartí (Barcelona)
J. Sánchez Payá (Alicante)
Ll. Serra Majem (Las Palmas)
A. Sierra López (Santa Cruz de Tenerife)
J. Vaqué Rafart (Barcelona)
J. L. Vaquero Puerta (Valladolid)
J. J. Viñes Rueda (Pamplona)
J. Yuste Grijalba (Madrid)
J. Zafra Mezcua (Cádiz)
V. Zanón Viguer (Valencia)

**Sociedad Española de Medicina
Preventiva, Salud Pública e Higiene**

EDITORIAL

*“Sin saber que era imposible,
fuimos... y lo hicimos”.*

Jean Cocteau (1899-1963).

No hemos encontrado mejor manera de reflejar la satisfacción, que todos sentimos, por haber sido capaces de aparecer –ininterrumpidamente– durante diez años, que repetir las palabras de aquel artista genial al que muchos, en su tiempo, tacharon de visionario.

Efectivamente, parecía imposible, pero hoy podemos presentarles un nuevo número que pretende ser digno de los anteriores y que comienza con una especial *Firma Invitada*.

El Prof. JOSÉ MARÍA PEINADO, Decano de la Facultad de Medicina (Universidad de Granada) y Secretario de la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España, nos habla sobre la Convergencia Europea: “Mirar hacia fuera para ver, también, qué hacemos dentro”.

Con el gran conocimiento de causa que le da haber sido uno de los animadores del Libro Blanco sobre la enseñanza de la Medicina en nuestro país, nos habla no sólo del presente de la Educación Médica en España y en Europa, sino también del futuro, en el cual causa gran importancia la formación en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Baste decir que este artículo ya está siendo comentado antes de su publicación y el tema es de tal importancia para la formación de los nuevos médicos como lo fue, en su día, el euro para la economía de la Unión Europea.

El *Original* de este número es: “Auditoría en la Gestión de Calidad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio”, del Dr. JUAN LUIS HERRERAS y cols, del H.U. “La Paz”, que inicia, con éste, una serie de trabajos sobre este tema que irán apareciendo, progresivamente, en números sucesivos.

La *Revisión*: “Prevención de los procesos infecciosos en la Asplenia Funcional o Anatómica”, de la Dra. X. ARIZA y cols, del H.U. “La Paz”, trata sobre los estudios realizados y publicados en la literatura internacional en los últimos años.

En *Cartas al Director* publicamos la del Dr. JAVIER YUSTE y su grupo de colaboradores del H. U. “Ramón y Cajal” sobre: “Omega 3 y prevención de Problemas Cardiovasculares”, en la línea de sus investigaciones en el campo de la nutrición y la Salud Pública.

Las *Noticias de la Sociedad* recogen aquellas de más interés, y tratan de comunicar bien el resumen de unas Jornadas ya celebradas, como es el caso del Dr. F. BOTÍA, bien el programa del próximo XIII Congreso de la SEMPSPH, en Córdoba.

También hemos incluido, por expresa recomendación de la Asamblea Extraordinaria celebrada en Madrid el 8 de Junio, un breve informe sobre el Proyecto Europeo HELICS, realizado por el Prof. R. HERRUZO y los Dres. A. ASENSIO y J. ROSELLÓ, con la intención de ir creando opinión sobre futuras actividades en Vigilancia Epidemiológica; y el anuncio de un Concurso de Ideas –entre todos los socios– para intentar crear una nueva imagen corporativa de la SEMPSPH.

Finalmente las *Recensiones Bibliográficas* recogen las realizadas por los Dres. J. R VILLAGRASA sobre el texto: “Vigilancia Epidemiológica”, del Dr. F. Martínez Navarro y cols, y L. RUIZ sobre la 3ª edición de la “Epidemiología”, del Prof. L Gordis.

Dadas las fechas en que nos encontramos, quisiera aprovechar esta oportunidad para desearles un feliz y merecido descanso veraniego y, al mismo tiempo, felicitarles porque –juntos– “fuimos... y lo hicimos”.

Atentamente.

Vicente Pastor
Director

Firma invitada

Convergencia europea: mirar hacia fuera para ver, también, qué hacemos dentro

J. M. Peinado

Decano de la Facultad de Medicina de Granada.
Secretario de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas.
Coordinador del Proyecto ANECA-Medicina, para el diseño de planes de estudio y títulos de grado.

INTRODUCCIÓN

La declaración de Bolonia (19 de Junio de 1999) marca el comienzo del proceso de convergencia de los sistemas universitarios europeos. Éste debe enmarcarse, no sólo en la tendencia general de los países miembros de la Unión, a dotarse de un marco legal común o a potenciar la Europa del conocimiento, sino también en la participación de otros factores, entre los que destaca la pérdida de competitividad de las universidades europeas (atracción de alumnos, resultados de investigación, integración con la sociedad y la empresa, etc.) frente al modelo americano. Una parte de este estancamiento del sistema universitario europeo se identifica con la existencia de numerosos modelos académicos, que asociados a la rigidez normativa de cada país, dificultan la movilidad y el reconocimiento de las titulaciones por parte de los países y de las empresas. Europa vuelve la mirada hacia la universidad medieval inicial, sin barreras intelectuales ni normativas, creadora de conocimiento y vanguardia social, una universidad abierta al servicio de la sociedad.

Las premisas sobre las que se centraría el establecimiento del espacio europeo de educación superior (EEES), serían:

1. La compatibilidad, comprensibilidad y comparabilidad de los sistemas europeos de enseñanza superior, no sólo para las propias universidades, sino también para los responsables empresariales y la sociedad en general. A tal fin se plantean los siguientes mecanismos:
 - Establecimiento del suplemento europeo al título, como sistema explicativo de la titulación alcanzada.
 - Enseñanza estructurada en dos ciclos, grado y máster. El primero debe permitir el acceso al mercado de trabajo. El máster supone, no sólo la especialización profesional, sino que también, en su caso, representa el sistema de iniciación a la investigación y el acceso al doctorado (tercer ciclo).
 - Un sistema común de valoración y medida del aprendizaje (créditos ECTS).

Para ello, deben producirse cambios de carácter legislativo a nivel nacional, y técnico en cada universidad, esto es, la adopción de sistemas de organización y medida del aprendizaje, así como de documentos fácilmente comprensibles. Con esa finalidad ya se han publicado las siguientes normativas:

- a) RD 1125/2003, (16) que “establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional”. En el mismo, el concepto de crédito pasa de ser 10 horas de contacto entre el profesor y el alumno, para definirse como “la unidad de medida del haber académico necesario para cumplir los objetivos del programa de estudios”, integrando “las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicamente dirigidas, con inclusión de las horas de estudio y de trabajo que el estudiante debe realizar para alcanzar los objetivos formativos propios de cada una de las materias del correspondiente plan de estudios”. Este RD cambiará nuestro concepto de medida de tiempo, intentando facilitar la comprensión entre universidades y empleadores del tiempo requerido por el estudiante para superar una materia.
- b) RD 1044/2003, (17) por el que se regula “el procedimiento para la expedición por las universidades del suplemento europeo al título”. En esta norma se estipula cómo las universidades deben emitir un documento en el que se refleje, al menos en dos idiomas comunitarios, la trayectoria formativa de cada alumno, incluyendo, además de los datos personales, información sobre la institución en que cursaron los estudios, características de la titulación, duración oficial del programa, requisitos de acceso, contenidos, sistemas de evaluación y calificación, resultados obtenidos y lengua(s) empleadas en la enseñanza.
- c) RDs 55/2005 y 56/2005 (18 y 19) por los que se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado y Postgrado.

En el primero se establece la estructuración en tres ciclos de la enseñanza universitaria: el grado, el máster y el doctorado. El grado se fija en 180 ó 240 créditos europeos, esto es de 3 a 4 años, excluyendo de esta limitación a titulaciones con directiva europea, como es el caso de medicina. Asimismo, se definen las denominadas “*contenidos formativos comunes*” (antigua troncalidad), es decir, “*el conjunto de conocimientos, aptitudes y destrezas necesarios para alcanzar los objetivos formativos del título*”, fijándose su porcentaje respecto al total de la titulación entre un 50 y un 75%. La inclusión, en la definición de objetivos y contenidos de un título, de aptitudes y destrezas, junto a los conocimientos, es una novedad a destacar en nuestro sistema educativo.

En los próximos meses se procederá a la definición del catálogo de titulaciones y de las directrices generales propias de cada título. En estas últimas se concretará la duración de los estudios, grado de troncalidad y resto de características propias. En base a las directrices propias se elaborarán los planes de estudios en cada universidad.

Además, el EEES hace énfasis en:

2. La facilitación de la movilidad de alumnos y profesores, eliminando las barreras que la dificultan.
3. Un sistema aceptado con carácter general para la evaluación de la calidad y acreditación de enseñanzas.
4. La promoción de la “*dimensión europea de la enseñanza superior, en lo que respecta a programas de estudios, cooperación interinstitucional, programas de movilidad, y programas integrados de estudios, formación e investigación*”.

Finalmente, es de destacar, que cuando se produce la declaración de Bolonia, España se encuentra en un momento de importantes cambios normativos (Figura 1) en el sistema universitario y sanitario español. La Ley Orgánica de Universidades (LOU, Diciembre de 2001), (11) en su título XIII, establece las bases para que el Gobierno pueda desarrollar las directrices que permitan la puesta en marcha y el desarrollo de los acuerdos de Bolonia, pero no entra en aspectos concretos de este proceso. Sin embargo, la LOU sí origina un importante cambio en materias relacionadas con la evaluación de la calidad y acreditación. Se crea así la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), y aparecen progresivamente las agencias autonómicas. También se introducen importantes cambios en el desarrollo de la carrera académica. Comienza así un proceso, que si bien se ha desarrollado completamente en cuanto a la acreditación del profesorado contratado, sólo ha comenzado su rodaje en cuanto a evaluación y acreditación de instituciones y titulaciones. En el futuro tendremos que entender que centros o titulaciones con más de 500 años de historia, no puedan continuar sus actividades basándose sólo en esta última razón, sino que deberán cumplir una serie de estándares de calidad, comúnmente asumidos y periódicamente evaluados.

LOS ESTUDIOS DE MEDICINA Y LA CONVERGENCIA EUROPEA

A diferencia de otras titulaciones, en ningún momento se ha cuestionado la sociedad española o europea dudas sobre la continuidad del título de médico. En este sentido, la existencia

de directiva europea* (5) en medicina adelantó parte del proceso de convergencia en casi 15 años, dejándola, además, fuera del debate general sobre el catálogo y duración de las titulaciones. El proceso de convergencia europea se ha convertido, así, en una extraordinaria oportunidad para reflexionar en torno a la enseñanza de la medicina. Por ello, el debate se ha centrado en objetivos y contenidos, incluyendo no sólo conocimientos, sino aptitudes y destrezas, metodologías docentes, estructura curricular y continuidad entre la formación universitaria y la especializada**.

La convocatoria ANECA sobre el diseño de planes de estudio y títulos de grado ha permitido a los representantes de los

* Ver Directiva Europea al final del texto.

** No podemos olvidar que en el caso de la medicina, el proceso enseñanza-aprendizaje viene condicionado de una parte por la evaluación final –examen MIR–, y de otra, por el uso para la formación clínica de recursos ajenos a la Universidad y pertenecientes al sistema de salud.

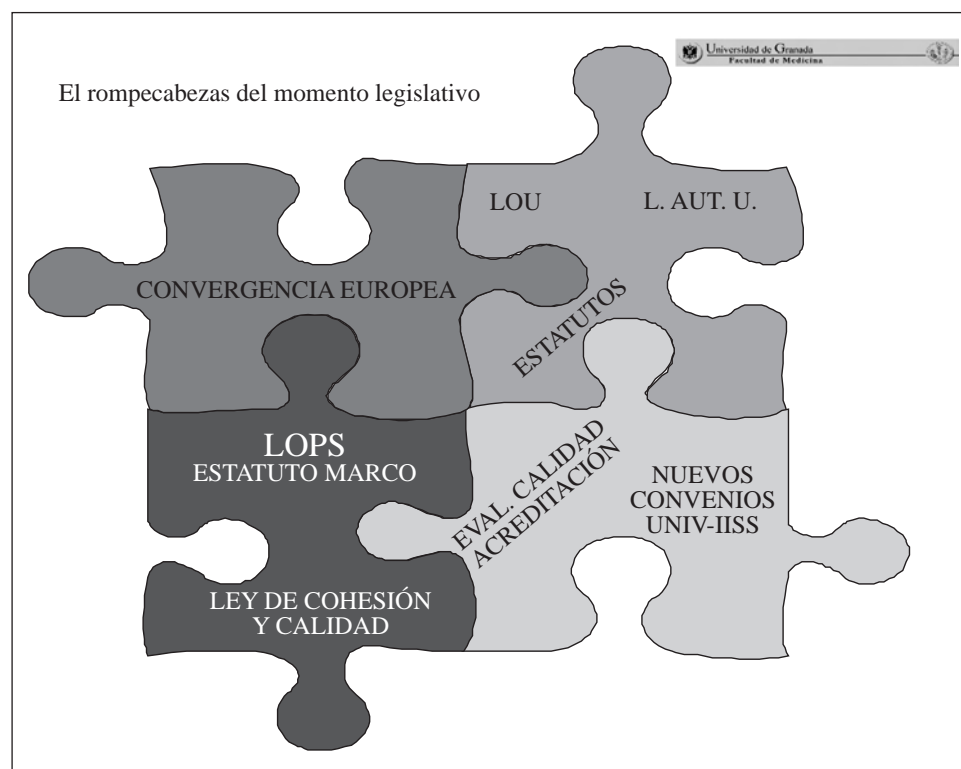


Figura 1. Diversos actos legislativos ocurridos en los últimos dos años están incidiendo de forma significativa en la estructuración de la Universidad y las Facultades de Medicina

centros –los Decanos de las Facultades de Medicina– realizar dicho debate, contando, además, con la opinión de la profesión, expertos en educación médica y otras instituciones implicadas en la formación de los médicos, lo cual ha enriquecido enormemente las conclusiones. Éstas se han plasmado, finalmente, en el **libro blanco** de la titulación de medicina. Este no debe entenderse como un documento cerrado, sino bien al contrario, su intención es garantizar la flexibilidad y diversidad en la elaboración del plan de estudios y elección de metodologías docentes en cada universidad, tratando a la vez de facilitar la identificación de contenidos a fin de favorecer la movilidad académica, objetivos básicos del proceso de convergencia.

EL LIBRO BLANCO DE LA TITULACIÓN DE MEDICINA

Esencialmente, el Libro Blanco* elaborado por la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas, propone:

1. Una definición de los objetivos y competencias, tanto de carácter general como específico, que deben dominarse para la obtención del título.
2. Que el título obtenido, tras 6 años de estudio (360 créditos europeos) se denomine “médico”, con formación básica, de acuerdo a la directiva europea.

* En la web: http://www.aneca.es/modal_eval/conver_docs_titulos.html

DISTRIBUCIÓN ORIENTATIVA EN HORAS PRESENCIALES Y NO PRESENCIALES DE LOS CONTENIDOS				
MATERIAS FORMATIVAS COMUNES		CRÉDITOS EUROPEOS	% PRESENCIAL/ % NO PRESENCIAL	HORAS PRESENCIAL (25-30/crédito)
		HORAS BOLONIA (25-30/crédito)		HORAS NO PRESENCIAL (25-30/crédito)
1	Morfología, estructura y función del cuerpo humano normal en las diferentes etapas de la vida. Adaptación al entorno	90	35/65	787,5/945
		2.250/2.700		1.462,5/1.755
2	Patología humana	144	50/50	1.800/2.160
		3.600/4.320		1.800/2.160
3	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	54	50/50	675/810
		1.350/1.650		675/810
4	Valores profesionales y ética	7	35/65	61,25/73,5
		175/210		113-75/136,5
5	Medicina preventiva salud pública	10	35/65	87,5/105
		250/300		162,5/195
6	Habilidades de comunicación	5	65/35	81,25/97,5
		125/150		43,75/52,5
7	Manejo de la información. Análisis crítico e investigación	14	35/65	122,5/147
		350/420		227,5/273
Materias propias de cada universidad		36	50/50	450/540
		900/1.080		450/540
TOTAL		360	100	4.065/4.878
		9.000/10.800		4.935/5.922

Figura 2. Propuesta de bloques y carga en créditos europeos de cada uno de ellos. También se especifica el porcentaje propuesto de actividad presencial y no presencial en cada bloque con indicación del número de horas que podría representar. (Tomado de Libro Blanco de la titulación de Medicina, 2005).

3. Que las materias formativas comunes sean del 90%.
4. Que el título incorpore el máster, permitiendo así el acceso a los estudios de doctorado, y su compatibilidad con el desarrollo de la especialidad. Para ello, se incorporan a los 6 años de estudio aspectos relacionados con la iniciación a la investigación.
5. Se propone una estructuración de los estudios en 7 grandes bloques, relacionados con los objetivos y las competencias específicas previamente definidas, se les asignan créditos, y se presenta el porcentaje de actividades presenciales (Figura 2).
6. Se proponen y detallan conocimientos, aptitudes y destrezas, como elementos de referencia para el desarrollo de las futuras directrices generales propias y elaboración de los planes de estudio.

En la definición de objetivos, se ha considerado la directiva europea, así como la Ley de ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS) (10), que en su Art. 6, 2a) establece como funciones de los licenciados en medicina: *“Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”*.

La definición de las competencias genéricas ha seguido las relacionadas en el Proyecto Tuning (15) estructurándose en 3 campos: instrumentales, personales y sistémicas.

