

Revista Científica 

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 71, Año XVI - 2009

Colegio de Enfermería de Sevilla

Efecto
terapéutico de
la luz láser de
bajo nivel
(LLLT) en la
cicatrización
de una herida
por
quemadura

Ictus: La
formación que
salva vidas

Paciente en
estado
terminal y
familia. Caso
Clínico



Nuevo ^{de} RESPONSABILIDAD SEGURO Civil

TU COLEGIO

TE PROTEGE

CON 3.000.000 €

(500 MILLONES DE PESETAS)

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
SEVILLA

Las organizaciones. Las buenas prácticas. En la óptica de la gestión

Estimados compañeros/as. Apreciados Amigos/as.

Este escrito tiene por objeto dar algunos ejemplos de como los gestores de personas y servicios, puede contribuir a la implementación de buenas prácticas en relación al ejercicio clínico de los enfermeros/as obstetras (matronas).

Las organizaciones de servicios no son paraísos de felicidad y satisfacción, existen sacrificios, esfuerzos, conflictos y hasta odios. Tenemos que saber combatir la inevitable negatividad, aprovechar las energías positivas de cada uno y colocarlas al servicio de la organización y de la realización personal.

El acceso al conocimiento y tecnología va unido a la valoración de la normalidad, articula la evidencia y sitúa a los profesionales en el desafío de la búsqueda de la verdad y seguridad de garantizar buenos cuidados y servicios a los usuarios y sus familias. Pero surge la pregunta, ¿Porqué algunos dan una mejor respuesta (individualmente o en grupo) que otros y a veces de forma permanente? Creo que la respuesta es fácil. La calidad personal (intelectual y moral) del equipo que trabaja en un servicio y la forma de interrelación (cultura, valores, comportamientos), lo que marca la diferencia.

Personas competentes, responsables, motivadas y orientadas serán capaces de desarrollar buenas estrategias para innovar, adaptar y crear nuevos modelos en la gestión de cuidados. Pero no es ninguna novedad, el secreto continúa estando en efectuar las buenas prácticas, capacidades y responsabilidades.

Las direcciones son importantes pero para inducir a un cambio gradual hacia las "buenas prácticas", se debe tener en cuenta:

1. Ser transparentes y explícitas en aquello que se quiere alcanzar.
2. Promover confianza.
3. Facilitar una actitud positiva (**personas felices trabajan mejor y consiguen mejores resultados**).
4. Proporcionar entrenamiento mediante el apoyo al equipo para que se desarrolle en cuanto colectivo: estrategia de calidad para la realización de tareas, el control del esfuerzo empleado y los conocimientos de los miembros del equipo.

Será en la orientación y en el desafío que se coloque a las personas (individualmente o en grupo) donde podemos aumentar sus capacidades, autoestima, grado de adhesión y disminución de la resistencia al cambio.

La INVESTIGACIÓN se presenta así como uno de los más importantes instrumentos de la gestión. Y podemos formular otra pregunta, **¿Cuál es la importancia de la implicación y responsabilidad de los enfermeros obstetras (matronas) en los procedimientos que se traducen en "buenas prácticas"?** Mi respuesta como gestor de servicios y personas es:

- Tenemos que cambiar el paradigma tradicional > **control y mando**/ cuanto más obediente mejor.
 - Tenemos que provocar en las matronas: iniciativa, autonomía y creatividad (**para los desafíos del trabajo**).
 - Y una cuestión de atribución de poder que consiste en: acceso a la información, conceder recursos y fomentar oportunidades para el desarrollo y crecimiento.
- Una investigación empírica nos dice que trabajando así producimos resultados con efectos positivos no solo en los enfermeros/as en términos de "buenas prácticas, sino en otros ámbitos que creo más importantes:

- Experimentamos la realización de un trabajo con sentido para nuestras vidas.
- Sentimos la existencia de pertinencia, por un lado nuestros valores y comportamientos y por otro las exigencias del trabajo.
- Observamos y tenemos un sentimiento de competencia, o sea que tenemos las capacidades requeridas para ejecutar nuestro trabajo.
- Vivimos una percepción de autodeterminación, experimentando un sentimiento de control sobre el trabajo.
- Apreciamos que tenemos impacto sobre la vida de la organización, o sea la influenciamos de forma evidente y efectuamos tareas muy relevantes para la sociedad y los ciudadanos.

A los equipos de matronas les gusta y procuran alcanzar "una forma" de poder mejorar los servicios prestados, ofreciendo buenas prácticas a los usuarios y sus familias. Humanizando, creando interdisciplinaridades, optimizando recursos humanos, financieros, tecnológicos, motivándose unas a otras para sobrellevar momentos menos buenos y poder servir a la organización en la que trabajan.

Tenemos forzosamente que ser un buen ejemplo, somos profesionales que creemos fuertemente en lo que hacemos y con el convencimiento de que perseguimos unos resultados alcanzables y no sin falta de riesgos.

Manejar el cambio se ha convertido en un desafío con una estrategia apropiada,

capaz de infundir responsabilidades y capacitación para procurar muchas veces un concepto de normalidad y enfrentarse a quién desea una cultura de silencio, sin iniciativa, sin capacidad de innovar y decidir.

Es necesario salvaguardar siempre aquellos de nosotros que se dedican y comprometen en aprender y ser certeros, pues es preciso conocer la realidad y nuestros límites para poderlos exceder.

Definimos una visión, una estrategia de implementación de buenas prácticas:

- Prevenimos las dudas de las usuarias.
- Movilizamos a los compañeros del equipo multidisciplinar clarificando el papel de cada uno.
- Definimos la estructura del proceso y las formas de cómo la organización donde trabajamos apoyará y acelerará el sistema de cambio.
- Creamos un equipo de formadores y facilitadores para identificar de manera crítica las alteraciones y efectuar y monitorizar el grado en que cada etapa es cumplida correctamente y en tiempo adecuado.
- Cambiamos funciones y responsabilidades para que las actitudes y métodos de trabajo se modifiquen.
- Procuramos que los compañeros participen (enfocando su visión) y creando un compromiso.
- Pretendemos manejar con eficacia las emociones.
- Intentamos identificar precozmente los puntos de agotamiento que puedan surgir en las relaciones de poder e intentar neutralizarlos en la dirección deseada.
- Proporcionamos información/formación en competencias técnicas e interpersonales.

Para concluir:

Tenemos que reconocer que gestionar personas y servicios, no es acabar con lo erróneo, si es, identificar y desarrollar lo que es correcto.

La mayoría de nosotros en un contexto académico u operacional y funcional, tratamos mediante un abordaje tradicional la resolución de problemas. Me gustaría llamar la atención que cuando los recursos de la organización son focalizados sobre todo en la resolución de problemas, el resultado es una cultura negativa.

Vitor Varela. Enfermeiro Obstetra. (Matrona).
Jefe de Matronas, Hospital de San Bernardo de Setubal, Portugal. Representante de la Región de Europa.

EDITA

Ite. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA

José Román Oliver

CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

TIRADA

9.000 ejemplares

ISSN

1.576-3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20
Telf.: 954 93 38 00
Fax: 954 93 38 03
Página Web:
www.colegioenfermeriasevilla.es
Correo Electrónico: colegio@icoe.es

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.
Telf. 95 435 00 03
Fax 95 443 46 24



Autor: África Gil-Martin Yuste
Nº Colegiado: 9.570
Cámara: Nikon FX

Sumario

- 5 Efecto Terapéutico de la luz Láser de bajo nivel (LLLT) en la cicatrización de una herida por quemadura. Estudio de un caso
García Morón MJ, Doña Aragón C.
- 8 Ictus: La formación que salva vidas
Rasero Álvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I
- 13 Reflexión sobre la relevancia de la actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente con demencias
Márquez Alfonso A.
- 19 Aplicación del modelo de enfermera referente en nuestra Unidad de Cirugía Cardíaca. 2º Premio de Comunicación Oral en el XVIII Congreso Nacional de Enfermería Vasculard de la AEEV. Madrid 2006
Carmona Vera MA, Lozano Nogales MI, Roldán Valenzuela A.
- 24 Glosario Inmunitario de la Serie Blanca. La importancia de los Linfocitos
Manuel Barbero Radío A.
- 29 Caso Clínico: Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en el Servicio de Medicina Interna
Pérez Sánchez JA, González Ojeda M.R.
- 33 Enfermería ante los Episodios de espasmos del sollozo
Inmaculada Cruz Cabrera, Dolores Serrano Martín, Mª del Mar Cáceres Puro, Cruz Cabrera MD.
- 36 Trasplante de progenitores hematopoyéticos Unidad de Trasplante de Médula
Ruiz Seixas M.
- 41 Paciente en estado terminal y familia. Caso Clínico
Tejada Domínguez F.J., Ruíz Domínguez M.R.
- 49 Informe de enfermería al alta en el servicio de medicina interna: una garantía para la continuidad de cuidados
Carmona Heredia D, Pérez Sánchez JA, Márquez Mejías R, García Muñoz MD.
- 53 Percepción de los alumnos de Enfermería sobre la vacunación e infección por hepatitis B.
López Suárez RJ.
- 57 Atención al cuidador informal. Caso clínico.
Hortelano Rodríguez, P. Zapata Sampedro, MA.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en la base de datos "CUIDEN"

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida parcial o total por medio alguno electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

EFECTO TERAPÉUTICO DE LA LUZ LÁSER DE BAJO NIVEL (LLLT) EN LA CICATRIZACIÓN DE UNA HERIDA POR QUEMADURA. ESTUDIO DE UN CASO

■ Manuel Jesús García Morón

■ Cristina Doña Aragón

Diplomados en Enfermería. S.M.U. La Esperanza. Cantillana (Sevilla).

Resumen

La terapia con láser de baja potencia (LLLT) también conocida como láseres blandos, no es más que la aplicación de un haz de luz monocromática de alta intensidad sobre la zona específica de la piel que se desea tratar y en la que, por efecto de esa luz empieza a producirse una serie de reacciones químicas que conducen a una cicatrización más rápida y efectiva de los tejidos tratados.