Las competencias específicas* se han inspirado en los requisitos globales mínimos esenciales en Educación Médica del Instituto Internacional para la Educación Médica (6), y otros documentos de carácter nacional e internacional (1, 2, 4, 7, 8, 9, 12, 13 y 14), estructurándose en 7 campos:

1. Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética.
2. Fundamentos científicos de la medicina.
3. Habilidades clínicas.
4. Habilidades de comunicación.
5. Salud pública y sistemas de salud.
6. Manejo de la información.
7. Análisis crítico e investigación.

La propuesta de obtención conjunta del grado y máster al finalizar el período de formación básica de 6 años, se fundamenta en la excepcional duración de los estudios de medicina. Si a los 6 años universitarios, se añaden al menos otros 4-5 años de formación especializada, obtenemos una duración de 11 años. No parece razonable, en términos comparativos, que otras titulaciones pudieran acceder al título de “máster” en un plazo de 5 años. Además, la LOPS especifica que *“La formación mediante residencia será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado”*, por lo que sería difícil compatibilizar el período formativo de la especialidad (MIR) con el master, más aún si se considera la alta dedicación que requiere la formación especializada y la investigación que pueda conducir a la obtención del grado de doctor.

* Consultar para una relación detallada de las competencias específicas Libro Blanco de la Titulación de Medicina. Nota de pie de página número 3.

Los contenidos comunes del título, de acuerdo con las competencias específicas previamente definidas, se han organizado en 7 grandes bloques, cada uno de los cuales se divide en sub-bloques, siguiendo, en general, una distribución por órganos y aparatos y/o una relación con las competencias específicas. Debe entenderse que las competencias tienen un carácter transversal al de los diferentes bloques, por lo que podrían estar integradas en más de uno.

La estructuración de los contenidos, en los distintos sub-bloques, sigue los principios del proyecto Tuning y otros documentos (15, 12): *“saber y entender, saber cómo actuar y saber cómo ser”*. En base a lo anterior, cada sub-bloque se ha estructurado en dos grades apartados: “saber” y “saber hacer”. Se entiende que dentro del “saber” se incorporan aquellos contenidos relacionados fundamentalmente con los conocimientos *“aquello que se es capaz de recordar e integrar desde una perspectiva básicamente conceptual”*. En el “saber hacer” se incorporan las destrezas, habilidades y actitudes en las que el alumno debe ser competente de forma previa a la formación especializada.

A su vez, el **saber** se subdivide en dos grupos:

1. Reconocer, diagnosticar y orientar su manejo.
2. Sólo conocer.

En el primer grupo, *Reconocer, diagnosticar y orientar su manejo*, se incorporan aquellos conocimientos que, por su relevancia, prevalencia o ejemplaridad el estudiante debe conocer en profundidad, de tal forma que sepa reconocer el cuadro que se presenta, establecer un diagnóstico indicando las pruebas complementarias pertinentes, para así indicar una estrategia terapéutica, todo lo cual, necesariamente deberá completarse durante el período de formación especializada.

En cuanto al **saber hacer**, se han establecido los siguientes grupos:

1. Saber hacer con competencia (rutinariamente y sin supervisión).
2. Haberlo practicado tuteladamente (bajo supervisión del tutor).
3. Haberlo visto practicar por un experto.

En el primer caso, el estudiante debe ser capaz, al finalizar el adecuado proceso de aprendizaje, de realizar de forma autónoma dichas actividades. En el segundo caso, se trata, en general, de habilidades que, por su complejidad o situación del paciente, el estudiante debe haber practicado, pero siempre bajo la vigilancia y responsabilidad de un tutor. Finalmente, existen habilidades exploratorias o terapéuticas que bien por su complejidad técnica, bien por la necesidad de un largo período de aprendizaje, bien por ser habilidades que deben dominarse durante el período de formación especializada, o por el alto grado de responsabilidad que su desarrollo implica, el estudiante debe sólo haber visto practicar por un experto.

Entendemos que la redacción, en su caso, de directrices generales propias de la titulación debe inspirarse en competencias y contenidos. La descripción detallada de determinadas competencias en “el saber hacer” es un elemento absolutamente novedoso en nuestro país. Con ello la CND quiere destacar la importancia que, a nuestro juicio, debe adquirir la formación práctico-clínica del médico, disminuyendo el tradicional peso dado a los conocimientos (saber), y reforzando el entrenamiento y capacitación en habilidades y actitudes, las cuales deben también ser evaluadas.

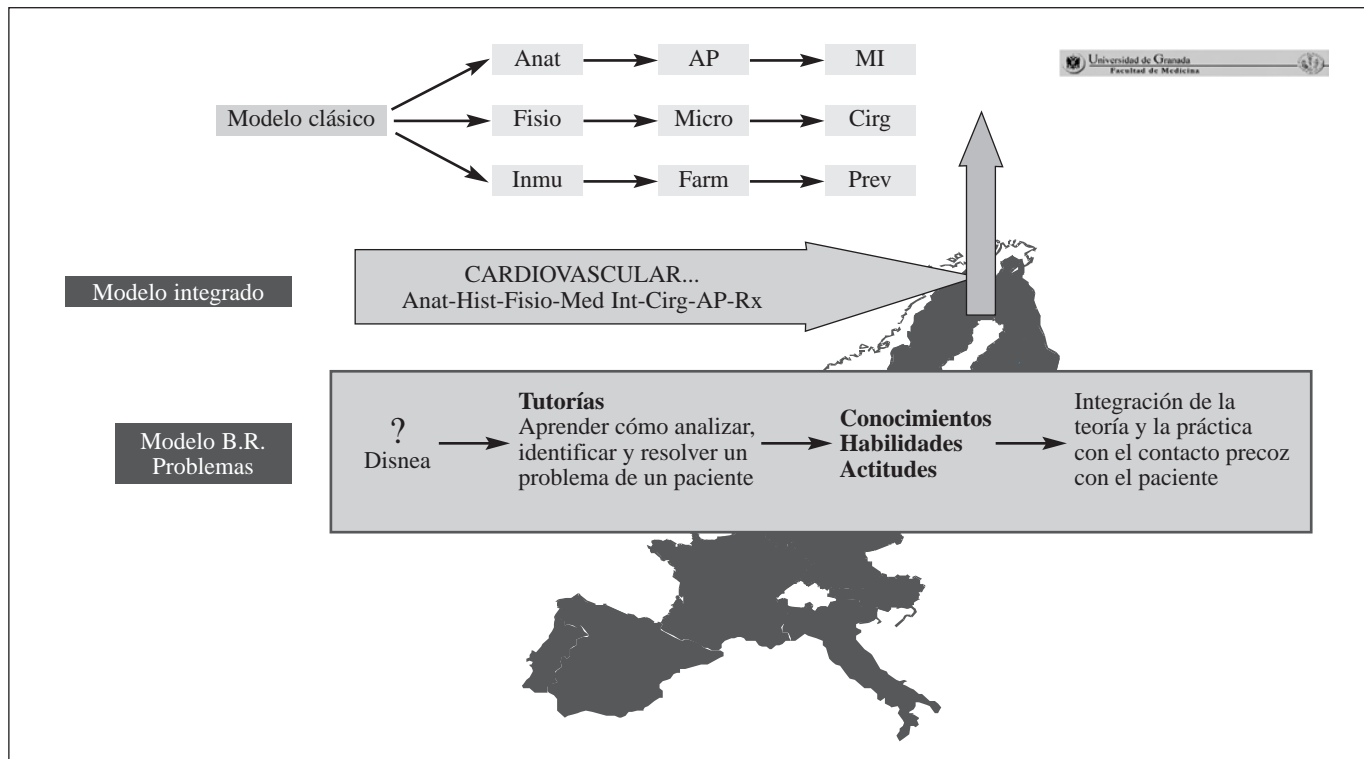


Figura 3. Modelos curriculares (Tomado de Libro Blanco de la Titulación de Medicina, 2005).

En todo este contexto, la evaluación debe considerarse una parte esencial del programa educativo. La evaluación condiciona, no sólo la estructura de los planes de estudio, sino fundamentalmente el proceso de aprendizaje. “Todo lo que no se evalúa se devalúa”. No parece razonable incidir de forma contundente en la formación práctico-clínica, la formación en habilidades y actitudes, para que luego éstas no se evalúen, o lo hagan poco, frente a la evaluación de los conocimientos. Las Facultades de Medicina deben evaluar no sólo los conocimientos (saber), sino, de manera específica, las habilidades y actitudes (saber hacer), definiendo dichos sistemas en sus programas formativos. Dicha evaluación debe basarse en la aplicación de los conocimientos a circunstancias de la práctica real. Por tanto, debería de evaluarse también la actuación del médico a través de pruebas tipo ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado).

El Libro Blanco ha analizado también las diversas metodologías docentes empleadas en la actualidad en las Facultades de Medicina. Desde los modelos clásicos, con escasa o nula integración, basados en asignaturas que discurren de forma paralela y secuencial, a modelos con diverso grado de integración de contenidos, cuyo máximo exponente sería la enseñanza basada en la resolución de problemas.

Las metodologías docentes empleadas por cada plan de estudios son competencias de cada Universidad. No obstante, de acuerdo con la declaración de Granada (3), el Libro Blanco recomienda la integración de contenidos, entendiendo que este sistema favorece el aprendizaje, y al modelo centrado en el alumno más que en el profesor (Figura 3).

Aspectos novedosos son también la consideración de materias formativas comunes, como las “Habilidades de Comunicación”, y “Manejo de la información. Análisis crítico e investigación”.

También aparecen nuevos contenidos escasamente desarrollados en el modelo anterior, tales como “Campos de actuación: Cuidados paliativos, Geriátrica, Medicina Familiar y Comunitaria y Urgencias y Emergencias”, “Bioquímica y Genética Clínica”, “Nutrición y Terapia Nutricional” y “Ética Médica”.

En el Libro Blanco, la CND también ha analizado la progresiva desaparición de titulados en Medicina como profesores en los departamentos denominados básicos. Valorando el enriquecimiento docente e investigador que los profesores no médicos pueden representar en dichos departamentos, entendemos que para una correcta orientación docente en la titulación, así como para su necesaria coordinación-integración de contenidos y metodologías, sería aconsejable encontrar los mecanismos adecuados para garantizar en el futuro la presencia de titulados en Medicina en dichos departamentos, asegurando no sólo un *curriculum* investigador adecuado, sino también una formación y experiencia docente acorde con la plaza a cubrir.

LA NECESARIA RELACION CON LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Otro aspecto relevante en la estructuración de la titulación de medicina es la intensa y necesaria relación entre la institución educativa y la sanitaria en diversos aspectos. En primer lugar, una parte fundamental del proceso formativo de los futuros médicos se realiza en instituciones sanitarias públicas, hospitales y centros de salud. Segundo, un número significativo del profesorado de las Facultades de Medicina desempeña su labor en una plaza vinculada, o son médicos con puesto asistencial y contratados por la universidad, teniendo en

ambos casos, una doble dependencia de la universidad y la institución sanitaria. Tercero, en el momento actual la formación médica básica (exclusivamente universitaria) es el primer paso en la formación médica, que necesita de la formación especializada para acceder al mercado de trabajo*, dependiendo ésta mayoritariamente del Ministerio de Sanidad. En la actualidad, ambas etapas formativas forman compartimentos casi estancos, sin coordinación alguna entre sus programas y/o objetivos. La definición de objetivos y contenidos mínimos en el período de formación básica, debería facilitar la continuidad y coordinación entre ambas etapas formativas estructurándose los programas de la especialidad a partir de los objetivos y contenidos alcanzados en el período de formación básica. Un factor diferenciador también de la titulación de medicina es que el acceso a la formación especializada, imprescindible para acceder al mercado de trabajo, se realiza a través de un examen de carácter único y ámbito nacional, examen MIR, el cual condiciona todo el proceso formativo previo.

El examen MIR merece una reflexión especial. Si el proceso iniciado en Bolonia significa un acercamiento al mercado de trabajo y un cambio conceptual en el proceso enseñanza/aprendizaje, ninguno de los cambios que puedan postularse en esta propuesta serán válidos si no se produce una modificación significativa en el proceso evaluativo, examen MIR, el cual debe pasar de ser puramente conceptual (examen de respuesta múltiple), a valorar la formación práctico-clínica.

En la actualidad, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) prevé en el Art. 22: “la evaluación de la competencia clínica y habilidades de comunicación, además de los aspectos cognitivos” (ver pág. 38). Sin embargo, se desconoce el momento y características de su aplicación. Deberían quedar, por tanto, nítidamente definidos los conocimientos, competencias y habilidades de médico recién graduado, así como sus competencias profesionales, lo cual facilitaría la realización del futuro examen MIR. Las Facultades de Medicina deben colaborar en la realización del examen MIR, de forma que lo que éste evalúe sean los contenidos y competencias definidos en el período de formación básica. También necesitan conocer de forma retroactiva sus resultados, fortalezas y debilidades, de forma individualizada, a fin de poder mejorar la calidad de sus programas. Este examen debe adquirir un carácter fundamentalmente distributivo, acercando su fecha de realización a la de terminación de los estudios, de forma que el tiempo muerto entre la finalización del período de formación básica y el comienzo de la formación especializada se reduzca a los límites mínimos necesarios para la realización de la prueba.

Para que todo lo anterior sea realizable, resulta obligado redefinir el concepto de hospital/centro de salud universitario, de tal forma que permita no sólo la integración de los alumnos en los equipos asistenciales, sino que facilite la labor del profesor con actividad asistencial, la actividad investigadora, y evite los permanentes conflictos entre la Universidad y la Institución Sanitaria. La carrera profesional del médico* debe contemplar, entre las materias de evaluación, la enseñanza en el período de formación básica universitaria. En la actualidad, el análisis de la carrera docente del profesor

DIRECTIVA EUROPEA

Directiva europea 2021 [1]. 12 2004, 13781/2/04 REV 2, DE 21 de Diciembre de 2004. Esta directiva sustituye a la 93/16/CEE, reuniéndola, junto a la de otras profesiones, en un solo texto.

Este mismo documento, en su sección 2, relativa a la profesión de médico, artículo 24.2, “Formación básica del médico” establece que “la formación básica del médico comprenderá, en total, por lo menos seis años de estudios o 5.500 horas de enseñanza teórica y práctica impartida en una Universidad o bajo el control de una universidad”. Más adelante, artículo 24.3 se dispone que: “La formación básica del médico garantizará que se han adquirido los siguientes conocimientos y competencias:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de datos.
- Un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, sanos y enfermos, así como de las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social.
- Un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que le proporcione una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivo, diagnóstico y terapéutico, así como de la reproducción humana.
- Una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo la oportuna supervisión.

médico, revela cierto grado de incompatibilidad entre ésta y el desarrollo de la actividad clínica, hasta etapas temporalmente avanzadas de la misma. De alguna forma debería de garantizarse la incorporación de residentes y jóvenes médicos a la carrera docente, facilitando su formación académica e investigadora. La valoración de la competencia docente del profesorado en igualdad con la actividad clínica y/o investigadora, debe constituirse en una pieza clave del proceso de innovación curricular.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El momento actual supone una gran esperanza en el desarrollo de la totalidad del proceso de formación médica. Tenemos una nueva oportunidad para establecer un marco, en el que junto a la necesaria innovación curricular, se establezcan mecanismos que den continuidad a las distintas etapas formativas. La definición de objetivos y competencias, la evaluación de la formación práctico-clínica, o el establecimiento de la carrera académico-profesional del médico, son elementos esenciales de este proceso.

* Ver Directiva Europea.

* Ver LOPS y Art. 40.3 de la Ley 55/2003, Estatuto Marco.

No obstante, el futuro pasa necesariamente por el entendimiento entre la universidad y el sistema sanitario, dos caras de una misma moneda, ambas al servicio de nuestra sociedad, pero que generalmente miran en direcciones diferentes, cuando no opuestas.

Bibliografía

1. Basic Medical Education WFME global Standard for Quality Improvement. WFME Office. University of Copenhagen. Denmark. 2003. Publicado en español en la revista Educación Médica, 7: Supl 2. pp. 7-56. 2004.
2. Blue Print. 1994. Training of Doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education.
3. Declaración de Granada. (2002). Educación Médica, 5(1), 3-5.
4. Definición de estándares internacionales para la educación médica de pregrado (Federación Mundial para la Educación Médica -WFME-, Octubre 1999) que tiene 3 objetivos fundamentales.
5. Directiva 2001 [1]. 12 2004; 13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004. Posición Común aprobada por el Consejo Europeo el 21 de diciembre de 2004 con vistas a la adopción de la directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales". (Bruselas, 07/03/2002. COM (2002) 119 final; 2002/0061 COD).
6. Global Minimum Essential Requirements in Medical Education. Institute for International Medical Education Core Committee. Medical Teacher 24:130-135, 2002. Traducción al español en la revista Educación Médica, 6: 13-14 2003.
7. General Medical Council (2002). Tomorrow's Doctors. Recommendations on undergraduated medical education (www.gmc-uk.org/med_ed/tomdoc.htm).
8. Informe GPEP (General Professional Education of Physicians. "Association of American Colleges and the American Medical Association. Functions and structures of a medical school. Standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree". Washington, DC & Chicago, IL: Liaison Committee on Medical Education, 1997.
9. Learning Objectives for Medical Education. Guidelines for medical Schools. Association of American Medical Colleges, 1998.
10. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003. B.O.E. nº 280/41442
11. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. (L.O.U.)
12. Miller, GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad. Med. 1992;65 Suppl., S63-S67
13. The Scottish Doctor. Undergraduate learning outcomes and their assessment: A foundation for competent and reflective practitioners. Scottish Deans' medical curriculum group. May 2002.
14. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. General Medical Council.
15. Tuning Educational Structures in Europe. Informe final. Julia González y Robert Wagenaar Eds. Universidad de Deusto. Bilbao. 2003.
16. RD 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el terreno nacional.
17. RD 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.
18. RD 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.
19. RD 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado.



Originales

Auditoría de la gestión del dolor agudo postoperatorio previa a la implantación de una vía clínica

J. L. Herreras¹, J. García², A. Criado¹, V. Pérez²,
B. Valentín², J. M. Muñoz¹, F. Gilsanz³

¹ Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Universitario "La Paz". Madrid.

² Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario "La Paz". Madrid.

³ Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Maternal Universitario "La Paz". Madrid.

RESUMEN

Objetivos

La mejora continua de la calidad en el tratamiento del dolor nos indica los pasos a seguir para instaurar una Unidad de Dolor Agudo (UDA) Postoperatorio. El primer paso es saber el punto de partida mediante la realización de una auditoría para poder plantear unos objetivos y estándares a alcanzar. El objetivo de este estudio es investigar mediante encuestas la situación del tratamiento del dolor desde el punto de vista de los profesionales y los pacientes.

Metodología

El estudio se realizó durante el año 2001 mediante un modelo de encuesta (encuesta de dolor de la American Pain Society) dirigida a los médicos para saber el nivel de conocimientos en el tratamiento del dolor, su satisfacción y sus sugerencias y un modelo dirigido a los pacientes donde se recogió el grado de intensidad de dolor, el nivel de información recibida y la satisfacción con el tratamiento y un apartado de sugerencias (Tablas I y II).

Resultados

Se analizaron un total de 71 encuestas de médicos. Éstos consideraron en un 58,80% insuficiente la calidad de la formación recibida, empleaban la queja del paciente en un 72% como método de evaluación del dolor y valoraban en un 79% de malo el control del dolor. El 62% de las sugerencias se centraron en la creación de una Unidad de Dolor responsable del tratamiento, y propusieron mayor organización en un 55,5%. Se estudiaron 158 encuestas de pacientes. Dentro de los que tuvieron dolor de intensidad fuerte durante las primeras 24 horas del postoperatorio, un 91% fueron tratados sólo con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), un 89,9% estaban satisfechos con los médicos, el 63,3% sugirieron mayor control del dolor y el 21%, más información.

Conclusiones

Los médicos muestran su falta de formación en técnicas de valoración del dolor y en su tratamiento, califican de malo el control del dolor de los pacientes, sugieren mayor organización y la creación de una Unidad de Dolor que se responsabilice del tratamiento. Los pacientes con dolor fuerte en las primeras 24 horas del postoperatorio son tratados sólo con AINE, expresan su satisfacción con los profesionales que los atienden y sugieren recibir mayor control del dolor e información.

ABSTRACT

Objective

The continuous quality improvement in pain treatment shows us the steps to follow in order to create a Postoperative Acute Pain Unit. It is necessary to carry out an Auditorship so as to know the situation and establish a number of aims and standards values to attain. The aim of the study is to investigate through questionnaires towards doctors and patients the situation of the postoperative pain treatment.

Methods

The study was carried out in 2001 through a questionnaire model (American Pain Society questionnaire) for doctors to know their knowledge about the pain treatment, their satisfaction and suggestions, and another questionnaire model for patients to know their pain intensity, their information about pain treatment, their satisfaction and suggestions (Tables I and II).

Results

A total of 71 doctors' questionnaires were carried out. The 58,8% considered the quality of their knowledge insufficient, the 72% used the patient's complaint as pain measure,

and the 79% considered the pain control as bad. The 62% of the suggestions asked for the creation of an Postoperative Acute Pain Unit and more organization in the 55.5%. A total of 158 patients' questionnaires were carried out. The 91% of patients in the group of severe pain in the first postoperative 24 hours, received non esteroideal antiinflammatories, the 89,9% were satisfied with the doctors behaviour, the 63,3% asked for more control of pain and the 21% asked for more information.

Conclusions

The doctors show their lack of knowledge about measurement and treatment pain techniques, considered the pain control as bad and suggest more organization and the creation of an Postoperative Acute Pain Unit to follow the responsibility of the treatment.. The patients with severe postoperative pain in the first 24 hours were treated only with non steroidal antiinflammatories, show their satisfaction about the professionals' behavior and ask for more information and control of their pain.

INTRODUCCIÓN

El dolor agudo postoperatorio aparece en el paciente sometido a una intervención quirúrgica debido al procedimiento quirúrgico, a la enfermedad de base que ha sido tratada mediante la cirugía o a la combinación de ambos factores (1).

Si no es tratado adecuadamente aumenta la morbilidad perioperatoria (la más importante está relacionada con los sistemas cardiovascular y pulmonar), prolonga la estancia hospitalaria y, sobre todo, el sufrimiento del paciente (2).

Según un estudio realizado por Puig MM y cols en 2001 (3), la situación actual del tema en España es la siguiente:

- Solamente el 30% de una muestra de hospitales encuestados contaban con una Unidad de Dolor. De éstos, el 32% tenían una enfermera con dedicación específica al tratamiento del dolor agudo, y el 46% disponían de médico especialista en dolor. En el resto de hospitales, la responsabilidad del tratamiento recaía en el Servicio de Anestesiología en el 71%; en Cirugía, en el 40%; y en enfermería, en el 33%.
- La intensidad del dolor postoperatorio se medía sólo en el 36% de los hospitales antes y después de la administración de analgesia, registrando los valores junto con los signos vitales.
- La mayoría de los hospitales carecen de programas de formación en dolor agudo para anestesiólogos, cirujanos y enfermeras.
- El 53% de los pacientes en España no recibían información sobre el dolor postoperatorio y su tratamiento, cifra similar a la obtenida en Italia, de un 58% (4), siendo el anestesiólogo y el cirujano (al igual que en Estados Unidos) quienes facilitan esta información (5).
- Un 28% de los anestesiólogos están satisfechos con el tratamiento del dolor llevado a cabo en sus hospitales, siendo la satisfacción en Inglaterra del 36% (6) y en Estados Unidos del 91% (5). Estos datos contrastan con la mayor satisfacción de los pacientes, pues sus expectativas de recibir tratamiento para el dolor son muy bajas (7), debido a que carecen de información y, además, se ven influidos por el ánimo de agradar a la hora de contestar los cuestionarios. La satisfacción considerada so-

lamente no es buena medida de la calidad del tratamiento analgésico, pues está influida por las experiencias anteriores propias, en amigos o familiares, el conocimiento, las expectativas acerca del dolor y la intensidad del dolor previo a la cirugía. La satisfacción depende sobre todo de la buena comunicación entre el paciente y el médico.

Mejorar el tratamiento del dolor, es clave para incrementar el grado de satisfacción de los pacientes.

En el Hospital General "La Paz" se realizaron las siguientes etapas para conseguir la implantación de un plan de mejora continua de calidad en el proceso de tratamiento del dolor agudo postoperatorio:

1. Formación de un grupo de trabajo, compuesto por los Servicios de Anestesia y Reanimación, Medicina Preventiva (Unidad de Calidad), Cirugía y el Departamento de Enfermería.
2. Desarrollo de una Auditoría Clínica: se evaluó la situación de partida a través de una encuesta dirigida a médicos y enfermeras, para determinar el grado de conocimientos, actitud y expectativas en el tratamiento del dolor (Tabla I). Asimismo, se consideró la opinión del paciente acerca de cómo se trató su dolor, sus sugerencias y comentarios.
3. Elaboración de la Vía Clínica, para introducir protocolos de analgesia, y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
4. Introducción de escalas para la evaluación del dolor, registros médicos y de enfermería, donde se considere el dolor como la 5ª constante vital, a valorar junto con la tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria.
5. Desarrollar un programa de formación continuada para médicos y enfermeras, con introducción de técnicas de analgesia, sobre todo por vía intravenosa y epidural.
8. Diseñar trípticos de información preoperatoria sobre el tratamiento del dolor para los pacientes y encuestas de satisfacción del trato recibido. En este punto también se debe considerar la posibilidad de que la información mediante trípticos pueda suponer un aumento de sus expectativas de recibir tratamiento e influir en la evaluación posterior del programa mediante la satisfacción, a modo de una minimización del impacto conseguido.
9. Re-auditoría, para evaluar la eficacia del programa.

Para saber la situación de partida desde el punto de vista del paciente, se utilizó la encuesta de dolor de la *American Pain Society* (8), después de traducir, adaptar y validar el cuestionario con un estudio piloto en un grupo control de pacientes. Esta entrevista a pacientes se realizó el día posterior a la cirugía (Tabla II) y con estas encuestas se pudo observar los puntos clave a mejorar y la forma de actuar.

OBJETIVO

El objetivo del estudio consiste en la valoración de la situación actual en el hospital del grado de conocimiento que tienen los profesionales acerca del dolor postoperatorio y de su tratamiento, su satisfacción y sus sugerencias. Asimismo, se investigó la intensidad del dolor experimentado por los pacientes durante las primeras 24 horas del postoperatorio, cómo se trata, su satisfacción y sus sugerencias.

Tabla I. Encuesta a profesionales. Año 2001

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ – MADRID
CUESTIONARIO DOLOR – PARA PROFESIONAL SANITARIO

1. Cargo actual:
 - a) Enfermera/o
 - b) Médico residente _____ (Año)
 - c) Médico de "staff"
2. Servicio:
 - a) Anestesiología-Reanimación
 - b) Cirugía: _____
3. Año de terminación de la:
 - a) Licenciatura/Diplomatura (residentes/enfermería) _____
 - b) Especialidad (médico "staff") _____
4. Atiende enfermos en el postoperatorio:
 - a) Sí, con frecuencia
 - b) Sí, a veces
 - c) No
5. ¿Ha recibido formación sobre manejo del dolor?
 - a) Sí
 - b) No
6. Si ha contestado que sí, esta formación la considera:
 - a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Insuficiente
 - d) Mala
7. ¿Cómo evalúa el dolor?
 - a) Utilizo escalas (analógica visual, numérica...)
 - b) Utilizo cuestionarios prefijados
 - c) No utilizo escalas ni cuestionarios, anoto la queja del paciente.
8. ¿Conoce alguno de estos métodos de evaluación del dolor? (se puede contestar más de una)
 - a) Escala visual analógica
 - b) Escala numérica
 - c) Cuestionario de McGill
 - d) No conozco ninguno de éstos
9. ¿Tiene experiencia en alguno de estos métodos para tratar el dolor? (se puede contestar más de una)
 - a) Anestésicos locales por vía epidural
 - b) Opiáceos por vía epidural
 - c) Analgesia controlada por el paciente (PCA) epidural
 - d) Analgesia controlada por el paciente (PCA) intravenosa
 - e) Infusión continua IV de opiáceos
 - f) No tengo experiencia con ninguno de estos métodos
10. ¿Cómo piensa que se controla en planta el dolor postoperatorio en este hospital?
 - a) Excelente
 - b) Buena
 - c) Aceptable
 - d) Mala
 - e) Muy mala
11. ¿Quién considera que tendría que ser responsable del tratamiento del dolor postoperatorio en una planta de cirugía general?
 - a) Un residente de cirugía
 - b) Un "staff" de cirugía
 - c) Un residente de anestesia
 - d) Un "staff" de anestesia
 - e) Sería conveniente el desarrollo de una unidad responsable del control del dolor, incluyendo varias especialidades de facultativos que se dedican al tratamiento del dolor, así como enfermeras especialmente entrenadas
 - f) Otra opinión: _____
12. ¿Desea hacer alguna sugerencia sobre cómo se podría tratar el dolor agudo postoperatorio en planta en este hospital?

METODOLOGÍA

Previa obtención de la aprobación concedida por la Comisión de Investigación, por el Comité Ético de Investigación Clínica y por la Dirección del Hospital Universitario "La Paz", se realizó un estudio observacional descriptivo, mediante la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a profesionales y a pacientes (Tablas I y II).

Selección de los profesionales

Se entrevistó a 71 médicos, de un total de 75 (cobertura del 93%); a 41 médicos residentes, de un total de 50 (cobertura del 82%), y a 103 enfermeras, de Cirugía General y Cirugía Vascular (cobertura del 100%) durante el mes de julio de 2001. Los parámetros valorados en las encuestas a profesionales fueron datos de filiación y variables cualitativas,

Tabla III. Datos de la historia que registra el entrevistador. Año 2001

**HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ – MADRID
PARA COMPLETAR POR EL ENTREVISTADOR (Datos de la historia):**

1. Paciente: _____

2. Edad: _____ Servicio: _____ Habitación: _____

3. Sexo: a) Hombre b) Mujer

4. Tiempo transcurrido desde la intervención:
Hora de la intervención: _____

5. Procedimiento quirúrgico realizado: _____

6. Tipo de anestesia intraoperatoria (especificar la anestesia)

- General: _____
 - a) Fentanilo (Fentanest®)
 - b) Remifentanilo (Ultiva®)
 - c) Ambos
- Loco-regional:
 - a) Anestésicos locales: _____
 - b) Anestésicos locales & mórficos: _____

7. Tipo de analgesia postoperatoria 24-72 h (especificar el analgésico, la dosis y la pauta)

- Fármaco: _____
 - a) Mórficos
 - b) AINES
 - c) Ambos
 - d) Ninguno
- Pauta
 - a) A demanda
 - b) Pautada

Los parámetros valorados en las encuestas a pacientes fueron los siguientes:

- *Variables cuantitativas:* tiempo transcurrido desde la aparición del dolor; dolor actual, medido por escala; dolor máximo experimentado, medido por escala; nivel de alivio del dolor tras la medicación, medido por escala; tiempo de espera tras demanda de medicación, y tiempo de espera tras demanda analgesia de rescate.
- *Variables cualitativas:* presencia de dolor actual, presencia de dolor en las últimas 24 horas, satisfacción con el tratamiento del dolor por parte de los médicos, satisfacción con el tratamiento del dolor por parte de enfermería, necesidad de otra analgesia de rescate, información preoperatoria sobre qué hacer ante la presencia de dolor, nivel de estudios completado y sugerencias de mejora.

Las variables:

- *Máximo grado de dolor en el postoperatorio*

- *Mínimo grado de dolor en el postoperatorio*

se agruparon en cinco categorías, desde “ningún dolor” hasta “dolor insoportable” (carácter cualitativo ordinal), y, además, a cada una de las cinco se le asignó un intervalo numérico (carácter cuantitativo numérico discreto) según su correspondencia con la escala numérica verbal:

0 = “ningún dolor”

1-2-3 = “dolor leve”

4-5-6 = “dolor moderado”

7-8-9 = “dolor fuerte”

10 = “dolor insoportable”.

También se recogieron datos de filiación del paciente, edad, sexo, tiempo transcurrido desde la intervención en horas, procedimiento quirúrgico realizado, tipo de analgesia intraoperatoria y postoperatoria (Tabla III). El análisis descrip-

tivo se realizó mediante porcentajes. Los datos se registraron en una base del programa informático Access 97. El programa estadístico utilizado para el análisis de los datos fue SPSS.10.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio de las encuestas dirigidas a los médicos, fueron los siguientes:

- La cobertura de médicos entrevistados fue del 93,3% (71 profesionales de un total de 75), obteniendo la siguiente distribución: el 9,9% pertenecían al Servicio de

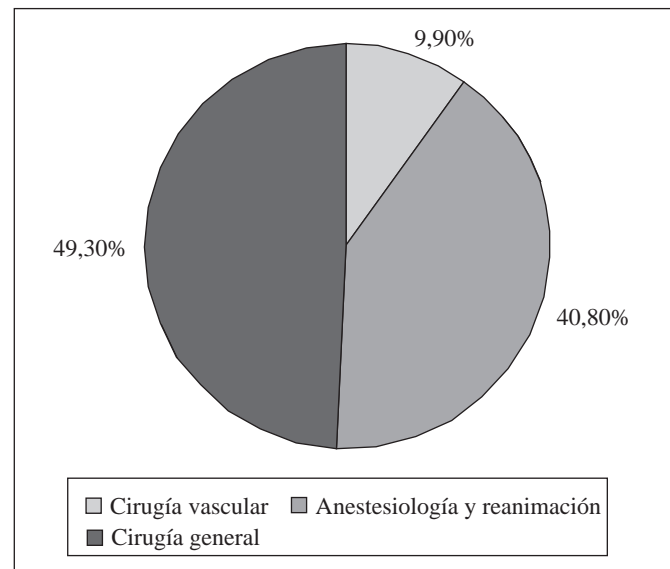


Figura 1. Distribución de médicos entrevistados.

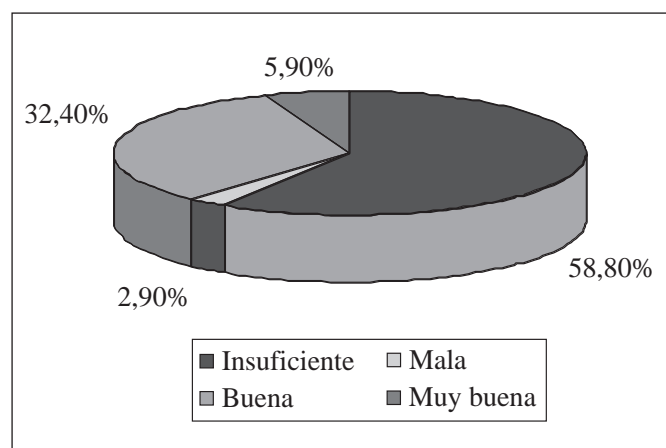


Figura 2. Calidad de la formación recibida.