La LLLT muestra un mayor efecto sobre aquellas células que están bajo estrés, las cuales aprovechan la energía emitida por la luz para establecer su funcionamiento normal. Estará altamente indicado en todos los procesos de reparación de tejidos: heridas, inflamación, úlceras, etc...

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Láser
- ✓ Laserterapia
- ✓ Cicatrización
- ✓ Bioestimulación
- ✓ LLLT: Low level láser therapy. (Terapia láser de bajo nivel).

INTRODUCCIÓN

La terapia láser de bajo nivel destinada a tratamientos tanto de medicina como de fisioterapia, se enmarca en las últimas tendencias de láseres de bioestimulación integrando los últimos avances de la tecnología del láser de diodo (Fig. 1).

LLLT actúa a nivel molecular donde interfiere sobre el metabolismo celular ya sea estimulándolo o inhibiéndolo. Actúa como biomodulador o bioestimulador resultando en efectos terapéuticos: antiinflamatorio, reparador o trófico y antiálgico o analgésico:

- **Antiinflamatorio:** Por aumento de la microcirculación, por el aumento del flujo linfático y por mecanismos indirectos sobre las células implicadas en la inflamación.
El aumento del flujo sanguíneo se mantiene hasta veinte minutos después del tratamiento.
- **Estímulo trófico-regenerante:** Por el aumento de la circulación sanguínea se produce una acción directa de



Figura Nº 1. Aplicación Terapia Láser.

la estimulación celular, incrementa el número y actividad de los fibroblastos produciéndose un aumento de fibras de colágeno, regeneración de vasos sanguíneos, incremento de la epitelización y del ritmo de la división celular.

- **Estímulo analgésico:** Por bloqueo de la transmisión nerviosa, actuación sobre el umbral doloroso y aumento de la Beta-endorfina (sustancia similar a la morfina segregada por el propio organismo y que actúa inhibiendo el dolor).

Entre las **Indicaciones de la LLLT** podemos señalar las siguientes entre otras:

- Reparación de tejidos: úlceras.
- Cicatrización.
- Drenaje.
- Antiinflamatorio
- Tratamiento del dolor inflamatorio.
- Postcirugía: Estimulación de cicatrización, prevención de cicatrices.
- Desvitalización cutánea.

Como **Contraindicaciones y Prevenciones** que pueden considerarse relativas destacaríamos:

- Procesos bacterianos agudos, por la posibilidad de aceleración y extensión de la infección. Si se decide practicar la terapia láser, se aconseja hacerlo bajo cobertura antibiótica previa.
- Neoplasias.
- Glándulas endocrinas de localización superficial (tiroides y testículos principalmente).
- Mujer embarazada.

El tratamiento debe aplicarse utilizando gafas de protección ocular homologadas. No se debería mirar jamás directamente el haz láser.

CASO CLÍNICO

Acude al centro un varón de 38 años sin antecedentes personales de interés con una herida por quemadura en el dorso del primer dedo del pie derecho, provocada por un chorro de agua con desengrasante a 180 bares de presión y 100 grados de temperatura, mientras desempeñaba su trabajo como operario en un almacén frutícola. En el momento del accidente calzaba botas de goma.

Ha su llegada al centro tras una primera valoración presenta:

- **Quemadura diagnosticada inicialmente de II grado**, con presencia de ampolla rota. Afectación de epidermis y dermis, con dedo muy edematizado y limitación de movimiento. El 10-10-2007. Se realiza limpieza de la herida con suero fisiológico y se aplica sulfadiazida argéntica más apósito tul impregnado más apósito seco. Se administra tratamiento oral con antibiótico más antiinflamatorio más protector gástrico.

- **A las 48 horas** y tras una limpieza exhaustiva con retirada de tejido desvitalizado se observa la profundidad de la herida con afectación de toda la estructura cutánea llegando incluso a fascia muscular. Diagnosticándose como quemadura de III grado. Se continúa con la misma pauta de tratamiento.

- **Pasados siete días** la herida por quemadura no evoluciona de la forma esperada; es más, la presencia de esfacelos en su lecho evidencia un estancamiento de la misma. Aunque la edematización y limitación de movimiento a remitido. Ante esta situación nos planteamos un cambio en la pauta de curas. Utilizamos una pomada con colagenasa y proteasa más apósito tul impregnado más apósito seco.

- **A los quince días** de tratamiento no presenta signos de inflamación ni infección, no obstante la evolución de la herida es tórpida y se decide aplicar la terapia bioestimulante de luz de bajo nivel (LLLT).



Figura Nº 2. Herida tórpida por quemadura con un mes de evolución con tratamiento tópico.

Se comienza con una dosis inicial de 10 J/cm cuadrado con una longitud de onda de 635 nm correspondiente a la luz visible roja. El tratamiento se inicia con un punteado por el perímetro de la herida a la dosis establecida anteriormente con el objetivo de bioestimar los bordes. A continuación punteamos en la totalidad del lecho de la herida y finalmente realizamos un barrido de toda la zona a 60 J/cm cuadrado durante 3 minutos y 12 segundos. Para el puntado utilizamos un film plástico en el extremo de la sonda aplicadora como medida higiénica no siendo necesario en el barrido puesto que no entra en contacto con la herida.

Tras cada sesión de terapia láser continuaremos con el tratamiento tópico (Fig. 2) de colagenasa-proteasa para conseguir la eliminación de esfacelos de la zona. Se realizan curas diarias **durante un mes**. Pasado este tiempo se visualiza tejido de granulación y se aprecia disminución de la profundidad de la herida (Fig. 3). Ante esto optamos por la aplicación de una pomada estimulante de tejido de granulación.



Figura Nº 3. Herida con tejido de granulación tras un mes con terapia láser.

- **A los dos meses** del tratamiento y ante los buenos resultados, decidimos aumentar la dosis energética a 20 J/cm cuadrado en el punteado, manteniendo la misma energía y el mismo tiempo en la realización del barrido, continuando igual pauta de curas (Fig. 4).



Figura Nº 4. Imagen comparativa de la herida tras el tratamiento láser más pomada estimulante del tejido de granulación.

- **Pasados tres meses** el tamaño ha disminuido considerablemente como se refleja en la imagen, consiguiendo una cicatrización de la misma en pocos días (Fig. 5 y 6).

DISCUSIÓN

Planteamos esta terapia como método alternativo en la cura de heridas sobre todo en aquellas en la que el proceso de cicatrización por determinadas circunstancias o motivos no evolucionan de forma favorable.



Figura Nº 5 y 6. Herida cicatrizada en casi su totalidad, y totalmente cicatrizada.

Somos conscientes que existen otros métodos para el mismo resultado sin la necesidad de utilizar la terapia láser de bajo nivel, ya que este equipo no está al alcance de todos los profesionales sanitarios y se utiliza en otros ámbitos y aplicaciones distintas a la planteada en este artículo y sobre todo en sectores privados.

CONCLUSIÓN

La terapia láser de baja potencia (LLLT) es un método eficaz en la cicatrización y curación de las heridas de evolución tórpida donde no existes signos de infección como hemos tenido la oportunidad de comprobar y creemos a quedado de manifiesto en este artículo.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración prestada por el paciente J.L.V.R. Así como al servicio médico del centro La Esperanza y en especial a la Dra Marivi Andréu García.

BIBLIOGRAFÍA

- Cisneros Vela, J.L., Camacho Martínez, F., *Láser y Fuentes de Luz Pulsada en Dermatología y Dermocosmética*. Aula Médica Ediciones. 1999.
- Tunér, J., Hode, L., *Low Level Laser Therapy Clinical Practice and Scientific Background*. Prima Books. 1999.
- Tunér J, Hode L. *Laser therapy clinical practice and scientific background*. Prima Books, Grängesberg.
- www.dsalud.com

ICTUS: LA FORMACIÓN QUE SALVA VIDAS

STROKE: INFORMATION THAT SAVES LIVES

- Rasero Álvarez L¹,
- Naharro Álvarez A²,
- Rodríguez Alarcón J³,
- Martínez Muñoz R⁴,
- Mesa Calvo R⁵,
- López García I⁶.

¹ Diplomada Enfermería. S. Emergencias 112 Extremadura.

² Diplomado Enfermería. EPES. Cádiz.

³ Diplomado Enfermería. EPES. Málaga.

⁴ Diplomada Enfermería. SAMU. Sevilla.

⁵ Diplomada Enfermería. S. Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

⁶ Médico de Familia. Servicio de Emergencias 112 Extremadura.

Resumen

Este estudio, nace con el objetivo de analizar y cuantificar el grado de conocimiento de la población, e identificar la necesidad de formación sobre el ictus, haciendo una comparativa con otra patología similar en su condición de emergencia, con ello se pretende sensibilizar al profesional sanitario y ciudadano sobre el ictus como emergencia médica.

Se realizó un estudio descriptivo sobre una muestra de cien individuos en la población de Sevilla. Para su cumplimentación se realizó una encuesta de 10 ítems; seis referidos al ictus, tres al infarto agudo de miocardio (IAM) y uno sobre la necesidad de formación sobre dichas patologías.

El 59,4% de la muestra reconoce al ictus como infarto cerebral. El 66,4% desconoce la causa que lo origina y sólo un 38,5% sabría reconocer los síntomas más frecuentes. Más del 50% identifica al IAM como patología de mayor gravedad. El 87,5% de la muestra reconoce necesitar formación sobre esta patología.

Es fundamental impulsar campañas de educación sanitaria sobre el ictus, ya que su desconocimiento hace que los tiempos de atención sanitaria se alarguen, favoreciendo la aparición de secuelas invalidantes de por vida. Es necesario potenciar un lenguaje unificado que favorezca la creación de conciencia social respecto a la emergencia que representa.

SUMMARY

The aim of this study is trying to analyze de degree of knowledge about stroke existing in the general population, as well as identifying the need of further information about it. Its situation is compared with that of

AMI, an also frequent cause of critical emergencies, thus expecting to increase the awareness about stroke as a medical emergency in the general population as well as among health care professionals.