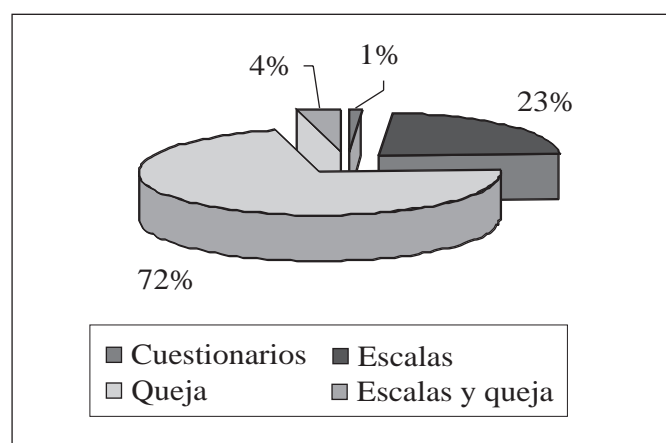


Figura 3. Métodos de evaluación del dolor.

Cirugía Vascular; el 40,8%, al Servicio de Anestesiología y Reanimación, y el 49,3%, al Servicio de Cirugía General (Figura 1).

El 49,3% de médicos habían recibido formación sobre el manejo del dolor. De estos que recibieron formación, un 58,8% la consideró insuficiente; un 2,9%, mala; un 32,4%, buena, y un 5,9%, muy buena (Figura 2).

- Para evaluar el grado de dolor se utilizaban cuestionarios sólo en el 1%; escalas (Escala Numérica Verbal, Escala Visual Analógica), en el 23%; en el 72% se hacía valorando la queja del paciente, y en el 4%, la queja y las escalas (Figura 3). Los anestesiólogos utilizan escalas en un 53,6%, mientras que los cirujanos lo hacen en un 2,7%, utilizando estos últimos la queja del paciente en el 97,3% para evaluar el dolor (Tabla IV). La Escala Numérica Verbal (ENV) es la más conocida por los médicos (94%), seguida de la Escala Visual Analógica (EVA), en un 80%, siendo los anestesiólogos los profesionales que mayormente conocen los métodos de evaluación del dolor (en el 93%).
- El control del dolor se realiza en un 13,8% de forma buena-aceptable para los anestesiólogos, frente a un 76,2% para los cirujanos. Es considerado mal o muy mal tratado por un 86,2% de anestesistas y por un 23,8% de cirujanos (Tabla V).

Tabla IV. Evaluación del dolor según Servicios

	Anestesiólogos	Cirujanos Generales y Vasculares
Escalas	53,6%	2,7%
Queja	46,4%	97,3%

Tabla V. Valoración del control del dolor

Control del dolor	Anestesiólogos	Cirujanos Generales y Vasculares
Bueno	0%	21,4%
Aceptable	13,8%	54,8%
Malo	55,2%	23,8%
Muy malo	31%	0%

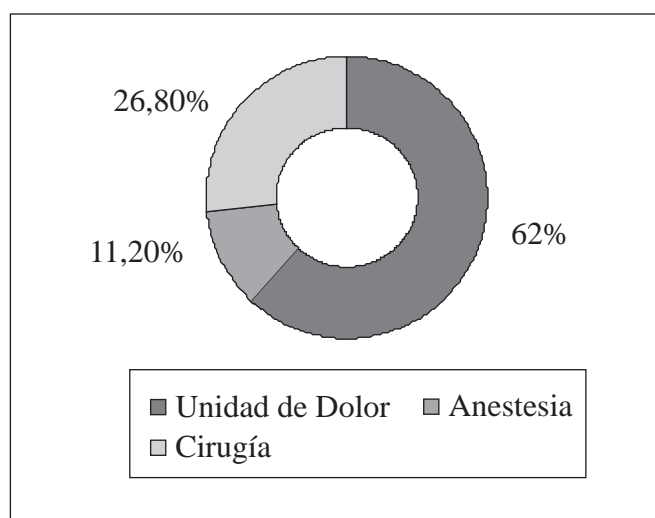


Figura 4. Responsabilidad en el tratamiento del dolor.

- Un 26,8% de entrevistados consideran que el médico responsable del paciente o el cirujano deben ser los responsables del tratamiento. El 11,3% considera que debe serlo el anestesiólogo y el 62%, que debe ser una Unidad específica formada por los Servicios de Anestesia y Reanimación y Cirugía (Figura 4). Un 76% de profesionales propusieron las siguientes sugerencias de mejora (Figura 5):

1. Conocimiento y formación en la atención del dolor postoperatorio: 57,4%.
 - Implantar protocolos y pautas de actuación: 29,7%.
 - Formación del personal: 27,7%.
2. Organización estructural mediante una Unidad con mayores medios materiales y de personal: 55,5%.

Los resultados de la encuesta a pacientes fueron los siguientes:

- Centrándonos en el grupo de dolor previsible fuerte, el 94,4% de los pacientes afirmaron haber tenido dolor en las primeras 24 horas del postoperatorio a pesar del tratamiento, con una duración media de 19 horas de experiencia de dolor, que, valorado mediante la escala numérica, se clasificó en dolor leve-moderado (71,9%) y

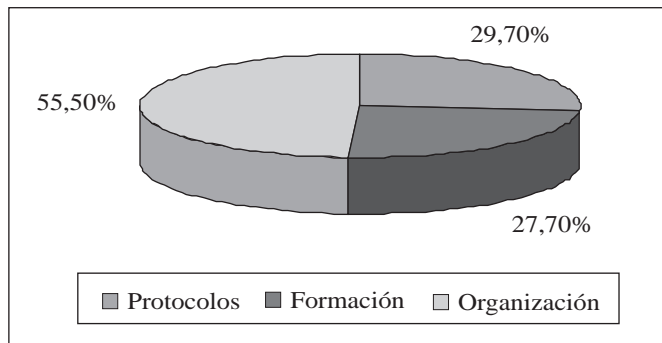


Figura 5. Propuesta de mejora.

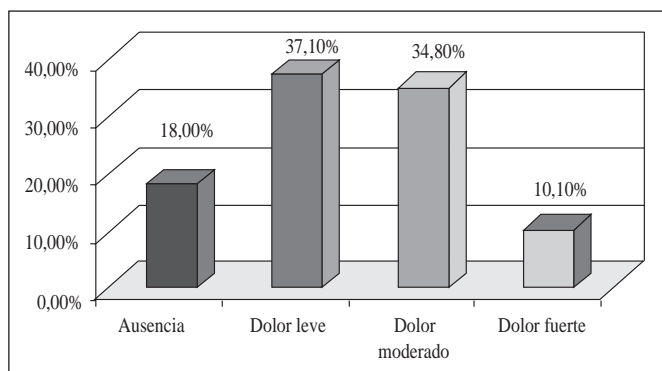


Figura 6. Dolor en reposo a las 24 horas de la cirugía.

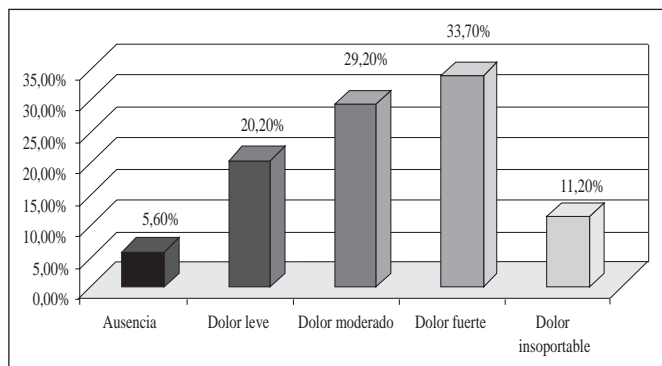


Figura 7. Dolor máximo percibido durante las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato.

dolor fuerte (10,10%) en el momento de realizar la encuesta (Figura 6). En cambio, el dolor máximo percibido en 24 horas alcanza una intensidad fuerte en el 33,70% y de insoportable en el 11,20% (Figura 7).

- Se emplearon para el tratamiento en el 91% de casos antiinflamatorios no esteroideos (AINE); en el 1,1%, opioides, y en el 7,9%, opioides y AINE (Figura 8).
- Es importante destacar que el 37% de los pacientes solicitaron otra dosis de fármaco, por ser insuficiente la previa administrada, y que de éstos, el 33,3% tenían la medicación pautada solamente a demanda. La demora fue de menos de 15 minutos en un 70%, y este intervalo de tiempo es muy importante en la valoración de la calidad asistencial en el tratamiento del dolor.

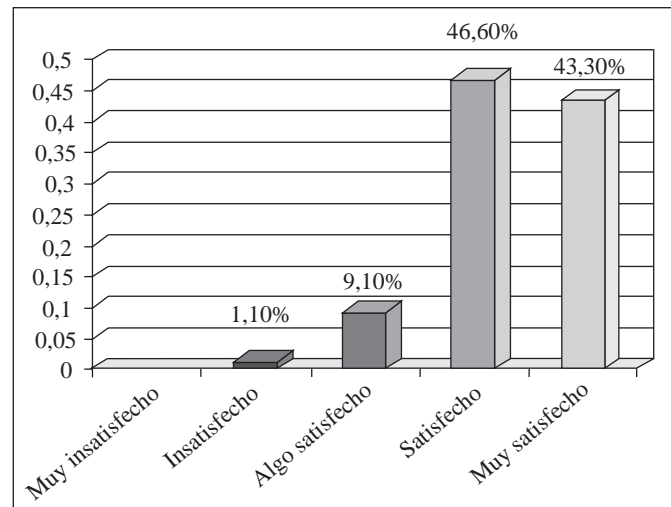


Figura 9. Satisfacción con los profesionales médicos.

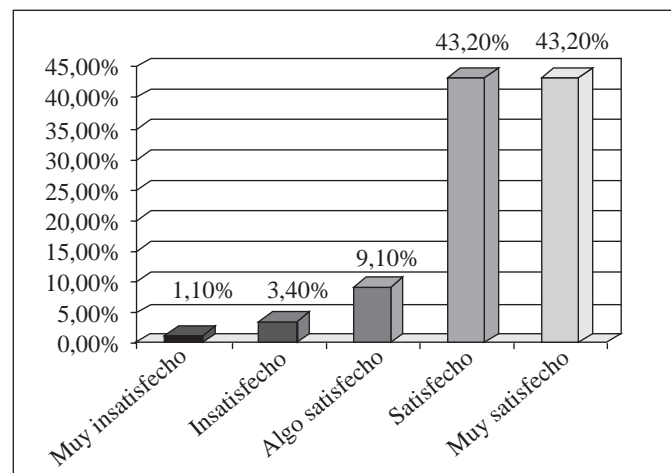


Figura 10. Satisfacción con el personal de enfermería.

- El 91% de los pacientes estaban informados de estar siendo tratados con analgésicos, el 83% fue informado del deber de avisar al personal si sentían dolor, y sólo el 27% fue informado al inicio de la importancia de recibir tratamiento para el dolor.

- La satisfacción del paciente con los profesionales médicos fue del 89,9%, y con el personal de enfermería, del 86,4%, estando la insatisfacción ligada a la demora en la administración de analgesia (Figuras 9 y 10).

Las sugerencias de mejora expresadas en el 22,5% de los pacientes, fueron:

1. Mayor control del dolor mediante medicación pautada, mayor rapidez en la administración, y necesidad de protocolizar el tratamiento desde el quirófano para adelantarse a la aparición del dolor (63,2% de las sugerencias).
2. Demanda de mayor información sobre el tratamiento que recibirán durante su estancia (21% de las sugerencias).
3. Otras (15,8%). En este punto se encuentran sugerencias en cuanto a la atención de los pacientes con dolor en las urgencias (Figura 11).

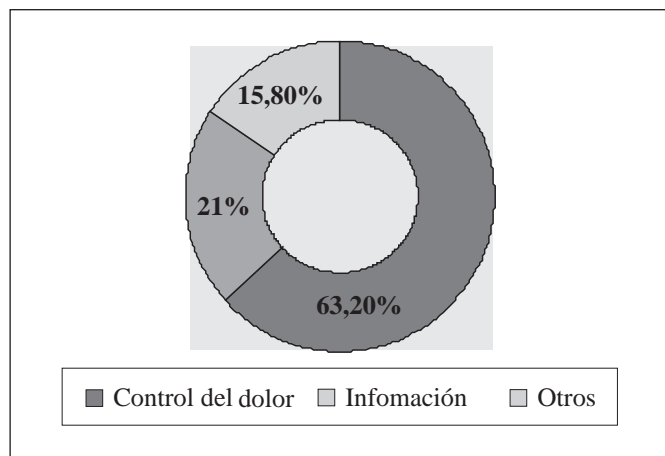


Figura 11. Satisfacción con el personal de enfermería.

DISCUSION

La medida de los resultados nos proporciona los datos necesarios para saber cómo prestamos nuestra asistencia y cuál es la calidad de vida conseguida para los pacientes, su satisfacción y sus expectativas (9). La satisfacción es un fenómeno psicológico complejo que incluye percepciones, evaluación cognitiva y respuesta emocional, que debe medirse mediante cuestionarios validados para obtener resultados significativos (10). El cuestionario requiere varios conceptos, como la satisfacción con la relación médico-paciente y con el proceso a medir (en este caso, el tratamiento del dolor postoperatorio). Los conceptos se miden utilizando escalas con varias opciones. Las cuestiones no pueden ser contestadas por pacientes con dificultades de comunicación, problemas cognitivos y críticamente enfermos. La satisfacción del cirujano con el anestesiólogo se define como la percepción de los cirujanos respecto a la capacidad de los anestesiólogos para conocer sus expectativas clínicas, la comunicación y la relación personal. El tratamiento del dolor es un área de no satisfacción de los cirujanos, lo que justifica la creación de un programa de calidad para lograr su mejora (en el Hospital General "La Paz" sólo un 2,7% de cirujanos empleaban las escalas como método de valoración de la intensidad del dolor). Además, es llamativa la percepción del control del dolor que manifiestan anestesiólogos y cirujanos (Tabla V), que es considerado mal tratado por un 86,2% de los primeros (utilizan mayormente escalas para la valoración), frente a un 23,8% de los segundos (que emplean la queja del paciente en la medición). Esto se explica por la mejor formación en el tratamiento del dolor que reciben los anestesiólogos, dado que este aspecto pertenece al programa docente en esta especialidad.

Es muy importante observar que durante las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato, a pesar de presentar

dolor de intensidad fuerte un 33,7% e insoportable un 11,2% de los pacientes, sólo un 9% fueron tratados con fármacos opioides, recibiendo el resto antiinflamatorios no esteroideos. Se debe al miedo a emplear cloruro mórfico por parte de los profesionales (fármaco indicado según la Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud para tratar el dolor de esta intensidad). Este punto se debe solucionar con una adecuada formación y entrenamiento en técnicas y modos de tratamiento (Figuras 7 y 8). Lógicamente, la intensidad de dolor puntual a las 24 horas del postoperatorio se ve disminuída, con un 71,9% de pacientes que lo definen como leve o moderado. Esto indica que los enfermos no exageran su percepción del dolor (Figura 6).

CONCLUSIONES

Los médicos expresan su necesidad de formación en técnicas de valoración del dolor y en su tratamiento, definen de mal tratado el dolor de los pacientes, sugieren mayor organización y la creación de una Unidad de Dolor que asuma la responsabilidad del tratamiento del dolor postoperatorio. Los pacientes con dolor fuerte en las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato son tratados exclusivamente con AINE, manifiestan su satisfacción con los profesionales médicos y de enfermería que los atienden y sugieren recibir mayor información y control del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Pérez Hernández C, González Martín-Moré F.** *Unidades de dolor agudo postoperatorio y tratamiento del dolor postquirúrgico.* En: De Barutell C, Pérez Hernández C, González Martín-Moré F, Martínez Ripol P: *Analgesia Postoperatoria. Unidades de Dolor Agudo.* Barcelona: Publicaciones Permanyer SL, 2004; 7-20.
2. **Rawal N.** *Analgesia technique and postoperative morbidity.* Eur J Anaesthesiol 1995; 10: S47-52.
3. **Puig MM, Montes A, Marrugat J.** *Management of postoperative pain in Spain.* Acta Anaesthesiol Scand 2001; 45: 465-470.
4. **Nolli M, Apolone G, Nicosia F.** *Postoperative analgesia in Italy. National survey on the anesthetist's beliefs, opinions, behaviour and techniques in postoperative pain control in Italy.* Acta Anaesthesiol Scand 1997; 41:573-580.
5. **Carr DB, Miaskowski C, Dedrick SC, Williams GR.** *Management of perioperative pain in hospitalized patients: a national survey.* J Clin Anesth 1998; 10: 77-85.
6. **Semple P, Jackson IJB.** *Postoperative pain control. A survey of current practice.* Anaesthesia 1991; 46: 1074-1076.
7. **Kuhn S, Cooke K, Collins M, Jones JM, Mucklow JC.** *Perceptions of pain relief after surgery.* Br Med J 1990; 300: 1687-1690.
8. **Ward SE, Gordon D.** *Application of the American Pain Society quality assurance standards.* Pain 1994; 56: 299-306.
9. **Quecedo L, Del Llano J, Martín Hernández G, Carnero T, Roses R, Gilsanz F.** *Herramientas de Gestión Clínica (II): Métodos cualitativos y evaluación económica de tecnologías sanitarias.* Actualizaciones en Anestesia y Reanimación 2001; 11: 159-169.
10. **Lee A, Tong Chui P.** *What outcomes should be measured after anaesthesia?.* Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2001; 15: 531-540.

Protocolo

Higiene del paciente ingresado

S. Fernández, A. Aramendia, A. Cita, M. Nadal, Y. Núñez, A. Salamanca, T. Velasco

Grupo de Trabajo para la Revisión de Protocolos de Enfermería.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las guías constituyen una herramienta útil para garantizar la homogeneidad en las técnicas y cuidados de enfermería. Los continuos cambios tecnológicos y organizativos obligan, además, a que las revisiones de las técnicas sean realizadas con periodicidades cortas para eliminar obsolescencias y adaptarse a nuevas tecnologías y necesidades asistenciales. Sin embargo, en los procedimientos de cuidados es mayor la influencia de factores socioculturales que la de los avances tecnológicos. En este contexto podemos constatar que los cambios habidos en los hábitos y condiciones de higiene han supuesto un aumento en el nivel de los mismos y que, evidentemente, ha modificado también el patrón de higiene en los pacientes ingresados, siendo las necesidades actuales diferentes a las de hace unas décadas.

Sin pretensiones de exhaustividad y de forma esquemática, se pueden describir unas premisas básicas que en la actualidad condicionan los procedimientos de higiene en los centros asistenciales:

- El mayor nivel de higiene en la población implica menor dependencia para realizar las actividades de higiene en los pacientes no incapacitados por la enfermedad de base o por el tratamiento a que son sometidos en el hospital.
- En sentido contrario al apartado anterior, el envejecimiento de la población y la complejidad de los pacientes ingresados ha aumentado el número de pacientes con dependencia parcial o total para las actividades de higiene.
- Los modelos de cuidados tienden a fomentar la autoestima y la independencia de las personas, potenciando los autocuidados y la participación familiar. Como consecuencia, los profesionales tienen que asumir mayor protagonismo como educadores del paciente y familia, prestando especial atención a la figura del cuidador principal.
- Los centros disponen de mejores instalaciones y recursos de materiales, que facilitan la realización de las tareas de higiene a los pacientes. La cantidad y diversidad de material disponible es un claro exponente de estas mejoras.
- Reducción de la población con niveles bajos de higiene a núcleos marginales, aunque persistentes, y que requieren pautas de actuación concretas y adaptadas a cada situación. El aumento de inmigración es uno de los elementos a tener en cuenta, ya que existen colectivos con hábitos higiénicos muy distintos a los nuestros.

El contexto del protocolo que nos ocupa es el de un hospital médico quirúrgico, urbano, en el que el nivel de dependencia de los pacientes es heterogéneo y con una edad media elevada (>60 años). La redacción se ha hecho de forma muy esquemática y adaptada al tipo de recursos del centro, con el objetivo de que sea aplicable a la práctica totalidad de pacientes ingresados. Incluye 9 subapartados: Baño del paciente en cama, Ducha del paciente no encamado, Lavado de cabeza del paciente en cama, Higiene de genitales, Higiene de la boca, Higiene de los ojos en pacientes inconscientes, Higiene de las fosas nasales en pacientes con sonda nasogástrica, Higiene de las uñas e Higiene del paciente con pediculosis. Excepto en la Ducha del paciente no encamado y en la Higiene del paciente con pediculosis, en los que se dan recomendaciones básicas, en los demás casos se ha procurado mantener una estructura homogénea, en la que los dos primeros apartados (Definición y Objetivos) y los dos últimos (Puesta en orden y Registro) son los únicos que se mantienen completamente iguales para todos los procedimientos.

Se trata de un protocolo sin pretensiones de generalización, cuya publicación puede aportar una referencia más a quienes estén interesados en el tema, y que está abierto a sugerencias y aportaciones que, de producirse, podrían contribuir a que se le diera forma de protocolo de nuestra Sociedad.

Por último, señalar que entre las referencias bibliográficas recogidas merece especial atención el primer artículo citado, dada la escasez de publicaciones sobre el tema. El resto de citas hacen referencia a manuales de otros centros que fueron utilizados como material de trabajo para la revisión del protocolo.

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

OBJETIVOS

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente.
- Reducir la colonización bacteriana y prevenir lesiones de piel y mucosas.

1. Baño del paciente en cama

Precauciones

- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.
- Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.

Material

- Palangana con agua templada.
- Esponjas desechables con y sin jabón.
- Toalla.
- Guantes desechables.
- Crema hidratante.
- Ropa limpia para paciente y cama.

Preparación del paciente

- Informarle del procedimiento a realizar.
- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en la posición adecuada.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.

Preparación del personal

- Lavado higiénico de manos.
- Guantes desechables.

Técnica

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente. Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias:
 - Cara (sólo con agua), orejas y cuello.
 - Extremidades superiores, tórax y axilas, con especial atención a axilas, región submamaria y espacios interdigitales.
 - Abdomen y extremidades inferiores, insistiendo en las áreas umbilical, inguinal, hueco poplíteo y espacios interdigitales.
 - Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné, sin retroceder. Desechar la esponja.
 - Continuar con una esponja nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana baxera longitudinalmente hacia el centro de la cama e ir la sustituyendo progresivamente por la limpia.
- Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción.
- Terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle. En los pacientes con vía venosa periférica, al quitar el pijama o camisón, sacar primero la manga en que no tiene la vía y al ponerlo, al contrario, comenzar por la manga en que esté la vía.

Recomendaciones

- Valorar el estado de la piel durante la ejecución del procedimiento.
- Cambiar agua y esponjas tantas veces como sea necesario, especialmente para el lavado de genitales y periné.
- Garantizar un aclarado y secado minuciosos, para disminuir el riesgo de dermatitis. Para el secado, utilizar toallas limpias y poner especial cuidado en pliegues cutáneos.
- La utilización de doble recipiente, uno para el agua jabonosa y otro para el agua de aclarado, está indicada al menos en pacientes críticos o con riesgos específicos (UCI, pacientes en aislamiento cutáneo, etc.).
- Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- La ropa sucia, colocarla directamente en la bolsa, no dejándola nunca en el suelo ni sobre el mobiliario.
- Seguir las recomendaciones específicas establecidas para situaciones especiales (aislamientos, cuidados prequirúrgicos, etc.).
- Evitar que el procedimiento se prolongue innecesariamente.

2. Ducha del paciente no encamado

- Valorar el grado de dependencia del paciente, para facilitarle la ayuda o supervisión durante el procedimiento.
- Recomendarle medidas de seguridad, para prevenir caídas accidentales y recordarle la existencia del timbre por si precisa solicitar ayuda.
- Facilitarle el material necesario y comprobar que la ducha está en las debidas condiciones de higiene y seguridad.

3.- Lavado de cabeza del paciente en cama

Precauciones

- Colocar tapones de algodón en los oídos.
- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.

Material

- Guantes desechables.
- Lavabo portátil o taburete, palangana y hule (o plástico).
- Jarro con agua templada.
- Toallas y entremetida.
- Champú o jabón líquido.
- Tapones para los oídos (o bolitas de algodón).
- Secador si es necesario.

Preparación del personal

- Lavado higiénico de manos.
- Guantes desechables.

Preparación del paciente

- Informarle de la técnica a realizar.
- Adecuar la altura de la cama y retirar el cabecero y la almohada.
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión al borde de la cabecera de la cama.

Técnica

- Desnudar al paciente, si fuera necesario, de cintura para arriba y cubrirle con una sábana o entremetida.

- Colocar el lavabo portátil por debajo del cuello y cabeza del paciente (en ausencia de lavabo, extender un hule desde la espalda del paciente hasta el interior de la palangana. Procurar que los laterales del hule queden algo elevados, para que el agua escurra hacia la palangana).
- Colocar también una toalla o entremetida entre el hule y la espalda y cuello del paciente, para evitar que se moje el cuerpo.
- Preparar el resto de material al lado de la cama sobre una mesita auxiliar.
- Echar poco a poco agua sobre la cabeza hasta que se empape todo el cabello.
- Escurrir el cabello y aplicar el champú o jabón, friccioneando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- Aclarar y efectuar un segundo lavado.
- Para secar, envolver el cabello en una toalla y utilizar un secador si es necesario.

Recomendaciones

- Realizar el procedimiento, al menos, una vez por semana, preferentemente coincidiendo con la higiene diaria del paciente.
- Evitar que se moje la cama y que el procedimiento se prolongue innecesariamente.
- Seguir las recomendaciones específicas de los pacientes en aislamiento.

4. Higiene de genitales

Preparación del personal

- Lavado higiénico de manos.
- Guantes desechables.

Preparación del paciente

- Informarle de la técnica a realizar.
- Colocarle en decúbito supino con las rodillas flexionadas y en rotación externa.
- Adecuar la altura de la cama.

Material

- Guantes desechables.
- Esponjas desechables con y sin jabón.
- Cuña.
- Palangana o jarro con agua templada.
- Toalla limpia.
- Gasas y antiséptico para mucosas si se precisan.

Técnica en mujeres

- Colocar la cuña.
- Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario.
- Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón. Secar.

Técnica en varones

- Colocar la cuña.
- Lavar los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial.

- Aclarar hasta eliminar todo resto de jabón. Secar.
- Colocar el prepucio, para evitar edema de glande o parafimosis.

Recomendaciones

- Mantener la intimidad del paciente y comprobar que la ropa de cama no queda mojada ni con arrugas.
- Aplicar antiséptico para mucosas (solución acuosa de clorhexidina) si se va a realizar a continuación algún procedimiento genitourinario en que esté indicado (sondaje vesical, cistoscopia, etc.).

5. Higiene de la boca

Precauciones

- Realizar la técnica con suavidad, para no producir lesiones en encías y mucosas.
- Evitar maniobras que puedan provocar náuseas al paciente.

Material

- Guantes desechables.
- Pinzas Pean o Kocher.
- Vaso.
- Antiséptico bucal (hexetidina o clorhexidina).
- Vaselina.
- Gasas o torundas.

Preparación del paciente

- Informarle del procedimiento a realizar.
- Si el paciente está capacitado, facilitarle el material necesario para que él mismo colabore o realice la limpieza bucal.
- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en posición correcta (semisentado o decúbito lateral, si no puede incorporarse).

Preparación del personal

- Lavado higiénico de manos.
- Guantes desechables.

Técnica

- Preparar en el vaso la solución antiséptica bucal.
- Si el paciente lleva prótesis dental extraíble, retirarla para realizar la limpieza bucal.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- Con las pinzas, preparar una torunda e impregnarla en la solución antiséptica, procediendo a continuación a la limpieza del interior de la boca (paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes). Cambiar de torunda cuantas veces sea necesario.
- Secar labios y zona peribucal, lubricando a continuación los labios con vaselina.
- Prótesis dentales extraíbles:
 - Lavar utilizando un cepillo adecuado.
 - Desinfectar, sumergiéndolas durante 10-15 minutos en una solución de clorhexidina acuosa o hexetidina.

– Aclararlas con agua antes de colocárselas nuevamente al paciente. Si no se le colocan al paciente, secarlas y guardarlas en el contenedor de prótesis dental.

- Retirar todo el material y colocar al paciente en posición cómoda.

6. Higiene de los ojos en pacientes inconscientes

Precauciones

- Al realizar el procedimiento, no rozar la conjuntiva para evitar úlceras y lesiones corneales.
- En los pacientes en coma o sin reflejo palpebral, asegurarse de que los párpados no permanezcan abiertos, para evitar sequedad de la conjuntiva y prevenir úlceras corneales, utilizando, si es preciso, una gasa impregnada en suero fisiológico.

Material

- Guantes desechables.
- Toalla.
- Suero fisiológico en envase plástico monodosis.
- Gasas.
- Pomada epitelizante.

Preparación del paciente

- Adecuar la altura de la cama.
- Posición en decúbito supino.
- Paño o toalla alrededor de cara y cuello.

Preparación del personal

- Lavado de manos.
- Guantes desechables.

Técnica

- Abrir el envase del suero.
- Separar los párpados con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra mano aplicar el suero en el lado opuesto al conducto lacrimal.
- Cerrar y abrir los párpados suavemente y repetir el lavado las veces necesarias. Ayudarse de una gasa, si es preciso, para eliminar secreciones y suciedad en bordes y ángulos palpebrales.
- Secar la región periocular con una gasa.
- Aplicar pomada epitelizante en borde interno del párpado inferior, evitando que el dispensador roce la mucosa palpebral o conjuntiva.
- Repetir el procedimiento en el otro ojo, cambiándose previamente de guantes y utilizando material nuevo.

7. Higiene de las fosas nasales en pacientes con sonda nasogastrica

Precauciones

- Realizar todas las maniobras con suavidad, para evitar lesiones en la mucosa.
- Al fijar la sonda, evitar que ésta se apoye en el ala de la nariz y rotar la posición de la sonda y esparadrapo, para evitar lesiones dérmicas.

Material

- Guantes.
- Equipo de aspiración con sonda desechable.
- Bastoncillos de algodón.
- Gasas o pañuelos de celulosa.
- Jeringa desechable de 10 ml.
- Suero fisiológico en envases monodosis.
- Esparadrapo hipoalérgico.

Preparación del paciente

- Informarle de la técnica a realizar.
- Adecuar la altura de la cama y colocarle en la posición adecuada (semisentado o decúbito lateral si no puede incorporarse).

Preparación del personal

- Lavado de manos.
- Guantes desechables.

Técnica

- Aspiración de secreciones, si precisa, con sonda y equipo de aspiración.
- Retirar los esparadrapos de fijación de la sonda.
- Limpiar la fosa nasal con hisopo o torunda impregnada en suero salino, con ligeros movimientos de arriba abajo y de dentro afuera. Limpiar también la superficie externa de la sonda con una gasa.
- Si es necesario, efectuar lavados con suero fisiológico, utilizando la jeringa.
- Secar con gasas o pañuelo de celulosa la zona perinasal y la superficie externa de la sonda.
- Volver a fijar la sonda con el esparadrapo, rotando el punto de fijación.

8. Higiene de las uñas

Precauciones

- Manejar las tijeras o alicates cuidadosamente, para evitar cortes y lesiones.

Material

- Guantes.
- Palangana con agua templada jabonosa o compresas húmedas.
- Alicates o tijeras de uñas.
- Gasas o torunda de algodón.
- Cepillo de uñas.
- Quitaesmaltes, si se precisa.
- Toalla.

Preparación del paciente

- Informar de la técnica a realizar.
- Posición adecuada.

Preparación del personal

- Lavado de manos.
- Guantes desechables.
- Posición cómoda y ergonómica.

Técnica

- Si el paciente lleva laca o esmalte de uñas, retirarlos con un algodón impregnado en el quitaesmalte.
- Poner manos y/o pies del paciente a remojar en la palangana con el agua jabonosa. Si esto no fuera posible, aplicar compresas húmedas.
- Si es necesario, limpiarlas con cepillo. Secar.
- Cortar las uñas de las manos en forma ovalada y las de los pies en línea recta.
- Dar crema hidratante en manos y/o pies.

9. Higiene del paciente con pediculosis: normas a seguir durante el tratamiento

- Higiene diaria del paciente, según protocolos de higiene descritos anteriormente.
- Seguir las instrucciones del producto utilizado para el tratamiento.
- En el cambio diario de ropa del paciente y de la cama, introducir directamente la ropa usada en la bolsa y cerrar ésta inmediatamente.
- Al finalizar, limpiar y desinfectar las palanganas con una solución de lejía en agua al 1/10 (1 parte de lejía de 40 g y 9 partes de agua).
- Adoptar las precauciones necesarias para evitar la transmisión a otros pacientes. Es recomendable el aislamiento del paciente durante 24 horas desde que se inicia el tratamiento.

PUESTA EN ORDEN

- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en posición cómoda y segura.
- En el lavado de cabeza, poner el pijama o camisón al paciente y volver a colocar el cabecero de la cama en su sitio.
- Lavar con agua y detergente el instrumental utilizado (pinzas, alicates, tijeras...) y desinfectarlo si está indicado, sumergiéndolos en desinfectante para instrumental durante 15-20 minutos. Aclarar y guardar en seco.
- Recoger todo el material utilizado, quitarse los guantes y lavarse las manos.

REGISTRO

- Anotar la realización del procedimiento en la Hoja de Planificación y Ejecución de Cuidados.
- El estado de la piel y cualquier otra incidencia se anotará en la Hoja de Evolución de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Pérez IM, Muñoz MJ, Pérez A.** Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. *Enfermería Clínica* 2002; 12(3): 127-132.
2. **Barceló MA, Miró M, Martín A.** Higiene corporal de la persona encamada. *Metas de Enfermería* 2003; 53: 18-22.
3. Manual de prevención de infecciones. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid, 2004.
4. Guía de Higiene Hospitalaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, 2004.
5. Guía para la prevención y control de la infección en el hospital. Comisión de Infecciones. Hospital La Paz. Madrid, 2003.
6. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Reina Sofía. Córdoba, 2001.



Revisión

Prevención de los procesos infecciosos en la asplenia funcional o anatómica

G. Ariza, M. Grande, J. García

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Los pacientes con asplenia funcional o anatómica presentan un mayor riesgo de sepsis. Mediante una revisión bibliográfica se han sintetizado las actividades preventivas que en el momento actual son desarrolladas, a fin de reducir el riesgo de procesos infecciosos graves en estos pacientes, subrayando la importancia de la educación del paciente junto con las medidas inmunoproliféricas frente al *S. pneumoniae*, *H. influenzae B*, *N. meningitidis* y virus *Influenza*.

Palabras clave: asplenia, hipoesplenismo, esplenectomía, infección, sepsis, inmunoprolifaxis, educación.

ABSTRACT

Patients who suffer functional or anatomic asplenia have an increased risk of sepsis.

We have summarise through bibliographic revision, the options for prevention of life-threatening infections in patients with functional or anatomic asplenia, making emphasize in the importance of patient education and immunoprophylactic actions against *S. pneumoniae*, *H. influenzae B*, *N. meningitidis* and *Influenza*.