The study is based on a sample population (n=100) in the city of Seville (Spain). A 10-item questionnaire was made. Six questions related to stroke, three to AMI and the remaining one regarding the need of information. In 59.4% of the answers stroke is recognized as brain infarction, in 66.4% of the answers ignorance about its cause is admitted and in only 38.5% of the answers its most frequent symptoms would be recognized. 50% of the answers identify AMI as a more serious condition and 87.5% of the population sampled recognizes the need for a more precise information about stroke.

It should be of primary concern to promote health education campaigns about stroke, since the lack of more precise knowledge about it sometimes prevents faster access to medical attention thus increasing

the eventual appearance of impairing sequels. It seems necessary to unify the terminology in use in order to favour social concern regarding the emergency situation that stroke represents.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Ictus,
- ✓ Población,
- ✓ Código Ictus,
- ✓ Emergencia,
- ✓ Educación Sanitaria.

KEYS WORDS:

- ✓ Stroke,
- ✓ population,
- ✓ Stroke Code,
- ✓ emergency,
- ✓ health education.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad cerebrovascular (ACV) supone la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en la población adulta en el mundo, siendo una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo.

El ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa. Las enfermedades cerebrales implican un 23% de los años de vida sana perdidos y un 50% de los años vividos con discapacidad (AVD). (1)

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2) el ACV fue en el año 2002, la segunda causa de muerte global (35.947 casos) y la primera en la mujer (21.018 casos) en la población española. Es responsable de una gran carga de invalidez para el adulto. Además, en nuestro país la atención sanitaria al ictus consume un 3-4% del gasto sanitario. El progresivo envejecimiento de la población está incrementando el número de ictus a pesar de constatare una reducción de su mortalidad. (3). La prevalencia de la enfermedad aumenta por lo que también lo hace la magnitud del problema sociosanitario que supone (4).

Debe considerarse al ictus, como una emergencia médica, al mismo nivel que el infarto agudo de miocardio (IAM). De la rapidez y diligencia con la que se actúe en las primeras horas aumentarán las posibilidades de un diagnóstico etiológico precoz, una mejor recuperación funcional, una menor carga de

invalidez o muerte del paciente con ictus y la instauración del tratamiento lo más específico e individualizado posible, ya que en la actualidad hay tratamientos que solo se pueden aplicar en las 3-6 primeras horas tras el inicio del episodio. Principalmente por los nuevos avances en la utilización de fibrinolíticos.

Se hace, por tanto, necesario evitar los retrasos en la identificación y tratamiento del ictus, debido, en gran parte al desconocimiento de la enfermedad por parte de la población y para ello, es vital informar a la población general, medios de comunicación y sanitarios, entre otros, de lo que implica, para crear una conciencia social de la importancia de una asistencia médica urgente a esta devastadora enfermedad neurológica (5).

Inicialmente es necesario diferenciar conceptos (6). Existen términos tan dispares como: infarto cerebral, accidente cerebrovascular (ACV o ACVA), accidente vascular encefálico (AVE), apoplejía, trombosis, embolia, hematoma, hemorragia cerebral, derrame, parálisis, trombo, falta de riego, ... esta numerosa terminología referida y relacionada con la lesión aguda cerebral, puede llevar en muchas ocasiones a error. En líneas generales, la terminología técnica puede diferenciarse en: referidas al síndrome, a la duración de los síntomas (7), a los síntomas mismos o a su etiología (tabla 1), en función de esta última existen dos formas básicas de ictus: isquémico y hemorrágico (tabla 2).

Según la aparición del síndrome	
Accidente Cerebrovascular	Síndrome neurológico focal que provoca la alteración en la irrigación de una zona concreta del cerebro de origen vascular y de instauración brusca (segundos, minutos, horas y excepcionalmente más de un día). No hace referencia a su duración sino a la aparición del cuadro
Ictus	Trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro
Según la duración del síndrome	
AIT	Episodios breves (duración menor 24 horas) de pérdida focal debidos a la isquemia en un territorio cerebral irrigado por un sistema vascular
Infarto cerebral	Área de tejido muerto, como consecuencia del cese de aporte circulatorio al encéfalo, que determina un déficit neurológico de más de 24 horas de duración, produciendo secuelas
Según la etiología	
Embolia	ACV cuya etiología es un coagulo libre que ocluye el FSC
Trombosis	ACV cuya etiología es un coagulo o placa ateromatosa fija que va aumentando de tamaño hasta ocluir el FSC
Apoplejía	Término histórico aplicado concretamente a la hemorragia intracerebral, definida por los síntomas de desorientación o parálisis

Tabla 1: Conceptos relacionados con el ictus (12).

ACV ISQUÉMICO	ACV HEMORRÁGICO
Aparición de los síntomas en horas o días.	Instauración brusca.
Rápida progresión(émbolo) o en horas (trombo).	Cefalea incapacitante y muy intensa.
Antecedentes de AIT.	Signos de irritación craneal: vómitos, rigidez, etc.
Presencia de factores de riesgo asociados: obesidad, diabetes, arritmias embolígenas, etc.	Presencia de factores de riesgo asociados: HTA, uso de drogas, anticoagulantes, etc.

Tabla 2: diferencias ACV hemorrágico y ACV isquémico (13).

En los últimos años se ha demostrado de forma fehaciente que la asistencia precoz, especializada y multidisciplinaria y el tratamiento específico del ictus mejoran el pronóstico de los pacientes que lo sufren (8). A través del Código Ictus se ha mejorado el retraso de la asistencia especializada, que tiene como objetivos la identificación, notificación y traslado urgente del paciente a un centro útil, donde se continúa con un diagnóstico preciso y precoz, permitiendo el tratamiento más adecuado para cada caso y reduciendo así la mortalidad y secuelas del ictus. Este código no está implantado en toda la red hospitalaria, ya que no existen estudios suficientes disponibles que apoyen la implementación sistemática de dicha unidad (9).

El tiempo con el que cuentan los servicios de urgencias para establecer el tratamiento, se conoce como “ventana terapéutica” y su rango de actuación se encuentra entre las 3-6

horas desde el inicio del episodio. De ahí la importancia de considerar al ictus como una verdadera emergencia médica de primer orden y la necesidad de informar a la población sobre signos y síntomas de alarma para una rápida identificación y manejo, para ello deben proporcionarse, a través de campañas informativas, los conocimientos y habilidades básicas en la identificación del ictus y cualquiera de sus formas y sus síntomas de alarma. Tiempo es cerebro.

El reconocimiento de síntomas por parte del enfermo y/o sus familiares es el primer paso. Existen estudios (estudio Davalos y cols (10)) que afirma que la población no conoce los síntomas de esta enfermedad, ni sus factores de riesgo. Este es uno de los puntos claves para la correcta activación del código ictus y es la fase que requiere la colaboración activa del paciente y/o familiar (11). Cualquier signo o síntoma de alerta debe reconocerse precozmente. (Tabla 3).

GENERALES			
Adormecimiento o debilidad repentina en cara, brazo o pierna, especialmente en uno de los lados del cuerpo.	Dificultad repentina para andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación.	Problemas de visión, en uno o ambos ojos.	Dolor de cabeza severo, repentino sin causa conocida.
AFECTACIÓN IZQUIERDA DEL CEREBRO			
Parálisis del lado derecho del cuerpo.	Problemas del habla o del lenguaje.	Estilo de comportamiento cauto, enlentecido.	Pérdida de memoria
AFECTACIÓN DERECHA DEL CEREBRO			
Parálisis del lado izquierdo del cuerpo.	Problemas de visión.	Comportamiento inquisitivo, acelerado.	Pérdida de memoria

Tabla 3: Signos y síntomas de alerta de ACV (9).

Este estudio nace con el objetivo de cuantificar y analizar el grado de conocimiento de la población sobre el ictus, e identi-

car la necesidad de formación respecto a los principales síntomas y signos de alarma de dicha enfermedad comparándolas

con otras patologías similares en su consideración de emergencias, con ello se pretende sensibilizar al profesional sanitario y al ciudadano sobre el ictus como emergencia médica.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio fue realizado a través de SAMU Sevilla y la Universidad de Sevilla, durante la realización del Máster de Enfermería de Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Ayuda Humanitaria. Estudio descriptivo sobre una muestra de cien individuos en la ciudad de Sevilla, cercanos al Centro de Salud Polígono Norte en el mes de junio de 2007. Se incluyen en el estudio todos los encuestados entre 45 y 80 años. La muestra fue elegida en función de la edad, ya que se pretendía conocer el grado de conocimientos de la población general susceptible de padecer esta enfermedad, o bien, ser familiares/cuidadores de potenciales pacientes.

Para la consecución de los objetivos planteados, este estudio se ha fundamentado en la cumplimentación de una encuesta y una revisión bibliográfica sobre el ictus.

Para su cumplimentación, se realiza una encuesta de diez items, seis referidos a ictus, tres sobre IAM y uno referido a la necesidad de formación sobre el reconocimiento de síntomas iniciales de dichas patologías (Fig. 1).

Como datos demográficos se utilizan sexo, edad y nivel académico, en referencia a los conocimientos y riesgos de sufrir un accidente cerebrovascular. Los items se definen en la figura 1.

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS.

Encuesta 1:
NECESIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA POBLACION

Esta encuesta es anónima y su objetivo es identificar puntos importantes en la formación/educación para la salud de los ciudadanos en el accidente cerebrovascular (ACV) o ictus y el infarto agudo de miocardio (IAM) de su comunidad. Gracias por su tiempo.