Key words: asplenia, hyposplenism, splenectomy, infection, sepsis, immunoprophylaxis, education.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se conoce que la ausencia o hipofunción del bazo representa un riesgo añadido para el desarrollo de sepsis fulminante. Ya en 1952 este problema quedó planteado por King & Schumacker con la publicación de una serie de 5 casos de sepsis en niños esplenectomizados por esferocitosis. Desde entonces, numerosos estudios han evidenciado la epidemiología de lo que en la literatura inglesa se denomina "*Overwhelming Postsplenectomy Syndrome*" y que nosotros referiremos como Sepsis Postesplenectomía (SPE).

También disponemos de suficientes conocimientos sobre las medidas de prevención de la SPE; sin embargo, a pesar de que las consecuencias infecciosas de la esplenectomía son bien conocidas, existe una gran variabilidad, cuando no ausencia, en las prácticas preventivas dirigidas a estos pacientes (1, 2).

Esta variabilidad en la práctica clínica deriva tanto de una inconsistencia de los estudios, como de una falta de actualización de los conocimientos.

El gran número de personas con asplenia funcional o anatómica refleja la importancia de este problema.

El **objetivo** de esta revisión es sintetizar en un documento las actitudes preventivas que en el momento actual, y según la Práctica Basada en la Evidencia, sean efectivas en la reducción del riesgo de procesos infecciosos graves en pacientes con asplenia funcional o anatómica, lo que englobaremos con el término "asplenios" a lo largo del texto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de artículos publicados en relación a la epidemiología y medidas preventivas en pacientes asplenios.

Para ello se han utilizado las siguientes fuentes de datos: base de datos MEDLINE, así como los buscadores SUMSEARCH (COCHRANE, MEDLINE) y GOOGLE.

Como estrategia de búsqueda se utilizó el tesoro de las bases de datos consultadas para encontrar los descriptores que mejor representaban nuestro objetivo, además, se utilizaron palabras clave en lenguaje libre.

No se realizaron restricciones por año o tipo de publicación.

RESULTADOS

Justificación de una intervención específica en pacientes "asplenios"

La justificación de una intervención específica en estos pacientes viene dada tanto por la existencia de un riesgo como de medidas protectoras eficaces frente al mismo.

A.- Personas en riesgo (3):

El gran número de asplenios sugiere la importancia de este problema, que puede alcanzar, según estudios basados en la detección de cuerpos de Howell-Jolly, hasta prevalencias del 0,5% (4).

Las causas de asplenia pueden englobarse en los siguientes grupos:

Asplenia congénita: frecuentemente asociada a malformaciones cardíacas y atresia biliar, por lo que la supervivencia de estos pacientes no supera el primer año de vida en el 95% de los casos.

Esplenectomía: la indicación más frecuente es la rotura esplénica traumática o iatrogénica.

Existe un elevado número de causas hematológicas, inmunológicas y congestivas de esplenomegalia, en las que la esplenectomía permite corregir las citopenias.

Hipoesplenismo funcional: puede ser secundario a una numerosa variedad de patologías gastrointestinales, inmunológicas, inflamatorias (lupus eritematoso congénito, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, dermatitis herpética, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaca), infiltrativas y hematológicas.

B.- Riesgo (Pérdida Potencial Evaluada)

La **Sepsis Postesplenectomía (SPE)** es la mayor amenaza a largo plazo para los pacientes esplenectomizados o con asplenia funcional. Diamond la describió en 1969 como “infección de curso rápido y fulminante, sin foco séptico definido, manifestada como bacteriemia, neumonía o meningitis y coagulopatía”.

La mayoría de las infecciones importantes en estos pacientes son debidas a bacterias encapsuladas, siendo, por orden de frecuencia:

- *S. pneumoniae*. 50-90% de los casos de SPE (5, 6) con una letalidad del 57,6%.
- *Haemophilus influenza* tipo B. Aproximadamente el 7% de los casos (5, 6) con una letalidad del 31%. El 86% de los casos se da en niños menores de 15 años (5, 6).
- Meningococo. 4% de los casos con una letalidad del 7-19% (6).
- Otros estreptococos. 4% de los casos.
- Bacilos gram negativos (*Capnocytophaga canimorsus*, *Enterobacterias*, *Pseudomona*). 10% de los casos.
- Otros: malaria, babesiosis, virus (*Influenza*, CMV, Herpes) (7).

El riesgo de padecer SPE es bajo, pero, sin duda, superior a la población semejante no esplenectomizada. En este grupo de enfermos, el riesgo de sepsis fulminante es de 0,18 a 0,42 (8, 9) casos por cada 100 pacientes/año.

Actúan como factores predisponentes: la edad temprana (en los niños, según los estudios, aumenta el riesgo hasta cuatro veces) (10), las secundarias a patología hematológica o que se dan en el contexto de alteraciones de la inmunidad celular (Hodgkin, quimioterapia, etc.) y el tiempo transcurrido desde la esplenectomía (el 90% de los casos ocurren en los 10 primeros años) persistiendo el riesgo a lo largo de toda la vida (5, 11-13).

Según los estudios publicados, a pesar de una intervención y soporte terapéutico adecuados, la **mortalidad** de la SPE varía entre el 50 y el 70% (1, 5) en función del estudio y causa subyacente, ocurriendo generalmente en las primeras 48 horas tras el inicio del episodio (13). Estudios más recientes sugieren que esta mortalidad puede ser reducida hasta un 10% con una atención médica precoz (14).

Aunque se han identificado diversos factores de riesgo, hoy día no disponemos de un marcador eficaz que nos distinga el pequeño grupo de pacientes que padecerán SPE del grupo mayoritario que no desarrolla problemas infecciosos de relevancia.

C. Reducción del riesgo (efectividad de las medidas de protección)

Entre las medidas preventivas que han demostrado ser efectivas en la reducción del riesgo de sepsis en este grupo de pacientes, destacan las medidas educativas e inmunoprolácticas.

1. Educación al paciente

La educación al paciente esplenectomizado sobre su patología debe lograr fomentar su autonomía y lograr una vía de comunicación más eficaz con los profesionales sanitarios.

Esta es una oportunidad de mejora, como muestran los estudios que reflejan que del 11 al 50% de estos pacientes no son conscientes del riesgo añadido que supone su situación, ni de las precauciones que deben tomar para prevenirlo (15, 16).

Una aproximación a la efectividad de la educación al paciente esplenectomizado la encontramos en un estudio recientemente publicado en el que a través de una encuesta estructurada se valora el grado de conocimiento de estos pacientes sobre el riesgo y las medidas preventivas frente a la SPE. El resultado compara la prevalencia de SPE en un grupo de pacientes “con alto grado de conocimiento” (1,4%) frente a un grupo de “bajo grado de conocimiento” (16,5%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (17).

2. Inmunoprofilaxis

Con la reciente aparición de vacunas conjugadas, la vacunación en el paciente esplenectomizado pasa a representar una estrategia muy eficaz frente a la SPE.

- Vacuna *S. pneumoniae*. Disponemos de dos vacunas anti-neumocócicas:
 - La *vacuna polisacárida 23-valente* cubre el 90% de las cepas causantes de enfermedad invasiva. En niños menores de 2 años no es inmunogénica y entre los 2 y 5 años la respuesta es escasa. Su eficacia protectora en pacientes asplénicos es del 77% (IC95% 14-95) (18). No induce memoria inmune y los títulos de anticuerpos disminuyen con el tiempo (hasta el 71% en 2 años tras la esplenectomía) (19).
 - La *vacuna heptavalente* cubre el 80% de los serotipos que causan enfermedad invasiva en España. La eficacia a partir de los 2 meses de edad en niños sanos, para los serotipos incluidos, es del 97% (IC95% 82,7-99,9) y para todos los serotipos, del 89,1% (IC95% 73,3-95,8) (20). Induce memoria inmunológica y disminuye la colonización nasofaríngea por cepas neumocócicas (21, 22).
- Vacuna *Haemophilus influenza* tipo B. En niños vacunados a partir de los dos meses de edad se observa una inmunidad protectora a largo plazo en más del 90% de los casos. El 96% de los adultos tienen niveles protectores de anticuerpos (23).
- Vacuna *Meningococo*. Disponemos de vacunas conjugadas y polisacáridas:
 - La *vacuna C conjugada* presenta una tasa de seroconversión del 98% tras 3 dosis en niños sanos. Es protectora en niños menores de 2 años (anticuerpos protectores en el 78%, IC95% 72-83%). En niños mayores y adultos sanos, una sola dosis es protectora.
 - Las *vacunas A+C* y *A, C, W, Y135* han sido sustituidas de forma general por las vacunas conjugadas, sólo estarían indicadas en caso de que exista riesgo de infección por

serotipos incluidos distintos al C. Su eficacia frente al Meningococo C en mayores de 5 años es del 85%, en menores de 5 del 70% (IC95% 5-91%), disminuyendo la eficacia protectora a partir del tercer año desde la aplicación. No produce memoria inmunológica.

- *Vacuna Virus Influenza*. La efectividad de la vacuna varía cada año dependiendo del grado de similitud entre las cepas de virus incluidas en la vacuna y las cepas circulantes durante la temporada, oscilando entre un 40-60% si la correlación es baja y 70-90%, si es alta. Su importancia radica en la acción protectora frente al riesgo añadido que supone la gripe para el desarrollo de sobreinfecciones bacterianas.

3. Otras medidas: quimioprofilaxis

Hay autores que recomiendan la utilización de antibióticos con carácter profiláctico, especialmente en niños durante los tres años que siguen a la esplenectomía. No disponemos de evidencias que sustenten o rebatan la efectividad de esta medida, sin embargo, la administración crónica de antimicrobianos tiene el riesgo de inducir resistencias, y la experiencia con la fiebre reumática demuestra que el cumplimiento es bajo (24).

Con la verificación del riesgo y la efectividad de las medidas de protección, se propone lo siguiente:

Estrategias de protección

En 2002, el *British Committee for Standards in Haematology* (BCSH) actualizó su “Guía para la prevención y tratamiento de la infección en pacientes «asplénicos»”. Sus recomendaciones quedan recogidas a continuación, junto a su nivel de evidencia (E: Nivel Evidencia de las Recomendaciones. I: Ensayo Clínicos aleatorizados; II: Estudios clínicos no aleatorizados; III: Comités de expertos) (25, 26).

1. Educación al paciente (17)

El paciente esplenectomizado debe conocer (II, III):

- su mayor susceptibilidad a ciertas infecciones
- que la infección puede desarrollarse rápidamente y ser de mayor gravedad, de ahí la importancia de acudir al médico ante aparición de sintomatología infecciosa (fiebre) y en caso de mordedura de animal
- que el riesgo de infección se mantiene durante toda la vida, siendo mayor durante los primeros años
- debe comunicar a los médicos que le atiendan su situación, independientemente del tiempo transcurrido desde la esplenectomía
- debe llevar un distintivo (pulsera, colgante...) alertando sobre su condición.

2. Inmunoprofilaxis

El calendario vacunal del paciente debe estar actualizado y bien documentado (III).

Las recomendaciones específicas quedan reflejadas en la Tabla I.

Adaptación a nuestro medio

1. Educación para la salud

La educación del paciente asplénico es una medida sencilla y de gran impacto en la prevención de la SPE, que garantiza la continuidad de sus cuidados a lo largo de su vida. Así, debe lograr que el paciente tenga siempre presente su mayor susceptibilidad a ciertas infecciones durante toda su vida, la necesidad de informar sobre su situación al personal sanitario que le atienda y la importancia de llevar un distintivo que alerte sobre su condición.

Tabla I.

VACUNA	CUÁNDO	REVACUNACIÓN	COMENTARIOS	E
Pneumococo polivalente	2 sem pre-esplenec. Si no posible: 2 sem post-esplenec	5 años	Todos los mayores de 2 años. Monitorización de los niveles de anticuerpos*	II, III
<i>Haemophilus influenza</i> B conjugada		No evidencias que lo recomienden	Utilizar en pctes no previamente vacunados	II, III
Meningococo C conjugada		No está contraindicada la revacunación con vacuna polivalente en caso de que sea necesario	Utilizar en pctes no previamente inmunizados	III
Meningococo: – A y C – A, C, W, Y135		Revacunac. con conjugada si previamente bi/tetravalente (booster)	Utilizar en situaciones de riesgo (epidemias, viajes) para aumentar la cobertura	III
Vacuna del Influenza	Tan pronto como sea posible, antes o después de esplenectomía	Anual		III

* En algunos casos de trastorno hematológico puede decidirse la frecuencia de revacunación en base a los niveles de anticuerpos (III).
Tabla adaptada de “Update guidelines for the prevention and treatment of infection in patients with an absent or dysfunctional spleen” del British Committee for Standards Haematology. 2002

2. *Inmunoprofilaxis*

Antineumocócica

Dada la eficacia de la vacuna conjugada heptavalente y el riesgo para la SPE, recomendamos su utilización, coincidiendo con las recomendaciones del Consejo Interterritorial, en niños asplénicos de 2 a 23 meses. En los mayores de 23 meses recomendamos valorar individualmente la utilización de esta vacuna y/o la 23-valente (acordes con la Asociación Española de Pediatría).

La vacuna polisacárida 23-valente está indicada en pacientes asplénicos mayores de dos años. La revacunación es aconsejada en los pacientes asplénicos si han transcurrido más de 5 años tras la 1ª dosis, o tras 3 años en caso de menores de 11 años en el momento de la revacunación (27, 28)

Antimeningocócica C Conjugada

Desde 2002 se encuentra incluida en el Calendario de vacunación infantil español.

Dada su eficacia y el riesgo de SPE, se recomienda una dosis única en pacientes asplénicos.

Conjugada Anti-Haemophilus influenzae tipo B

Se encuentra incluida en el Calendario de vacunación infantil español.

Algunas organizaciones de nuestro medio recomiendan también una dosis única en adultos asplénicos no inmunizados previamente (29).

Vacuna influenza

Recomendada la vacunación anual de todos los pacientes por el riesgo añadido de sobreinfección bacteriana.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Waghorn DJ.** *Overwhelming infection in asplenic patients: current best practice preventive measure are not being followed.* J Clin Pathol 2001; 54:214-218.
2. **Shatz DV.** *Vaccination practices among North American trauma surgeons in splenectomy for trauma.* 2002 Nov; 53(5):950-6.
3. **Brigden, Malcom L, et al.** *Prevention and management of overwhelming postsplenectomy infection-An update.* Crit Care Med 1999; 27 (4): 836-42.
4. **Brigden ML.** *Preventing postsplenectomy sepsis.* Can Med Assoc J 1984; 130:134.
5. **Styrt B.** *Infection associated with asplenia. Risk, mechanisms and prevention.* Am J Med 1990; 88:5.
6. **Holdsworth RJ.** *Postsplenectomy sepsis and its mortality rate: actual versus perceived risks.* 1991; 78:1031-1038.
7. **Getzinger J.** William Beaumont Hospital. Royal Oak, MI.
8. **Schwartz PE et al.** *Postsplenectomy sepsis and mortality in adults.* JAMA 1982; 248:2279-83.
9. **Cullingford GL.** *Severe late postsplenectomy infection.* BR J Surg 1991; 78:716-21.

10. **Chaikof EL.** *Fatal overwhelming postsplenectomy infection.* Am J Surg 1985 Apr; 149(4):534-9.

11. **Mandell, Douglas and Bennett.** *Principles and practice of infectious Diseases.* 5th Edition. Pag 3172.

12. **Holdsworth RJ.** *Postsplenectomy sepsis and its mortality rate: actual versus perceived risks.* 1991; 78:1031-1038.

13. **Waghorn DJ et al.** *A study of 42 episodes of overwhelming post-splenectomy infection: is current guidance for asplenic individuals being followed?* J Infect 1997; 35:289-94.

14. **Lortan JE.** *Management of asplenic patients.* Br J Haematol 1993; 84:566-9.

15. **White KS.** *Patient awareness of health precautions after splenectomy.* Am J Infect Control 1991; 19:36-41.

16. **Kinnersley P.** *Pneumococcal vaccination after splenectomy: Survey hospital and primary care records.* BMJ 1993; 307:1398-99.

17. **Mohsen.** *Overwhelming postsplenectomy infection: is quality of patient knowledge enough for prevention?.* The Haematology Journal 2004; 5:77-88.

18. **Butler JC et al.** *Pneumococcal polysaccharide vaccine efficacy: An evaluation of current recommendation.* JAMA 1993; 270:1826-31.

19. **Konradnsen HB.** *The need for revaccination 10 years after primary pneumococcal vaccination in splenectomized adults.* Scand J Infect Dis 1991; 23(3):397.

20. **Black.** *Efficacy and Safety and immunogenicity of Heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children.* Pediatr Infect Dis J 2000; 19:187-195.

21. **Dagan R et al.** *Reduction of nasopharyngeal carriage in day care center attendees after vaccination with a 9-valent CRM 197 conjugate pneumococcal vaccine.* Intercience conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2000; 687.

22. **Dagan R.** *Reduction of nasofaringeal carriage of pneumococci during the second year of live by a heptavalent conjugate pneumococcal vaccine.* J Infect Dis 1996; 174: 1271-78.

23. **Hazlewood M.** *The acquisition of anti-pneumococcal capsular polysaccharide, Haemophilus influenza B and tetanus toxoid antibodies with age, in the UK.* Clin Exp Immunol. 1993; 93:157-164.

24. **Bouza E et al.** *Riesgo séptico tras la esplenectomía: indicaciones de profilaxis.* Med Clin (Barc) 1986; 86:25-30.

25. British Committee for Standards Haematology Guideline up-date Update guidelines for the prevention and treatment of infection in patients with an absent or dysfunctional spleen. Clin Med JRCPL 2002; 2: 440-3.