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ años

Nivel académico/Profesión:
 Sus labores Graduado escolar FP Universitario Otro: _____

1. ¿Sabe usted qué es un ictus? Sí No

2. El ciudadano conoce al ictus con otras denominaciones, ¿Cuál le es más conocida?
 Trombosis: Sí No Infarto cerebral: Sí No
 Embolia: Sí No Congestión: Sí No
 Otras: _____

3. ¿Sabe usted cuál es la causa o cómo se originan los ictus? Sí No

4. ¿Sabe cuáles son los síntomas más frecuentes que produce un ictus? Sí No

5. ¿Qué considera más grave un infarto de miocardio o un ictus? ictus infarto

6. ¿Sabe usted qué es un infarto agudo de miocardio (IAM)? Sí No

7. El ciudadano conoce al IAM con otras denominaciones, ¿Cuál le es más conocida?
 Angina: Sí No Dolor de pecho: Sí No Infarto: Sí No
 Otras: _____

8. ¿Sabe usted cuál es la causa o cómo se originan los IAM? Sí No

9. ¿Sabe cuáles son los síntomas más frecuentes que produce un IAM? Sí No

10. ¿Cree que necesita formación para usted o sus familiares sobre...?
 Reconocer los síntomas iniciales del ictus: Sí No
 Reconocer los síntomas iniciales del IAM: Sí No

Máster de Enfermería de UEGCMI

Figura 1.

3. RESULTADOS

Se ha extraído una muestra de 96 encuestas válidas y 4 no válidas. La media de edad se ha establecido en 58,26 años, mientras que la moda es de 60 años. Con una desviación típica de 7,786 que oscilan entre los 45 y 76 años.

La muestra referida al sexo es prácticamente homogénea, con un 51% de hombres y un 49% de mujeres.

Respecto al nivel académico un 25% tiene graduado escolar, un 24% estudios de secundaria (FP Bachillerato), mientras que el 42,7% tiene estudios universitarios, el resto (8,3) se dedica a las labores del hogar.

Con referencia a si conoce qué es un ictus, el 52,1% afirma conocerlo, mientras el 47,9% lo desconoce.

Con respecto a las denominaciones del ictus, la más conocida es la de infarto cerebral con un 59,4% de la muestra, en segundo lugar la trombosis 28,1%, mientras que embolia y congestión no superan el 20%.

El 60,4% de la muestra, desconoce la causa que origina el ictus, mientras que tan sólo el 38,5% sabría reconocer los síntomas más frecuentes que produce.

En las preguntas referidas al IAM, y si lo identifican como de mayor gravedad que el ictus, el 52,1% opina que el primero es más grave, el 39,6% piensa que es el ictus, mientras y el 8,3% lo desconoce.

El 75% de los encuestados creen saber que es un IAM conociéndolo principalmente (como infarto), mientras que tan sólo un 25% de los encuestados, lo conoce por los términos angina o dolor de pecho.

Mientras que el 57,3% reconocería los síntomas de un IAM, el 54,2% desconoce la causa que lo origina.

Cuando se le preguntó a los encuestados si creían necesitar formación para él y sus familiares en el reconocimiento de los síntomas iniciales el 87,5% opinaban que era necesario en el ictus (figura 2), mientras que el 84,4% en el IAM.



Figura 2.

4. DISCUSIÓN

Un alto porcentaje de los encuestados desconocen que es un ictus, pero podrían llegar a reconocerlo mediante otros términos, sin embargo la gran diversidad de términos utilizados en referencia al ictus, puede dificultar y llevar a error en su reconocimiento a la población.

Más del 50% desconocen las causas del ictus (factores de riesgo) y los síntomas que presenta, pudiendo retrasar los intervalos de atención sanitaria.

Mientras que las múltiples campañas de educación sanitaria sobre el IAM y su alta mortalidad, lleva al ciudadano a denominarlo como más grave, es una patología mayoritariamente conocida.

Un alto porcentaje de la población identifica la necesidad de saber más acerca del ictus, lo que hace necesario, la creación de programas de educación sanitaria sobre el mismo.

5. CONCLUSIONES

Tras la revisión de la bibliografía y los resultados de la encuesta se obtienen como conclusiones la necesidad de potenciar campañas de educación sanitaria en cuanto al reconocimiento del ictus ya que se trata de una verdadera emergencia médica en la que la ventana terapéutica de la que disponen los equipos sanitarios es muy reducida.

A través de la creación del denominado "Código Ictus" y la implantación cada vez más generalizada de unidades especializadas en ictus, se está potenciando una más rápida atención y tratamiento de los accidentes cerebrovasculares, aunque es necesario continuar realizando estudios que avalen las grandes ventajas que actualmente aportan.

Se debe potenciar la estandarización de un lenguaje unificado que ayude a crear una conciencia social respecto a la emergencia que representa dicha patología.

El desconocimiento de los factores de riesgo y síntomas de esta enfermedad, pueden retrasar los intervalos de atención sanitaria favoreciendo la aparición de secuelas invalidantes de por vida.

La necesidad existe. La sociedad demanda información y hace necesaria la creación de programas específicos para solventar este problema. El ictus debe reconocerse precozmente y el ciudadano tiene un papel esencial aquí, él es el protagonista y a él deben ir encaminados todos los esfuerzos.

6. AGRADECIMIENTOS

A Juana Macías Seda, porque sin su ayuda nunca habría encontrado el camino para llegar hasta aquí.

A SAMU y D. Carlos Álvarez Leiva, por proporcionarme la base para desarrollarme en este campo tan apasionante.

A todas las personas que leen este artículo y que han ayudado a su publicación, pues la finalidad del mismo es crear conciencia social, y contribuir a que se produzca un cambio en la misma.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mathers CD, Stein C, Fath DM, et al (2002). Global Burden of disease 2000: Version 2 methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 50. World Health Organization. Genova 2002. [on line] Consultado Julio 2007. http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper50.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2004. [on-line] actualización Abril 2006. www.ine.es
3. Previsiones de cambio en la población. Organización Mundial de la Salud 2002. <http://who.int/homepage/index.es.shtml>
4. Alonso De Leciana-Cases M, , Pérez-R GE, Iez-Tejedor E et al. Recomendaciones para el tratamiento y prevención del ictus 2004. Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular (SIECV). Rev Neurol 2004; 39(5): 465-486
5. Martínez Vila E, Gallego J. El ictus una emergencia médica. ANALES Sis San Navarra 2000; 23 (supl 3) 7-9.
6. Lacruz F, Herrera M, Bujanda M, Erro E, Gallego J. Clasificación del ictus. ANALES Sis San Navarra 2000; 23 (supl 3): 59-66.
7. Ruiz Jiménez NA, González Ruano PA, Suarez CA. Abordaje del accidente cerebrovascular. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 26-N4-2002.
8. Álvarez-Sabin J. Eficiencia de la implantación de un sistema de atención especializada y urgente al ictus. Rev. Investigación Clínica Farmacológica 2004; 1 (3): 39-46.
9. Kwan J, Sandercock P. Vías de atención hospitalaria para el accidente cerebrovascular en: la cochrane library plus en español. Oxford:update software.2002 (on line) <http://212.49.218.200/newgenClibplus/ASP/printDocument.asp>.
10. Dávalos A, Castillo J, Martínez-Vila E. Cerebrovascular Diseases Study Group of the Spanish Society of Neurology. Delay in neurological attention and stroke outcome. Stroke 1995; 26: 2233-2237
11. Castellví E, Carneado Ruiz J, Claramonte Clausell B, et. al. . El ictus. ¿Qué es? ¿Por qué ocurre? ¿Cómo se trata?. Una información útil para el enfermo y su familia. Sociedad valenciana de Neurología. Instituto Médico Valenciano. Valencia 2003: 34-35
12. What are the warning signs of stroke?. 1995-2002. American Stroke Association and American Heart Association. 2004: Pág. 2.
13. Martín Rodríguez F, Yañez Castizo A, Herrera Vaca C. Accidente Cerebro-vascular Agudo. En: Martín Rodríguez F, Delgado Benito JF, Orbañanos Peiro L. Manual de Asistencia Prehospitalaria en Emergencias y Catástrofes. Fundación de Enfermería de Castilla y León. Valladolid 2003: pag 74-78.
14. Cremades I, Sotillo C, Villanova M, Andrade G, Bueno B, Domínguez E, Guerrero JE. El Ictus: Manejo Clásico y las Nuevas Perspectivas. Rev Puesta al Día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. 2001; 2 (3): 117-124.

REFLEXIÓN SOBRE LA RELEVANCIA DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL DEL PACIENTE CON DEMENCIAS

■ Antonio Márquez Alfonso

Diplomado en Enfermería. Ucamí. Hospital Duques del Infantado. Sevilla.

Resumen

Todos tenemos conocimiento de la creciente longevidad, unida a la disminución de la natalidad que estamos alcanzando en los países desarrollados y de la diferente pirámide poblacional en la que nos encontramos actualmente en relación a épocas anteriores. Por otra parte, las necesidades de las personas de más edad aumentan cada día, debido a una lógica dependencia que resulta proporcional a los años vividos al final de la vida. En la actualidad, el aumento de los casos de demencias en todo el mundo con el gasto que ello conlleva, ha supuesto durante los últimos años un reto asistencial para todos.

El Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente. El principal factor de riesgo de esta enfermedad es la edad avanzada. Es una patología crónica, degenerativa, de evolución lenta, progresiva e irreversible.

Las demencias representan tanto para los afectados como para sus familias un problema de salud difícil de afrontar, por consiguiente, la asistencia a los mismos implica la utilización de un enfoque multidisciplinar que llevaremos a cabo mediante la actuación en mutua colaboración de diversos profesionales entre los cuales el profesional de Enfermería tiene un peso específico tanto desde atención primaria como desde atención especializada. Debido a la dependencia producida por esta patología nuestra atención se centra de forma global en el núcleo paciente/familia/cuidador principal y dispensaremos nuestros cuidados de acuerdo a la situación particular que pueda estar viviéndose en cada caso y a la fase evolutiva de la enfermedad en la que se encuentre. En este sentido, tanto la figura del cuidador principal como el papel de Enfermería en colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, resultan de vital importancia para enfrentarse a este reto asistencial y garantizar un correcto manejo de dicho problema de salud.

Summary

We are all aware of the increasing longevity, combined with the falling birth rate that we are reaching those in Developed countries and the different population pyramid in which we now find ourselves in relation to the past. On the other hand, the needs of elderly are increasing every day, due to a logical unit that is proportional to the years lived at the end of life. At present, the increasing incidence of dementia across the world with the cost that this entails, has led in recent years a challenge for all care. The Alzheimer's is the most common type of dementia. The main risk factor for this disease is the elderly. Alzheimer's disease a condition chronic, degenerative, slow developing, progressive and irreversible.