26. **CDC.** *Recommendations of the Advosory Committee on Immunization Practices. Use of Vaccines and Immune Globulins in persons with altered immunocompetence.* MMWR 1993/ 42 (RR 04).

27. Grupo de Vacunas Sociedad de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. *Recomendaciones Comité de Vacunas.* Vacuna antineumocócica.

28. **Chin J.** *El control de las Enfermedades Transmisibles.* OPS.

29. <http://www.fisterra.com/vacunas/asplenico.asp>

CARTAS AL DIRECTOR

Omega 3 y prevención de problemas cardiovasculares

F. J. Yuste Grijalba¹
C. Vázquez²

¹ Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

² Jefa de la Unidad de Nutrición.
Hospital Ramón y Cajal

Sr. Director:

Los ácidos grasos poli-insaturados Omega 3 son esenciales para la prevención de los problemas cardiovasculares (1) a través de sus acciones antiarrítmicas, antihipertensivas y de mejora del perfil lipídico de sus consumidores. Acciones ampliamente demostradas en numerosos estudios epidemiológicos y de investigación clínica, entre los que son destacables el Estudio italiano (2) de la supervivencia tras infarto de miocardio en consumidores de Omega 3 y el Libro Blanco de los Omega 3 coordinado desde la Universidad de Granada (3).

Ante el tradicional bajo consumo de alimentos con altos componentes de EPA+ DHA [pescado azul sobre todo (4)], se han promovido por la industria alimentaria productos enriquecidos con los mismos, la leche (5), uno de los más utilizados por su facilidad de enriquecer y su fácil consumo dietético. Nosotros hemos realizado un primer estudio en un alimento de amplio consumo, fácil preparación y aceptación por los consumidores, como es la carne de pollo, para valorar si es vehículo y vía de administración adecuados de la ingesta de los Omega 3 en la población, en el supuesto de que la ingestión de piezas de carne de pollos, alimentados con piensos enriquecidos con aceite de pescado (aprobado por las autoridades competentes en la materia como aceptados en alimentación animal como medio de engorde), serían capaces de suministrar dosis de EPA +DHA en cantidades suficientes para conseguir los efectos cardioprotectores perseguidos.

Así, 40 participantes, divididos en dos grupos de 20, han recibido de forma aleatorizada y enmascarada por el promotor (NUTRECO), cada dos días, bien piezas de carne de pollo con un contenido en Omega 3 conocido o bien piezas de carne de pollo sin contenido de Omega 3 que integrarían en su dieta, de la que estaría excluido el pescado y otros productos alimentarios enriquecidos con Omega 3. Los objetivos del estudio eran valorar la factibilidad de la ingestión durante un mínimo de 40 días de unas piezas de pollo enriquecidas, la adherencia a esta dieta, que conlleva la no ingestión de otros alimentos ricos en Omega 3, específicamente el pescado, además de medir los efectos en el perfil lipídico de la dieta instaurada.

Los prometedores resultados obtenidos desde el punto de vista clínico, merecen ser objeto de un estudio en profundidad, por cuanto:

- 1º. Hay un descenso en las medias de todos los parámetros contemplados en el perfil lipídico entre las cifras basales y las correspondientes a la toma a la semana 8ª, de 8 puntos en las referentes al colesterol total, de 3,60 en las correspondientes al HDL y 5,70 al LDL.
- 2º. El descenso es de 17,5 unidades en los triglicéridos.
- 2º. El descenso se hace más manifiesto entre las tomas referentes a la 4ª semana respecto a la 3ª (13,25 unidades en las cifras de colesterol total y 11,4 unidades en las cifras de LDL), en correspondencia con la información científica disponible respecto al tiempo necesario para la producción de los efectos protectores de los Omega 3.

Bibliografía

1. Mata P. y Ortega R.M. *Omega-3 fatty acids in the prevention and control of cardiovascular disease*. European Journal of Clinical Nutrition 2003; 57, Supple 1, S22-S25.
2. GISSI-Prevenzione Investigators. *Dietary supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E in 11,324 patients with myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial*. Lancet 1999; 354:447-55
3. Mataix Verdú J. y colabs. *El Libro Blanco de los Omega 3. Los ácidos grasos poliinsaturados omega 3 y su papel en la salud*.
4. Jehangir N Din, David E Newby y Andrew D. Flapan. *Omega 3 fatty acids and cardiovascular disease-fishing for a natural treatment*. BJM 2004; 328:30-35.
5. Baró L. y colabs. *N-3 Fatty acids plus oleic and vitamin supplemented milk consumption reduces total and LDL cholesterol, homocysteine and levels of endothelial adhesion molecules in healthy humans*. Clinical Nutrition 2003; 22(2):175-182.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

VII Jornadas Nacionales sobre Avances en Medicina Preventiva

Francisco Botía Martínez
 Presidente del comité científico y organizador
 Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Los días 18 y 19 de Marzo se han celebrado en Murcia las VII Jornadas Nacionales sobre Avances en Medicina Preventiva, en las que han participado ciento cincuenta profesionales sanitarios de las áreas de Medicina Preventiva y Quirúrgica, abordando el tema de Prevención y Control de Infecciones Quirúrgicas. En esta reunión se han presentado dieciocho ponencias y treinta comunicaciones.

Estas jornadas han sido inauguradas por el Dr. Máximo Poza Poza, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, prestigioso profesional e investigador de la cirugía, jefe del Servicio Regional de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

En la primera Mesa se presentaron dos ponencias, la primera sobre "Costes de las Infecciones Quirúrgicas y Calidad Asistencial", que fue expuesta por el Dr. José Luis Alfonso, del Hospital General y de la Universidad de Valencia. Según el método que emplea en su estudio, llega a la conclusión de que el coste de una infección quirúrgica, en su hospital, supera los 5.000 euros por paciente, sin tener en cuenta los costes laborales; analiza los gastos de estancias, de antibióticos y de exploraciones, principalmente.

En la segunda ponencia, expuesta por el profesor Miguel Delgado, de la Universidad de Jaén, uno de los aspectos a destacar es la relación entre mortalidad e infección quirúrgica, refiere que, como otros autores (Olson y Alen, 1989; Poulsen et al, 1995), y teniendo en cuenta la clasificación de infección del lecho quirúrgico, en el análisis crudo de sus datos se encuentra un riesgo aumentado de la mortalidad, y constatan que la gravedad del paciente es el principal determinante de la mortalidad y causante de la infección, por lo que es obligado ajustar el análisis multivariable por la gravedad, para ver si la infección contribuye de manera independiente al riesgo de mortalidad; concluyen que sólo la infección de órgano o espacio aumentó de forma considerable el riesgo de mortalidad (OR= 4,9. IC 95% 1,5-15,6), no así la infección superficial o profunda de la herida quirúrgica.

En la segunda Mesa de ponencias se expusieron temas relacionados con "Factores de Riesgo del Paciente. Actualización". El Dr. Carlos Abecia, de la Universidad del País Vasco, presentó un estudio sobre la influencia que pueden tener en la infección quirúrgica factores hasta ahora poco relacionados, como son: la hernia de hiato, arritmia cardíaca, hipertensión arterial, número de diagnósticos al alta, etc.

El Dr. José Rosselló, del Hospital Valle de Hebron, presentó el estudio: "Identificación de Infecciones Potencialmente Evitables". Utilizando la base de datos EPINE obtiene un modelo logístico en el que se incluyen las principales variables conocidas como factores de riesgo de infección, ajustando, además, por estancia, tamaño del hospital y año de realización del estudio. Para las infecciones quirúrgicas se eligió el índice de riesgo NNIS. Concluye el estudio indicando que el porcentaje total de infecciones quirúrgicas potencialmente evitables fue del 19,8%, siendo mayor esta proporción cuanto menor es la duración de la intervención.

El tercer ponente de esta Mesa fue el Dr. Ángel Asensio, del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, que presentó un interesante estudio sobre "Factores de Riesgo en Prótesis Articulares", que están llevando a cabo en su centro.

La tercera Mesa de ponencias incluyó temas relacionados con el uso de antibióticos, influencia de la técnica quirúrgica y del lavado de manos en las infecciones del paciente quirúrgico.

El Dr. Cobo Reinoso, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, presentó la ponencia: "Adecuación de la profilaxis perioperatoria. Elección del antibiótico".

El profesor Rafael Herruzo, del Hospital La Paz y de la Universidad Autónoma de Madrid, presentó el resumen de una tesis doctoral que ha dirigido y se ha leído recientemente, sobre el uso de antibióticos para prevenir la infección neumónica en el paciente quirúrgico.

D^a Josefina Obradors, de la Fundación Althaia de Barcelona, presentó la ponencia: "Antisepsia Quirúrgica de Manos", haciendo referencia a las últimas Guías del CDC en los tipos de antisépticos recomendados.

El Dr. Aguayo Albasini, del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Morales Meseguer de Murcia, presentó la Ponencia: "Medidas preventivas durante la técnica quirúrgica y en la atención postoperatoria de la incisión quirúrgica".

La cuarta Mesa de ponencias se dedicó a Esterilización, Desinfección e Higiene en el Área Quirúrgica. El Dr. Lepoldo Segarra, del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, presentó el tema: "Otra forma de ver la gestión de una central de esterilización".

El profesor Jochen Steinmann, de Bremen (Alemania), disertó sobre la eficacia virucida de desinfectantes utilizados en la desinfección del instrumental quirúrgico.

D^a Mar Borreguero, de 3M España, expuso la ponencia: "Trazabilidad de paquetes procesados en la central de esterilización y seguimiento hasta quirófanos".

El tema presentado por D. Adrian Wild, de Mölnlycke Iberia, fue: "Actualización en vestimenta y paños quirúrgicos".

El Dr. Ángel Vinuesa, del Centro de Formación Vileda Profesional, presentó la ponencia: "Nuevos tiempos, nuevos métodos: Las nuevas técnicas de limpieza de áreas quirúrgicas".

La quinta Mesa se dedicó al estudio de los "Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Quirúrgicas". El Dr. Vicente Monge, del Hospital Ramón y Cajal, hizo un análisis de las aportaciones de los principales referentes en los estudios de incidencia de las infecciones quirúrgicas, haciendo, finalmente, referencia al programa INCLIMEC que coordina, y es utilizado por un grupo de hospitales en España.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

El doctor Navarro Gracia, del Hospital General de Elche, presentó los primeros resultados de su grupo, en el que participan diez hospitales de la Comunidad Valenciana, en la ponencia: "Observatorios de la infección nosocomial aplicados a las Infecciones Quirúrgicas".

La última ponencia la presentaron la Dra. Anna Vilella y la señora Monserrat Sallés, del Hospital Clínico de Barcelona, "Experiencia en la vigilancia de la Infección Quirúrgica después del alta"; teníamos interés en que se presentara este trabajo, porque es uno de los pocos centros que están realizando este tipo de vigilancia epidemiológica. Se estima que entre el 9 y el 77% de las Infecciones Quirúrgicas se manifiestan tras el alta.

XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene

Córdoba, 3 y 4 de Noviembre de 2005

JUEVES 3 DE NOVIEMBRE

9.00 a 10.30 h

INFECCIONES EN UCI Y MULTIRRESISTENCIA-I

Moderador: Profesor D. Juan del Rey Calero. *Catedrático de Medicina Preventiva. Universidad Autónoma de Madrid.*

10.30 a 12.00 h

INFECCIONES EN UCI Y MULTIRRESISTENCIA-II

Moderador: Profesor D. Rafael Fernández-Crehuet Navajas. *Catedrático de Medicina Preventiva. Jefe de Servicio Hospital "Reina Sofía" de Córdoba.*

12.00 a 12.30 h

Café.

12.30 a 13.00 h

Inauguración Oficial del Congreso.

13.00 a 14.00 h

LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA Y LAS ENFERMEDADES EMERGENTES

Moderador: Profesor R. Gálvez Vargas. *Catedrático de Medicina Preventiva. Jefe del Servicio del Hospital S. Cecilio. Granada.*

16.00 a 17.00 h

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN AMBIENTAL EN LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Ponente: Doctor D. Javier García Rotllán. *Subdirector de Programa y Desarrollo, S.A.S.*

17.00 a 18.30 h

NUEVAS APORTACIONES EN EL CAMPO DE LA ESTERILIZACIÓN

Moderador: Profesor Joaquín Fernández-Crehuet Navajas. *Catedrático de Medicina Preventiva. Jefe de Servicio Hospital Clínico de Málaga.*

18.30 a 19.00 h

Café.

19.00 a 20.30 h

NUEVAS APORTACIONES CIENTÍFICAS Y LEGALES AL MATERIAL DE UN SOLO USO

Moderador: Profesor Antonio Sierra López. *Catedrático de Medicina Preventiva. Jefe de Departamento Hospital Universitario de Canarias.*

VIERNES 4 DE NOVIEMBRE

9.00 a 10.30 H

APORTACIONES RECIENTES EN EL CAMPO DE LA VACUNOLOGÍA

Moderador: Profesor Luis Salleras Sanmartí. *Catedrático Medicina Preventiva Universidad Central de Barcelona.*

10.30 a 11.30 h

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES POR AGUA EN HOSPITALES

Ponente: Profesor Martín Exner. *Hospital Universitario de Bonn.*

11.30 a 12.00 h

Café.

12.00 a 14.00 h

SYMPOSIUM. ALTERNATIVAS EN LA GESTIÓN DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN. EXTERNALIZACIÓN

Moderador: Profesor Vicente Domínguez Rojas. *Catedrático de Medicina Preventiva. Universidad Complutense de Madrid.*

16.30 a 17.30 h

SISTEMAS DE TRAZABILIDAD EN LAS UNIDADES DE ESTERILIZACIÓN

Moderador: Doctor Cerrillo Cruz. *Jefe de Servicio Hospital SES de Mérida.*

17.30 a 18.00 h

Café.

18.00 h

Asamblea General de la Sociedad.

19.00 h

Clausura del Congreso.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

El Sistema Europeo de Vigilancia de las Infecciones hospitalaria: HELICS

Dres. Rafael Herruzo, José Rosselló, Ángel Asensio

Las tasas de infección hospitalaria publicadas por los diferentes Estados miembros de la Unión Europea muestran una gran variabilidad. Esta variabilidad refleja las diferencias en los diferentes métodos de vigilancia utilizados en el funcionamiento de los servicios de salud y en la adopción de las políticas, recomendaciones y uso de tecnologías que pueden reducir el nivel de riesgo. La disponibilidad de datos estandarizados y comparables al nivel europeo será un gran apoyo para la evaluación, así como para la valoración de los riesgos y de las actividades de control que tratan de reducir la carga de esas infecciones.

El programa HELICS es una red internacional que pretende recoger, analizar y difundir datos válidos sobre el riesgo de las IN en los hospitales europeos. Este programa es dependiente de la cooperación de los sistemas de vigilancia ya establecidos por las autoridades sanitarias estatales de la UE y de otros países asociados o candidatos. Los sistemas de vigilancia elegibles deben tener una cobertura nacional o regional.

El principal interés del programa HELICS es el de establecer una gran base de datos de referencia para monitorizar los datos nacionales y, así, guiar las actividades de prevención, además de estimular las estrategias de evaluación y comparación.

HELICS monitoriza las variaciones en los riesgos de IN en el tiempo, entre diferentes países y de acuerdo a las características de las organizaciones de salud.

HELICS también apoya la implementación de nuevas redes de vigilancia, intenta mejorar la calidad y la comparabilidad de los datos y amplifica la capacidad de intercambio de datos entre las redes europeas nacionales o regionales existentes. Una de las ventajas de una gran red de vigilancia, con una gran base de datos, es su apoyo a la evaluación y a la investigación aplicada.

Los principales objetivos del programa HELICS son: 1) la vigilancia de la incidencia de las infecciones quirúrgicas, 2) la vigilancia de la incidencia de las infecciones en las Unidades de Cuidados Intensivos, y 3) la armonización de las encuestas de prevalencia hospitalarias. Mediante el consenso de los profesionales representantes de los diferentes países se ha llegado a un acuerdo en los protocolos de vigilancia.

Las redes de vigilancia integradas en HELICS también pretenden armonizar un sistema de aviso precoz, “*early warning*”, para lograr una diseminación rápida de cualquier información sobre nuevos o importantes acontecimientos que representen una amenaza para la salud, con objeto de facilitar la implementación de las intervenciones y de las medidas preventivas.

El proyecto HELICS ha contado con el apoyo de la CE / DG SANCO/ F/ 4. Número de referencia del acuerdo: VS/1999/5235 (99CVF4-025), y funciona como una red de redes nacionales. Estas redes recogen los datos de acuerdo a un protocolo estandarizado y compatible con HELICS. Estos datos se transfieren al equipo de dirección de HELICS para su agregación en la base de datos HELICS y para su análisis, retroalimentación y diseminación.

Los coordinadores nacionales son los responsables de organizar la recogida de datos de los hospitales participantes y deben ser designados por las autoridades sanitarias.

HELICS requiere a las redes nacionales participantes que exista un acuerdo escrito con las autoridades de Salud Pública nacional. Esta implicación de las autoridades es un requisito imprescindible para la inclusión, ya que la participación en HELICS necesita de una asignación de recursos.

Hasta el momento, España ha participado en HELICS a través de representantes de las sociedades de Medicina Intensiva y de Unidades Coronarias (componente de vigilancia en UCIs) y de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene (componente de vigilancia quirúrgica y componente de estudios de prevalencia).

En la actualidad, HELICS ya ha producido su primer informe de vigilancia de infecciones europeo y se está consolidando como el sistema europeo de vigilancia de infecciones hospitalaria.

Nuestra sociedad ocupa un lugar preeminente en el proyecto y tiene ahora la oportunidad de consolidarlo, impulsando su sistema de vigilancia prospectiva, tanto en los ámbitos de la infección quirúrgica, como en los de la vigilancia de infecciones en Unidades de intensivos en aquellos lugares donde no llegue la red de la SEMIUC. Para ello cuenta con una nueva herramienta, el software HELICSWIN, que en su versión original en inglés está a disposición de todas las redes nacionales, y que permite de un modo fácil e intuitivo recoger la información indispensable para participar en la red HELICS, su análisis, elaboración de informes y transferencia de los datos.

Además, estos datos obtenidos con este sistema para enviar a la red nacional, como paso previo a la internacional, también servirán para elaborar informes nacionales anuales, como los del EPINE, junto con los informes periódicos que cada hospital requiera, porque permite la explotación de los datos al nivel que se desee. Por otra parte, aunque por el momento HELICS internacional en su componente quirúrgico sólo va a recoger siete procedimientos quirúrgicos, agrupados en las misma clasificación que el NNIS, cada hospital puede recoger los que necesite para su proceso a nivel local, regional o nacional.

El futuro del Sistema Europeo de Vigilancia de las infecciones hospitalarias está en HELICS y nuestra Sociedad, sin excluir la participación de otras sociedades científicas, está en un lugar privilegiado para liderarlo en España. Por ello, la última asamblea de nuestra Sociedad, el pasado 8 de Junio en Madrid, acordó dar los pasos necesarios para llevar a cabo este objetivo y para lo cual necesitamos la colaboración de todos los integrantes de nuestra Sociedad.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

Sociedad Española de Medicina Preventiva

Concurso de Ideas

La Sociedad Española de Medicina Preventiva (SEMPSPH) convoca un **Concurso de Ideas** con el fin de seleccionar un **nuevo logo** que incluya los cambios ocurridos en la misma en los últimos tiempos. A dicho Concurso podrán presentarse todos los socios, en activo, tanto individual como colectivamente: Servicio Hospitalario, Departamento Universitario...

El **texto** hará referencia al nombre y/o las siglas de la SEMPSPH. Se hará constar el número de tintas necesarias para su impresión. El logo deberá ser reproducible en diferentes tamaños, desde "pin" hasta una valla, siendo conveniente presentar tres tamaños-tipo: 10 x 10 mm; 50 x 50 mm y 100 x 100 mm.

Los mensajes incluidos serán libres, pero –lógicamente– deberán contener aquellos con los que se identifica nuestra Sociedad: Trabajo en equipo, Higiene, Salud, Vida Sana, Prevención, Promoción de la Salud, etc.

El **jurado** contará con asesoramiento técnico. El fallo se hará público durante el próximo Congreso de Córdoba. El ganador/es recibirán un **premio** en metálico y un **diploma** acreditativo. El premio podría quedar desierto. El logo seleccionado pasará a ser propiedad de la SEMPSPH que lo incorporará a su imagen corporativa.

Quienes deseen participar pueden enviar sus ideas, tanto en formato papel como electrónico, a la sede de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Apartado de Correos 9382. 28080 Madrid. E-mail: secretariapreventiva@saludalia.com o a la Editorial EDIMSA, C/ Gabriela Mistral, 2. 28035 Madrid. E-mail: edimsa@edimsa.es, haciendo constar para "el Concurso de Ideas".

Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública

Acaba de publicarse en el BOE, nº 152, de 27 de Junio de 2005, pág. 22751-22759, la Orden SCO/1980/2005, de 6 de Junio por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

III Encuentro de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública

Barcelona, 21-22 de Octubre de 2005
 web: www.encuentroresidentes.tk
 Fecha límite envío de abstracts: 1 de Agosto de 2005

III Congreso Nacional de la Asociación Española de Vacunología

Madrid, 10-12 de Noviembre de 2005

Hotel NH Eurobuilding
 Padre Damián, 23. Madrid.

Secretaría Técnica: Viajes Hispania
 Avda. Maisonnave, 11, Planta 7ª • ALICANTE.
 Teléf.: 96 522 83 93 / Fax: 96 522 98 88

RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA

“Vigilancia epidemiológica”

F. Martínez, C. Amela, C. Arredondo, G. Bergonzoli, L. G. Castellanos, P. L. Castellanos, J. de Mata, J. M. Echevarría, J. C. Fernandez, J. García, E. Gil, J. Guillén, I. Pachón, O. Tello.
 Editado por McGraw-Hill Interamericana 2004; 275 págs., 12 capítulos.
 ISBN: 84-486-0245-5

Este libro, editado por Ferrán Martínez Navarro, tiene dos partes, una primera de tipo conceptual, y una segunda, básicamente metodológica y de aplicación. Se acompaña de un documento en CD para el aprendizaje autodidacta del método epidemiológico y de su aplicación a la vigilancia epidemiológica y al estudio de brotes.

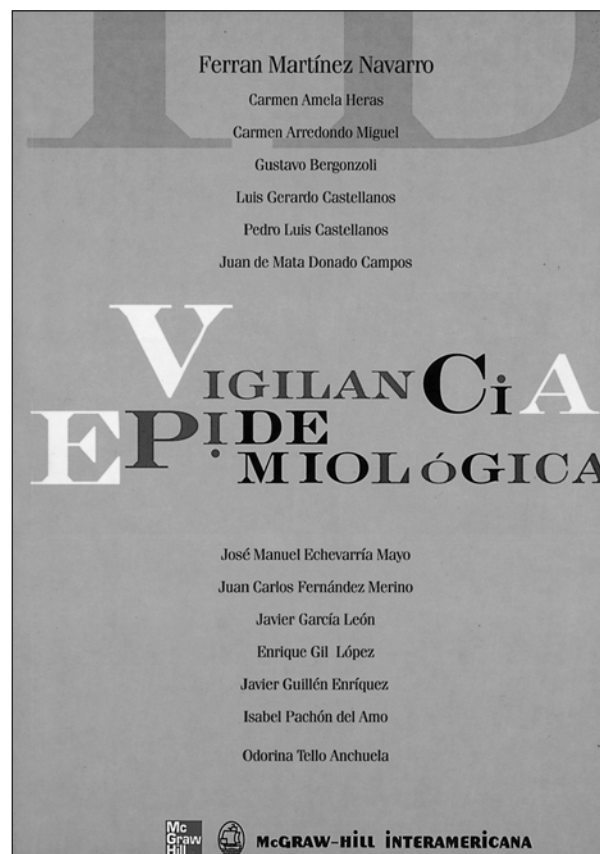
La que se podría considerar primera parte, está fraccionada en cuatro capítulos. El primer capítulo vincula la evolución del concepto de vigilancia con la transformación de la salud pública en el ámbito de la administración sanitaria. La vigilancia es concebida como un elemento del sistema de toma de decisiones y control de la salud pública, ajustándose su organización y métodos a los cambios de nuevas necesidades de la salud pública. El segundo capítulo corresponde a la práctica de la vigilancia en los servicios de salud pública, en sus aspectos conceptuales, funciones, subsistemas y organización por niveles administrativos. El capítulo correspondiente a los sistemas de información incide en la importancia que éstos tienen en los sistemas de vigilancia y de trabajo en salud pública, sus elementos básicos y la importancia del *Benchmarking* y de los sistemas de información geográfica. Por último, trata la evaluación de los sistemas de vigilancia, más allá de sus actividades y atributos.

La que se podría considerar segunda parte, trata básicamente los aspectos metodológicos. El análisis epidemiológico aplicado a la vigilancia y a sus fundamentos estadísticos, la descomposición de las series temporales y el estudio espacial constituyen el contenido de un capítulo de carácter metodológico general. Hay un capítulo específico sobre el estudio de brotes epidémicos, con especial énfasis en la parte descriptiva y en los estudios observacionales. Otro capítulo hace referencia sobre el abordaje de las crisis sanitarias. La exposición se completa con el contenido práctico del CD. Hay otros capítulos más heterogéneos con aspectos complementarios de la vigilancia epidemiológica. El análisis de situación de salud es un elemento complementario de la vigilancia, que orienta al salubrista sobre cuáles son los problemas prioritarios y, consecuentemente, qué y a quiénes se tiene que vigilar. El papel del laboratorio en la vigilancia de las enfermedades infecciosas, con las técnicas moleculares, con el análisis de datos y la identificación de brotes epidémicos y su significado y vinculación internacional. Por último, trata la transformación de la información científica en información válida de cara a la toma de decisiones, como para su transformación en información útil de cara a la comprensión y colaboración de la población en los problemas de salud pública.

Cierra el libro una mirada al futuro desde una visión pragmática, en la que se consideran los sistemas de información para la gestión y la toma de decisiones y también el impacto de las nuevas tecnologías de la información sobre los sistemas de vigilancia epidemiológica tradicionales.

Este texto contribuye a rellenar la falta de manuales y libros especializados en vigilancia epidemiológica en España y América Latina. Aporta a los epidemiólogos que trabajan en departamentos de salud pública los nuevos elementos que definen su concepto y su práctica. Seguramente contribuirá en la mejora de la vigilancia epidemiológica y la investigación de brotes.

José Ramón Villagrasa Ferrer
 Especialista Medicina Preventiva y Salud Pública
 Hospital Universitario de La Princesa.



RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA

“Epidemiología”

Leon Gordis

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore, Maryland)

3ª edición. Ed. Elsevier España, S.A., 2005.

ISBN: 84-8174-839-0

Este texto es la 3ª edición en inglés del libro “*Epidemiology*” y constituye un magnífico manual de introducción en el apasionante mundo de la epidemiología. Con una redacción clara y razonada, presenta los principios y métodos básicos de esta ciencia junto con ejemplos históricos de sus aplicaciones en la salud pública. Siempre es emocionante recordar como John Snow en el siglo XIX, imperando la *teoría miasmática de la enfermedad* y antes de que se descubriera el *Vibrio cholerae*, fue capaz de establecer el mecanismo de transmisión del cólera en Londres.

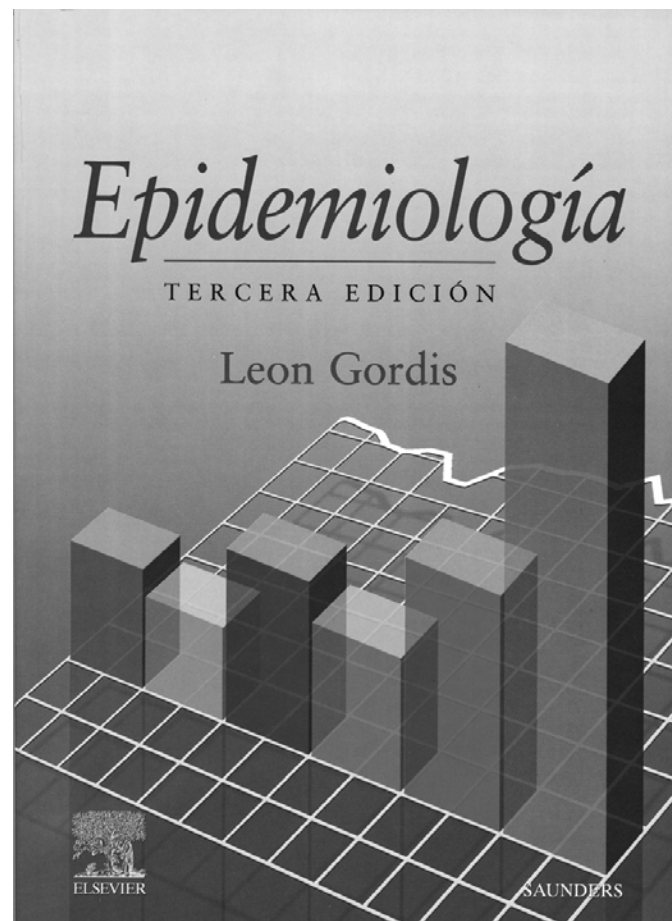
El libro consta de 20 capítulos, agrupados en 3 secciones fundamentales a lo largo de 336 páginas:

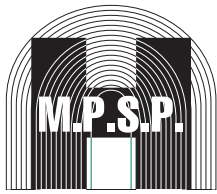
1. Abordaje epidemiológico de la enfermedad y la intervención; se explican las medidas de frecuencia de morbilidad y mortalidad, la evaluación de pruebas diagnósticas y de cribado, la evaluación del pronóstico (tablas de vida y Kaplan-Meier) y la evaluación de medidas preventivas y terapéuticas a través de ensayos con distribución aleatoria.
2. Uso de la epidemiología para identificar la causa de la enfermedad; se exponen los distintos tipos de estudios epidemiológicos con sus pros y contras, se explican las medidas de estimación del riesgo y se reflexiona sobre los criterios de causalidad y los distintos sesgos.
3. Aplicación de la epidemiología a la evaluación y la normativa; se presentan los usos de la epidemiología como herramienta de evaluación y se recogen los principales aspectos éticos que deben considerarse.

Cada capítulo se acompaña de preguntas de repaso. Esto y el estilo razonado, inteligente y ameno que caracteriza el libro, lo hacen recomendable, tanto para los que se inician en la investigación epidemiológica como para los que llevan tiempo reflexionando sobre causalidad y sesgos.

Laura Ruiz López

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina. Toledo.





SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE

Apdo. de Correos, 9.382 – 28080 MADRID

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D.

Profesión Puesto de trabajo

Centro

Dirección Ciudad

Domicilio Particular

Teléfono E-mail:..... Ciudad

**Desea inscribirse como socio de número en la Sociedad Española de Medicina
Preventiva, Salud Pública e Higiene, comprometiéndose al pago de las cuotas.**

Banco o Caja de Ahorros Sucursal

Dirección Ciudad C.P.

Nº de Cuenta Corriente o Libreta de Ahorros

....., a de 2005

Fdo.:

.....

**Sr. Director
ruego atienda los recibos que a cargo de mi c/c. o l/a. Nº
librará la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.**

....., a de 2005

Fdo.:

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista *Medicina Preventiva* es el órgano de expresión de la **Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene** y su publicación pretende ser trimestral.

Los artículos que se remitan deben tener relación con la Medicina Preventiva y, en general, con todos los temas que puedan ser de interés para los miembros de la S.E.M.S.P. e H. (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene).

Se acusará recibo de los trabajos recibidos, pero ello no compromete a su publicación.

En principio no se mantendrá correspondencia sobre los trabajos, ni se devolverá ningún original recibido.

Los manuscritos serán revisados y evaluados por los Comités Científico y de Redacción.

Ambos se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilo, así como de acortar el texto que lo precise, comprometiéndose a respetar el contenido del original.

Los trabajos aceptados son propiedad de la Revista y su reproducción, total o parcial, sólo podrá realizarse previa autorización escrita de la Dirección de la Revista.

Los conceptos expuestos en los trabajos publicados en esta Revista, representan exclusivamente la opinión personal de sus autores.

La Revista incluirá además de artículos científicos, secciones fijas en las cuales se reflejarán noticias de la propia Sociedad, otras noticias de interés, publicaciones, etc. Se incluirá también una sección de "Cartas al Director".

Todo trabajo o colaboración, se enviará por triplicado a la Dirección de la Revista *Medicina Preventiva*: EDIMSA. c/ Gabriela Mistral, 2. M-28035. Fax: (91) 373 99 07.

1. Originales

- 1.1. Los trabajos estarán redactados en español y no deben tener una extensión mayor de quince (15) folios de 36 líneas cada uno, mecanografiados a doble espacio y numerados correlativamente.
- 1.2. Los gráficos, dibujos y fotografías o anexos, que acompañan al artículo, no entran en el cómputo de los quince folios.
- 1.3. Siempre que sea posible se acompañará el texto escrito del correspondiente diskette con la copia en programa de tratamiento de texto compatible con Vancouver-97 [*New England Journal of Medicine* 1997; 336 (4); págs. 309-315] (*Medicina Clínica* 1997. Vol. 109; 756-763).

2. Título y Autores

En el primer folio deberá figurar, y por este orden, título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección del centro de trabajo, domicilio para la correspondencia, teléfono de contacto y otras especificaciones que se consideren oportunas.

3. Resumen y Summary en inglés

Tendrán una extensión máxima de 150 palabras y deberán estar redactados de forma que den una idea general del artículo.

4. Texto

Estará dividido en las suficientes partes, y ordenado de tal forma, que facilite su lectura y comprensión, ajustándose en lo posible al siguiente esquema:

- 1) Introducción.
- 2) Material y Métodos.
- 3) Resultados.
- 4) Discusión.
- 5) Conclusiones.

5. Referencia bibliográfica

Al final de todo artículo podrá indicarse, si es el caso, la bibliografía o trabajos consultados, no superando las veinticinco (25) citas.

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

Se utilizarán las abreviaturas recomendadas en el *Index Medicus*.

6. Ilustraciones y Tablas

Se utilizarán aquellas que mejor admitan su reproducción.

Las **gráficas** estarán agrupadas al final del texto principal, procurando que la información no se duplique entre sí.

Las **fotografías** se enviarán sobre papel blanco y brillante y con un buen contraste. El tamaño será de 9 x 12 cm.

Los gráficos y las fotografías irán numerados en *números arábigos*, de manera correlativa y conjunta, como **figuras**. Se presentarán por separado del texto, dentro de sendos sobres, y los pies de las figuras deben ir mecanografiados en folio aparte.

Las **tablas** se presentarán en folios aparte del texto, con la numeración en *números romanos* y el enunciado correspondiente; las siglas y abreviaturas se acompañarán de una nota explicativa a pie de página.

7. Cartas al Director

En esta sección se incluirán observaciones científicas que conciernan al contenido de la revista y trabajos que por su formato reducido no puedan ser publicados como originales. La extensión no deberá superar dos hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose 1-2 tablas o figuras y hasta cinco citas bibliográficas. ■