The demencias represent both for those affected and their families a health problem difficult to tackle, therefore, assisting them involves using a multidisciplinary approach that will take place through mutual cooperation in the performance of various professionals including

Professional Nursing plays a specific weight from both primary care and specialist care since. Because the unit produced by this pathology of our attention is focused globally at the heart patient/family/primary caregiver and dispensing according to the particular situation that may be living in each case and the evolutionary stage of the disease in that is. In this regard, both the figure of primary caregiver as the role of Nursing in collaboration with the rest of the multidisciplinary team, is of vital importance to deal with this challenge of care and ensuring the proper handling of this health problem.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Demencias,
- ✓ Abordaje Terapéutico Integral,
- ✓ Alzheimer,
- ✓ Cuidados del Cuidador,
- ✓ Calidad de vida.

Key words:

- ✓ Dementias,
- ✓ Comprehensive therapeutic approach,
- ✓ Alzheimer's disease,
- ✓ Care Home Care,
- ✓ Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

Las demencias constituyen un problema de salud que produce un gran impacto sobre la población anciana y sobre sus familias.

RECUERDO FISIOPATOLÓGICO

La demencia es un síndrome plurietiológico que se caracteriza por la existencia de un deterioro intelectual con respecto al nivel previo lo suficientemente intenso como para interferir en las capacidades funcionales del sujeto, desde el punto de vista biopsicosocial y laboral.

La enfermedad de Alzheimer se presenta con un cuadro típico de deterioro cognitivo progresivo, que además es irreversible y que se manifiesta inicialmente por una alteración de la memoria para hechos recientes y que va afectando posteriormente a los recuerdos del pasado lejano. Afecta al cerebro humano en su totalidad y sobre todo a las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico, zonas en las cuales se encuentran albergadas las funciones cognitivas superiores que nos diferencian del resto de los seres vivos (lenguaje, pensamiento abstracto, razonamiento lógico, etc).

Los pacientes afectados de demencia son testigos de un padecimiento que en la mayoría de los casos nunca hubiesen deseado tener a pesar de la expectativa de vida alcanzada. Las familias, por su parte, sufren graves consecuencias en su dinámica familiar habitual y en su dinámica de vida en general y deben adaptarse a una situación totalmente nueva para ellos. Además las administraciones públicas admiten frecuentemente no poder proporcionar cobertura a las numerosas demandas sociosanitarias ocasionadas por la demencia. Por lo tanto, dicha patología se convierte en uno de los más grandes desafíos asistenciales de este siglo.

La prevalencia de las demencias y en particular de la demencia tipo Alzheimer (alrededor del 75% de todas las demencias) y de la demencia vascular (asociadas al envejecimiento), aumentará, según los expertos, de forma paulatina y progresiva en los próximos años debido al creciente envejecimiento de la población tanto en países desarrollados como no desarrollados. Todo esto unido a la ausencia de tratamientos curativos para las enfermedades que determinan la demencia

y a la creciente expectativa de vida que experimentan dichas patologías por los continuos avances terapéuticos, las convierten en enfermedades cada vez más crónicas que producen una invalidez que progresa a lo largo de su evolución.

La dependencia que presentan estos pacientes deberá ser suplida especialmente por sus familiares. Esto repercute de forma pronunciada, como ya se ha reflejado anteriormente, en la dinámica familiar y social al ser patologías de larga evolución y gran dependencia por parte de los pacientes que la sufren, lo cual puede llevar consigo una alta morbilidad psiquiátrica en los cuidadores por estrés, cansancio y agotamiento de los mismos. Dado que la asistencia a estos pacientes en la comunidad no puede llevarse a cabo sin la presencia de los cuidadores familiares, éstos deberán ser considerados también como objetivos básicos del sistema de atención a los pacientes dementes.

Por otra parte la atención del paciente en la comunidad reporta beneficios a éste, a la familia y al servicio sociosanitario ya que la estancia en su domicilio mejora la calidad de vida del paciente demente con respecto a la institucionalización, reduciendo sensiblemente los costes para los servicios públicos sanitarios y sociales.

En la asistencia al paciente demente intervienen una gran variedad de profesionales de diversos ámbitos laborales y muy diferentes profesiones. El profesional de enfermería se convierte en pilar básico del equipo multidisciplinar que presta atención asistencial al paciente demente y a sus familiares y esto ocurre tanto en atención primaria como en atención especializada. Desde atención primaria, el profesional de enfermería presta cuidados específicos en función de la fase evolutiva de la enfermedad tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente. Desde atención especializada (Unidades especializadas en demencia, Hospitales, Centros de día con personal especializado, etc), el profesional de enfermería pone en marcha programas en los que los cuidados son el centro de la atención dispensada y en los que se fomenta la máxima participación del paciente/familia/cuidador principal.

La buena coordinación e interrelación entre los distintos niveles asistenciales garantizará una buena calidad asistencial hacia los mismos y contribuirá a revalorizar el abordaje terapéutico integral, la continuidad de cuidados, la eficacia del sistema y la satisfacción de los profesionales.

METODOLOGÍA

ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL

El abordaje terapéutico integral de estos pacientes lo llevaremos a cabo haciendo énfasis en el punto de vista biopsicosocial, con un enfoque multidisciplinar y mediante la coordinación e interacción activa y dinámica entre los distintos niveles de asistencia.

En el paciente con demencia se producen alteraciones cognitivas, psicológicas y conductuales que afectan a su capacidad funcional, física y mental así como también a su relación con el entorno familiar y social. En este sentido, el paciente con deterioro cognitivo es un anciano de riesgo y por consiguiente candidato a una valoración multidisciplinar. La valoración de enfermería la realizamos teniendo en cuenta a la persona



desde el punto de vista biopsicosocial. Por tanto, será una herramienta indispensable para el posterior abordaje terapéutico integral del núcleo paciente/familia/cuidador principal. La valoración funcional periódica nos permite predecir la esperanza de vida activa, utilización de recursos, nivel de ayuda necesario, riesgo de institucionalización y mortalidad. En este sentido será fundamental valorar la dependencia que presenta el paciente para actividades básicas de la vida diaria y para actividades instrumentales de la vida diaria con el fin de conocer además las tareas y cargas físicas que asume el cuidador principal en la atención personal del paciente.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE Y FAMILIARES SEGÚN LAS DISTINTAS FASES DE LA ENFERMEDAD.

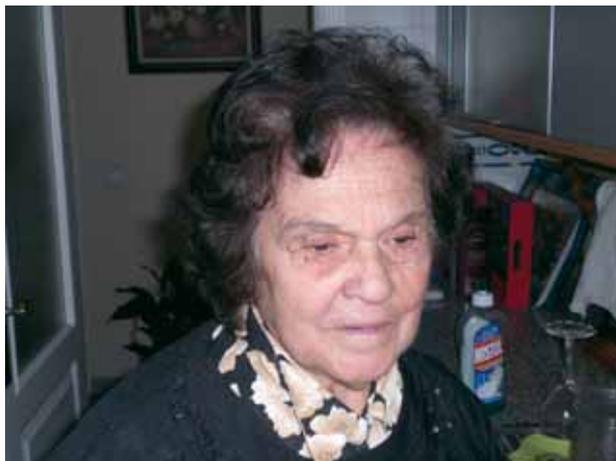
Los pacientes con demencia van a tener una amplia variedad de problemas y necesidades alteradas que por lo general y en la mayoría de los casos se quedan sin tratar ya que el tratamiento actual de esta patología tiene un enfoque sintomático y no va dirigido en ningún caso hacia las causas etiológicas de la enfermedad y por otra parte no existen fármacos específicos ni intervenciones quirúrgicas para paliar estos problemas y necesidades alteradas, sino que se tratan en base a cuidados de larga duración. Estos cuidados van a ir dirigidos por parte de los profesionales de enfermería con vistas a proporcionar al paciente y a su familia el mayor grado posible de bienestar, aumentar su calidad de vida y dignidad, evitar el dolor y el sufrimiento y cuidar al paciente para vivir y morir dignamente. Aquí queda reflejada de forma manifiesta la esencia y la grandeza de la profesión enfermera.

La actuación de enfermería a lo largo del proceso evolutivo y degenerativo de esta patología se basa en los siguientes parámetros según las características comunes que presentan estos pacientes en cada una de sus fases evolutivas:

A) FACILITAR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

El diagnóstico precoz ayuda al cuidador a estar informado sobre la enfermedad y a saber cuales serían las expectativas. Dicho diagnóstico se convierte en la primera etapa para la planificación del futuro y resulta de suma importancia a la hora de instaurar un tratamiento temprano, el cual se ha evidenciado como más eficaz en estadios iniciales de la enfermedad.

El profesional de enfermería se convierte en pieza clave para detectar los síntomas iniciales en el paciente con demencia al ser uno de los grupos asistenciales que más tiempo está en contacto con el paciente y que más horas dedica a la atención de la población en general y de la población mayor en particular. En el momento en que detectemos la presencia de dificultad reiterativa para retener información nueva por parte del paciente de riesgo, de manejar labores complejas, pérdidas de memoria que afectan a las capacidades de trabajo (números de teléfono, citas, nombres, etc), desorientación temporoespacial, lenguaje reiterativo y empobrecido, perder cosas importantes o ponerlas en lugares inadecuados (plancha en frigorífico), pobreza de juicio (vestidos inapropiados, conductas inadecuadas, cambios de humor y de conducta, cambios de personalidad, pérdida de iniciativa (pasividad y necesidad de estímulos constantes, problemas de pensamiento abstracto (olvido del significado del dinero, problemas para interpretar refranes y



para evaluar semejanzas), etc, independientemente del nivel asistencial en el que trabajemos, deberemos confirmar indicios que puedan corroborar nuestra sospecha mediante la utilización de diferentes instrumentos de diagnóstico multidisciplinar o verificando la existencia de diagnósticos enfermeros propios de las fases iniciales de la enfermedad, procederemos a estimular al paciente y/o familiares para la realización de un estudio diagnóstico completo y comenzaremos el protocolo administrativo con vistas a que la realización del proceso diagnóstico de la forma más rápida y eficaz posible.

B) INFORMACIÓN Y ENSEÑANZA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMEDAD.

Una vez confirmada la presencia de una patología demencial y el grado de deterioro global del paciente, procederemos a ayudar a la familia/cuidador principal a comprender la información relacionada con el proceso de enfermedad. El objetivo general y prioritario de nuestra intervención durante todo el proceso será el bienestar, la calidad de vida, la seguridad y la dignidad del paciente y su familia.

Como paso previo antes de proporcionar información debemos conocer las características educativas, socioculturales y recursos que posee la familia, el tipo y nivel de información y aceptación que tienen sobre la enfermedad y la situación animica familiar. Asimismo debemos conocer de antemano el nivel de información que el paciente desea tener, ya que una cosa es que el paciente tenga derecho a estar informado y otra muy distinta es que tenga la obligación de estarlo. Todo esto nos permitirá adecuar el contenido, la forma y el momento de los mensajes informativos.

Resulta fundamental proporcionar la información de forma gradual al paciente/familia/cuidador principal, según necesidades y capacidades, no dando inicialmente demasiada información, dando tiempo para su elaboración y para facilitar que los mismos nos expongan sus ideas, temores, sentimientos y dudas.

En caso necesario, debemos informar a la familia/cuidador principal de que hasta que no acepten la enfermedad, no estarán en disposición de ayudar al paciente. Esta ayuda se basa en fomentar y potenciar la máxima independencia posible y de ninguna forma supone sustituirlo en aquellas actividades que él todavía es capaz de realizar por sí mismo.



La familia y los cuidadores deben conocer el proceso de enfermedad para saber cómo deben actuar ante cada uno de los trastornos cotidianos que puedan presentarse y tener presente que la pérdida progresiva de capacidades y los problemas de comportamiento que aparecen a medida que va avanzando la enfermedad, pueden desembocar en una convivencia difícil o prácticamente imposible si no se dispone de ayuda.

El hecho de estén informados de antemano sobre lo que puede ocurrir y como prevenir y enfrentarse a estas situaciones, reduce sensiblemente el estrés y la sensación de vacío, pena, soledad, etc y mejora notoriamente el afrontamiento del problema de salud y la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares y/o cuidadores.

Por otra parte debemos concienciar a la familia para que asimile que el impacto que genera la enfermedad sobre ella no es exclusivamente físico, sino que es especialmente psico-social ya que supone un acontecimiento vital estresante que genera cambios adaptativos que van a repercutir sustancialmente sobre su hogar, su trabajo y su vida social y que puede llevarla a perder su nivel óptimo de funcionamiento y bienestar.

En caso de que la familia esté bien organizada, posea mecanismos de adaptación a los cambios y recursos adecuados, nuestro papel será de soporte facilitando y manteniendo la situación. En otras ocasiones, esta nueva situación podrá poner de manifiesto una crisis familiar que puede no ser recuperada, dando lugar a una disfunción familiar o a un afrontamiento familiar incapacitante acompañado de una crisis familiar con claudicación e imposibilidad de mantener el cuidado del paciente en el domicilio.

La actuación de enfermería en estos casos se lleva a cabo mediante reuniones con entrevistas a varios miembros de la familia, incluyendo al cuidador principal, donde se analizan las necesidades alteradas en ese momento y se orienta sobre la organización de los cuidados, reparto de tareas, información sobre recursos sociosanitarios de ayuda existentes en la comunidad y planificación del futuro en función de la evolución de la enfermedad y según la fase evolutiva en la que nos encontremos en cada momento. El profesional de Enfermería asegurará y garantizará al paciente y familiares su apoyo y accesibilidad durante todo el proceso.

C) ASISTENCIA EN LA FASE INICIAL DE LA ENFERMEDAD.

La sintomatología presente en esta fase son los trastornos práxicos o incapacidad para ejecutar un acto motor en ausencia de causa que pueda dificultar su realización (déficit motor, sensitivo, de coordinación y de la memoria de fijación).

En este sentido, las características más importantes que presenta el paciente son tanto la falta de iniciativa, la pasividad y el desánimo para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), como el olvido de algunos factores que influyen en su ejecución. Esto produce un abandono del autocuidado personal y de su propio rol habitual.

Los cuidados específicos de enfermería en esta fase se basan en:

- Organización minuciosa de las AVD, fomentando su autonomía y participación activa, estableciendo rutinas secuenciadas, siempre de la misma forma, realizando una discreta vigilancia y fomentando la toma e decisiones por parte del paciente y no prestando en ningún momento mayor ayuda de la necesaria.
- Adaptación del entorno y/o formación del cuidador principal en este aspecto, estableciendo precauciones para evitar accidentes y caídas favoreciendo un ambiente protésico.
- Promocionar la seguridad del paciente (peligros domésticos, conducción, desplazamientos, etc).
- Fomentar la instauración de terapias cognitivas en centros especializados o en el propio domicilio por parte de familiares y/o cuidadores.

La realización de estas actividades de autocuidados de forma autónoma potenciará y aumentará la autoestima y la seguridad del paciente y evitará su falta de iniciativa.

D) ASISTENCIA EN LA FASE MODERADA DE LA ENFERMEDAD.

En esta fase los déficits cognitivos conllevan un deterioro funcional, el paciente ya en esta fase de la enfermedad no es capaz de sobrevivir sin asistencia. En esta etapa pueden persistir los trastornos emocionales y predominan los síntomas conductuales de la enfermedad (comportamientos agresivos, vagabundeos, alucinaciones, trastornos del sueño, conductas inhibidas, delirium, etc). El paciente olvida realizar las actividades de autocuidados y sufre una pérdida de destrezas para la realización de las actividades domésticas y cotidianas. Todo esto conlleva la necesidad de proporcionar ayudas al paciente y en este sentido los objetivos del profesional de enfermería van encaminados a realizar por parte del mismo el mayor número de actividades ofreciéndole la menor ayuda posible.

Los cuidados de enfermería en esta fase se basan en:

- Analizar las pérdidas reales y las capacidades residuales supliendo únicamente las áreas perdidas por el paciente.
- Potenciar técnicas de estimulación cognitiva, adaptándolas al nivel de deterioro del paciente.
- Establecer programas de modificación de trastornos de conducta y programas de fomento del sueño y en caso necesario favorecer el tratamiento farmacológico de estos déficits.
- Ritualizar secuencias de la vida cotidiana, fomentar el ejercicio físico y evitar el estreñimiento.

- Instaurar programas de rehabilitación funcional y establecer ayudas en deambulación y desplazamientos, si fuera necesario.
- Promocionar la ayuda en AVD mediante supervisión y/o suplencia, según los casos, e introducir técnicas de control de esfínteres.
- Promover y facilitar la ampliación de programas de adecuación del entorno.

E) ASISTENCIA EN LA FASE SEVERA DE LA ENFERMEDAD.

En esta fase el paciente presenta serias dificultades para la realización de las AVD, suele presentar incontinencia tanto urinaria como fecal y precisa ayuda familiar o institucional permanente.

En esta etapa existe una pérdida progresiva de facultades para la movilidad y por lo tanto para la realización de actividades domésticas y cotidianas. No puede caminar, sufre caídas y finalmente termina siendo dependiente total para el autocuidado pudiendo tener vida cama-sillón o siendo un paciente totalmente encamado.

Los cuidados de enfermería en esta fase van encaminados a la suplencia total en AVD, a prevenir problemas asociados a la inmovilidad y a intensificar los cuidados del cuidador.

Los cuidados de enfermería específicos en esta fase se basan en:

- Ayuda total en AVD.
- Estimulación psicomotriz.
- Cuidados del paciente encamado, según los casos.
- Prevención de úlceras por presión.
- Apoyo al cuidador principal y apoyo a la familia.
- Asesoramiento y cuidados intermitentes.
- Educación sanitaria al cuidador principal sobre habilidades de autocuidados, administración de fármacos, cuidados de sondas y catéteres, control de la incontinencia, utilización de dispositivos para el cuidado del paciente (colchón antiescaras, silla de ruedas, cama articulada, etc).

F) ASISTENCIA EN LA FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD.

Las demencias representan una patología crónica, progresiva e irreversible. En la evolución de la enfermedad se produce un deterioro paulatino que evoluciona hacia la muerte del paciente en un periodo de entre 7-20 años a partir de su instauración. En esta última fase de la enfermedad el paciente se encuentra postrado en una cama y con los distintos grados de arreactividad y desconexión del medio. Es totalmente dependiente de los demás para seguir viviendo. En esta etapa de la enfermedad la muerte es irreversible.

Los cuidados de Enfermería en esta fase van dirigidos a favorecer todas aquellas situaciones que proporcionan bienestar al paciente, evitando aquellas que pueden provocar sufrimiento. Por lo tanto en esta etapa proporcionaremos cuidados paliativos, consistentes en proporcionar al paciente un programa de atenciones dirigidas a evitar todos los síntomas provocadores de malestar, tales como el dolor, la disnea, y el estreñimiento. Los cuidados paliativos incluyen además el apoyo a la familia y/o cuidador principal para favorecer su adaptación a esta etapa de la enfermedad en la que ya está presente la evolución hacia la muerte. En esta etapa debemos tener siem-



pre presente que debemos proporcionar al paciente una muerte digna.

El programa de cuidados no finaliza con la muerte del paciente, sino que por el contrario comienza una nueva etapa en la que ofreceremos nuestro apoyo a la familia/cuidador principal para que el desarrollo del duelo se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles.

CONCLUSIONES

- 1) La demencia en cualquiera de sus formas es uno de los mayores problemas de salud a los que se enfrenta la sociedad moderna y es consecuencia directa del aumento de la esperanza de vida.
- 2) La demencia no es consecuencia natural del envejecimiento, sin embargo, lo cierto es que la demencia en cualquiera de sus formas es un problema de salud propio de la tercera edad.
- 3) El diagnóstico precoz resulta fundamental para hacer más lenta la degeneración cerebral y ayuda a la familia/cuidador principal a estar informados de antemano sobre la enfermedad y a saber cuales son las expectativas, mejorando de esta forma la calidad de vida, la seguridad y la dignidad tanto del paciente como de sus familiares y cuidadores.
- 4) Ejecutar la mente, liberarse del estrés, mantenerse en forma, seguir una nutrición saludable (eliminar cualquier factor de riesgo vascular como la hipertensión, diabetes, colesterol que pueden causar daños neuronales que acaben en demencia), actividades como el baile o la utilización del ordenador que son una forma de realizar gratamente un trabajo de memoria y que permiten detener o corregir el decaimiento cognitivo, son medidas higiénico-dietéticas que reducen el riesgo de perder la memoria o retrasar el posible deterioro cognitivo. (Mens sana in corpore sano).
- 5) La actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente demente resulta de una importancia crucial tanto desde atención primaria como desde atención especializada. Al estar continuamente en contacto con el enfermo, nuestra misión a la hora de facilitar el diagnóstico precoz de la enfermedad, resulta también de vital trascendencia.

- 6) El deterioro cognitivo progresivo supone una merma en las capacidades intelectuales de los enfermos que lo padecen, produciendo repercusiones relevantes en la vida personal, profesional, social y familiar, que plantea condicionantes de carácter sanitario y ético-legal.
- 7) La persona con demencia no es responsable de sus actos, ni actúa de mala fe, aunque a veces pueda parecerlo. El cuidador debe ser consciente de esto para evitar enfrentarse al enfermo, cuando en realidad debiera enfrentarse a la enfermedad.
- 8) Los cuidadores que atienden a personas con demencia están sometidos a un nivel de estrés muy importante. Son enfermos muy difíciles de llevar, agotadores y absorbentes. Por tanto, en este sentido paciente y cuidador son una unidad a la que hay que atender como tal. (Cuidar a los que Cuidan).
- 9) Dentro de pocos años será posible diagnosticar el Alzheimer en su fase más incipiente, mediante la realización de dos pruebas, una de imagen cerebral y otra de análisis de sangre. La primera revelará quienes tienen en su cerebro un exceso de proteína "mala" que es el amiloide. La segunda detectará quienes tienen escaso amiloide en su sangre, lo cual permitirá deducir que se acumula en el cerebro. Ambos resultados indicarán que el Alzheimer ya está presente, aunque no haya síntomas.
- 10) Los pacientes dementes son adultos que se comportan como niños ya que están perdiendo sus facultades mentales. Muchos de ellos tienen mal carácter, pero sin embargo, necesitan como cualquier persona, del afecto y del cariño de quienes les rodean.
- 11) La base fundamental del tratamiento actual de las demencias son los cuidados de larga duración, los cuales van y son dirigidos por el profesional de enfermería hacia el paciente/familia /cuidador principal con vistas a proporcionarles el mayor grado posible de bienestar y a aumentar su dignidad y calidad de vida (el profesional de enfermería cuida de tu salud, mejorando tu calidad de vida).
- 12) Debemos garantizar apoyo al cuidador principal, apoyo a la familia, educación sanitaria, cuidados intermitentes y asesoramiento durante todo el proceso evolutivo de la enfermedad, además de asegurar nuestra presencia y accesibilidad. De esta forma reduciremos sensiblemente las situaciones de estrés y contribuiremos a mejorar el afrontamiento del problema de salud.
- 13) La dignidad del paciente y cuidadores debe ser respetada en todo momento y tendremos en consideración sus deseos a lo largo de los programas de cuidados.
- 14) La coordinación e interrelación real, activa y dinámica entre los distintos niveles de atención sanitaria servirá como soporte instrumental imprescindible para garantizar la calidad asistencial y la atención integral a los pacientes con demencia y a sus cuidadores.
- 15) El objetivo final de la asistencia al paciente con demencias es proporcionarle los mejores cuidados para que pueda cumplir con sus actividades cotidianas y, por ende, para mejorar su calidad de vida y la de sus familias y cuidadores.
- 16) Debemos ayudar al paciente a pasar los últimos momen-

tos de su vida con el menor sufrimiento posible, no siendo razonable en el enfermo terminal adoptar medidas que provoquen un retraso en la evolución natural de la enfermedad ya que no se va a mejorar su calidad de vida. En la fase terminal de la enfermedad debemos aplicar cuidados paliativos que aumenten su confort y alivien su sufrimiento proporcionando al paciente una muerte digna y teniendo siempre presente que cuando no se puede dar buena calidad de vida debemos proporcionar buena calidad de "ida".

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Bermejo Pareja F. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Justificación de un consenso sobre la práctica clínica. En: Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Ed. Doyma. Madrid 2000. p. 25-37.
- 2) Consejería de Sanidad y Servicios sociales del Gobierno de Cantabria. Guía para cuidadores de Enfermos de Alzheimer. Primera Edición. Cantabria. España. 2004.
- 3) Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer. Guía para la Planificación de la Atención Sociosanitaria del Enfermo de Alzheimer y su Familia. Primera Edición. Pamplona. España. 2003.
- 4) Gil P, Kessel H, Midón J y Barona MA. Demencia y geriatría. Glosa Ed. Barcelona 2000.
- 5) Pascual y Barlés G. Guía para el Cuidador de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer. Zaragoza: LIBROS CERTENZA, 2000.
- 6) Regato Pajares P. Coordinación en la dimensión sanitaria y de recursos sociales. Tipificación de recursos. En: Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Ed. Doyma. Madrid 2000. p. 75-86.
- 7) González J.A., González M.C., Florez-Tascón F.J., González V.M., García D. Demencia Alzheimer: Patogénesis Geriátrica. 2003; 19 (supl. 1): 18-27.
- 8) González V.M, Martín C. Demencias en Atención Primaria. Guía para el diagnóstico temprano y el seguimiento. Salamanca 2002.
- 9) Viralta-Franch J, López Pousa S, Llinás-Reglá J. prevalencia de demencias en una zona rural. Estudio Girona. Rev. Neurol. 2000; 30(11): 1026-35.
- 10) Forres J.A., Flórez I., Rodríguez J. Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. Med. Integral 2003; 41 (3): 178-85.
- 11) Espinás J, Caballé E., Blay C., Iruela T., Planes A, Puente A. et al. Las demencias en el ámbito de la atención primaria. Aten Primaria 1999; 19 (8): 419-25.
- 12) González V.M. Asistencia desde atención primaria al paciente con demencia en fases avanzadas. En: López Pousa S., Turón Estrada L.F., Agüera L, editores. Demencia en fases avanzadas. Una perspectiva integral. Barcelona: Prous Science, S.A.; 2005. p. 591-610.

APLICACIÓN DEL MODELO DE ENFERMERA REFERENTE EN NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIACA

2º Premio de Comunicación Oral en el XVIII Congreso Nacional de Enfermería Vascul ar de la AEEV. Madrid 2006

- Manuel Ángel Carmona Vera¹.
- M^a Isabel Lozano Nogales².
- Andrés Roldán Valenzuela¹.

¹ DE. Servicio de Cirugía Cardiovascular. H.U.V.R. Sevilla

² DE. UC.I H.U.V.R. Sevilla

Resumen

Actualmente en nuestra unidad de Cirugía Cardíaca estamos llevando a cabo un cambio en la dirección de la atención sanitaria que prestamos, apostando por un enfoque integral y de continuidad de la asistencia con protagonismo del ciudadano como eje central del sistema.

Hasta ahora habíamos seguido un modelo de trabajo de Enfermería orientado a la resolución de tareas propias y delegadas pero el plan es reemplazar dicho modelo por un sistema de trabajo con asignación Enfermera Referente-Paciente.

Hoy por hoy a cada paciente se le asigna una Enfermera a su ingreso, que será la que le sirva de referente. Esta es la responsable de los cuidados, por lo que dirige el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en todas sus etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación del proceso. Es por tanto la encargada de diseñar el Plan de Cuidados y asegurar la Continuidad de Cuidados a dicho paciente.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- ✓ Asignación Enfermera Referente / Paciente.
- ✓ Continuidad de los cuidados.
- ✓ Enfermería Integral o Primaria (Enfermera Referente).
- ✓ DAFO.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el año 2004 el Servicio Andaluz de Salud (SAS), presenta como objetivo primordial desarrollar un plan de mejora que reoriente los cuidados en atención especializada.

La Ley de Salud de Andalucía y el Plan Andaluz de Salud constituyen el marco referencial a partir del cual se establece el Plan Estratégico del SAS. De aquí nacen los "Contratos Programas de Hospitales" que presentan como directriz principal: "El Hospital debe tender hacia un modelo de asistencia más cooperativo y personalizado, donde el paciente tendrá un único Médico y Enfermera responsables de su proceso".

Por ello el desarrollo de la personalización de los cuidados, la utilización de la Metodología Enfermera y la continuidad de los cuidados deben ser el eje vertebrador en el diseño y organización de las Unidades de Enfermería si aspiramos a dar una asistencia sanitaria de calidad, integral y continua.

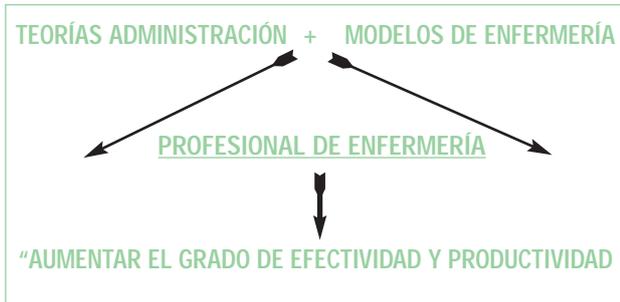
1.2 Modelo de Enfermería Primaria. La Enfermera Referente

Cuando en nuestra profesión hablamos de obtener los mejores resultados y alcanzar el mayor nivel de cuidados, una de las herramientas más elementales de la que disponemos las Enfermeras es la utilización de un modelo conceptual. Esto es, la representación estructural de un fenómeno o imagen mental, o dicho de otra forma, es una manera de pensar que intenta explicar el funcionamiento del profesional y que permite a la Enfermera fijar su identidad, lo que la distingue de otros profesionales así como conducir sus intervenciones hacia un objetivo conscientemente.

Las ventajas de utilizar un modelo en el desarrollo de nuestra labor diaria son múltiples:

- Revela el objeto del servicio de Enfermería.
- Ofrece las pautas a seguir, como actuar en general.
- Delimita nuestra labor.

- Faculta a la Enfermera para desplegar todo su campo de conocimiento y desarrollar las actuaciones exclusivas que les están reservadas.
- Permite evaluar los resultados.



En la práctica existen diversos métodos de asignación o distribución del personal de Enfermería:

- Método del caso
- Enfermería Funcional
- Enfermería de Equipos
- Enfermería Modular
- Gestión de casos
- Gestión de cuidados
- Enfermería Integral o Primaria (Enfermera Referente)

Este último modelo es el que estamos implantando en nuestro servicio el cual apuesta decididamente por la asignación enfermera-paciente.

Hasta hace poco en nuestra unidad continuábamos estancados en una enfermería "biomédica" en la que entendíamos al paciente como un conjunto de patologías y los tratábamos como practicantes de órdenes médicas. Esto chocaba con los programas de estudios de las Escuelas de Enfermería donde desde hace años se orientaba la formación de los estudiantes hacia el enfoque global del paciente y a la realización de Planes de Cuidados, no obstante en pocos servicios encontraban después aplicado dicho modelo, perdiéndose estos conocimientos y la posibilidad de avanzar en la profesión.

En este contexto, consideramos una buena iniciativa el aplicar un sistema de trabajo en el cual una Enfermera estaría a cargo de llevar a cabo las Intervenciones de Enfermería a un número de pacientes durante su turno (como hasta ahora) y además sería Referente para algunos de estos pacientes a los que les aplicaría una Atención Integral.

La Enfermera Referente podría ser definida como "la responsable de los cuidados de los pacientes asignados durante todo su ingreso". "Esta debe tener autonomía y autoridad para dirigir el cuidado de sus pacientes". Es la referencia no sólo para el enfermo sino también para la familia, el Médico y resto de Enfermeras y de todos ellos precisa cooperación para llevar a cabo su labor. Además sirven como nexo en la comunicación entre la asistencia especializada y la primaria.

El Modelo de Enfermera Referente o Primaria implica que es esta la que planifica y ejecuta la casi totalidad de los cuidados a sus pacientes asignados. En la aplicación de este modelo siempre la Enfermera será referente de unos pacientes y colaboradora (delegada o asociada) para el resto.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que queremos alcanzar tras la implantación del Modelo de Enfermera Referente o Primaria son:

- Aplicar en el servicio un modelo asistencial en el que prime la metodología enfermera, la personalización y la continuidad de los cuidados.
- Asentar el modelo de asignación de Enfermería Primaria para poder alcanzar una mayor calidad en el cuidado.
- Cambiar la imagen que los usuarios tienen de la Enfermería para lo cual el paciente debe poder reconocer a su Enfermera de Referencia.
- Conseguir por parte de la Enfermería un mayor grado de autonomía.
- Mejorar la satisfacción del paciente haciendo que este asuma un mayor grado de independencia en sus cuidados.

3. MATERIAL

Para la aplicación del nuevo modelo asistencial se han ido desarrollado a lo largo del tiempo una serie de acciones a través de las cuales conseguir los cambios organizativos y de mentalidad en los profesionales que nos lleven a la consecución de los objetivos.

- Potenciación de la implantación de la Metodología Enfermera, fomentando la formación y aprendizaje continuo del personal asignado a la unidad.
- Diseño y aplicación de los cambios organizativos y/o estructurales precisos en el servicio para el desarrollo del nuevo Modelo Enfermero.
- Mejora e implantación de la entrevista al ingreso del paciente, reforzando así la fase de Valoración Inicial.
- Desarrollo e implantación de Planes de Cuidados Estandarizados desarrollados por el personal de la unidad (Fig. 1).
- Garantizar la personalización de los cuidados mediante la individualización de los Planes de Cuidados Estandarizados.
- Desarrollo e implantación del Informe de Continuidad de Cuidados al alta (Fig. 2).
- Evaluación del proceso para valorar su nivel de desarrollo y utilidad real.

4. MÉTODO. MATRIZ DAFO

Actualmente, el seguimiento de la experiencia con el Modelo de Enfermera Referente desde su implantación, nos permite presentar algunas conclusiones sobre su nivel de aceptación por parte de profesionales y enfermos, utilidad real, mejoras que representa, etc. Aportaremos los primeros resultados del Análisis DAFO donde presentamos las Fortalezas, Debilidades, Amenazas y Oportunidades que hemos percibido por ahora en la aplicación del modelo así como algunas estrategias para mejorar su implantación y evolución.

<p>Análisis Externo</p>	<p>Análisis Interno</p>	<p><u>Fortalezas de la organización</u></p> <p>F1 La mayor parte del personal de la unidad tiene contrastada experiencia, motivación e interés profesional.</p> <p>F2 Garantía de la Continuidad en los Cuidados</p> <p>La misma enfermera que activa el Plan de Cuidados es la que lo revisa y la que planifica el Alta (Informe de Continuidad de Cuidados), garantizando la continuidad en los cuidados.</p> <p>F3 Fuerte apoyo de la Dirección de Enfermería del Hospital.</p> <p>F4 Crea valor mejorando la calidad de los cuidados.</p>	<p><u>Debilidades de la organización</u></p> <p>D1 Aunque se han creado nuevas estructuras que intentan facilitar la distribución del trabajo, estas no satisfacen al personal que las utiliza.</p> <p>D2 Inexperiencia en la puesta en marcha de un nuevo modelo de trabajo.</p> <p>D3 Parte del equipo de salud (nuestros médicos) que interviene en la atención a nuestros pacientes no tiene conocimiento de la implantación del nuevo modelo de enfermería.</p> <p>D4 Falta de personal para desarrollar plenamente el modelo de Enfermería Primaria lo que obliga a desarrollar modelos mixtos.</p>
<p><u>Oportunidades del entorno</u></p> <p>01 Introducción del programa DIRAYA lo que permitirá la informatización de la Historia de Enfermería.</p> <p>02 Mejores registros enfermeros que permitirán el desarrollo de nuevas vías para la investigación.</p> <p>03 Somos pioneros en nuestro hospital en la implantación del modelo de Enfermera Referente lo que nos sitúa en una posición de liderazgo al que como servicio podemos sacarle partido.</p> <p>04 Creación en un futuro de la Unidad de Gestión de CV.</p> <p><u>Amenazas del entorno</u></p> <p>A1 Falta de implicación y colaboración por parte de los médicos de la unidad en el proceso de cambio de metodología de las enfermeras.</p> <p>A2 Desajustes con la Admisión del hospital lo que dificulta el protocolo de ingreso al ingresar los pacientes muy tarde.</p> <p>A3 Falta de estímulos al personal de enfermería (productividades, ergonomía del lugar de trabajo, sistematización de las actividades a desarrollar...) que podría llevar a la desmotivación / desinterés.</p>		<p><u>Propuesta de estrategias</u></p> <p>1. Desarrollo y personalización de Cursos de Perfeccionamiento en Metodología Enfermera para el personal del Servicio impartidos por Formación Continuada y Cursos de "puesta al día" impartidos por el personal del propio servicio para los enfermeros de nueva incorporación.</p> <p>2. Aprovechar el periodo de cambios para la mejora de estructuras del Servicio que potencien la ergonomía en el trabajo y faciliten el control de los pacientes.</p> <p>3. Desarrollo y puesta en marcha de las Sesiones Clínicas Interdisciplinares para que todo el equipo de salud se implique en el nuevo modelo.</p> <p>4. Aprovechar la posición de liderazgo de nuestro Servicio para encontrar mayores apoyos por parte del Hospital a la hora de investigar, presencia en Congresos, presencia en cursos de formación que precisen de ayudas, etc.</p>	

Fig. 3. Matriz DAFO.

Fortalezas en la aplicación del Modelo

F1 – La mayor parte del personal de la unidad tiene contrastada experiencia, motivación e interés profesional.

F2 – Garantía de la Continuidad en los Cuidados, es decir que la misma Enfermera que activa el Plan de Cuidados es la que lo revisa y la que planifica el Alta (Informe de Continuidad de Cuidados), garantizando la continuidad de dichos cuidados.

F3 – Fuerte apoyo de la Dirección de Enfermería del Hospital.

F4 – Crea valor mejorando la calidad de los cuidados.

Debilidades en la aplicación del Modelo

D1 – Aunque se han creado nuevas estructuras que intentan facilitar la distribución del trabajo, estas no satisfacen al personal que las utiliza.

D2 – Inexperiencia en la puesta en marcha de un nuevo modelo de trabajo.

D3 – Parte del equipo de salud (nuestros Médicos) que interviene en la atención a nuestros pacientes no tiene conocimiento de la implantación del nuevo Modelo de Enfermería.

D4 – Turnicidad y cambios de turnos entre Enfermeros.

Oportunidades del entorno

O1 – Introducción del programa DIRAYA lo que permitirá la informatización de la Historia de Enfermería.

O2 – Mejores registros enfermeros que permitirán el desarrollo de nuevas vías para la investigación.

O3 – Somos pioneros en nuestro hospital en la implantación plena del modelo de Enfermera Referente lo que nos sitúa en una posición destacada al que como servicio podemos sacarle partido.

O4 – Próxima creación de la Unidad de Gestión del Corazón.

Amenazas del entorno

A1 – Falta de implicación y colaboración por parte de los médicos de la unidad en el proceso de cambio de metodología de las enfermeras.

A2 – Falta de personal para desarrollar plenamente el modelo de Enfermería.

A3 – Falta de estímulos al personal de enfermería (productividades, ergonomía del lugar de trabajo, sistematización de las actividades a desarrollar...) que podría llevar a la desmotivación o al desinterés.

A4 – Posiblemente no se vean resultados a corto plazo.

5. DISCUSIÓN

Propuesta de estrategias

1. Poner en marcha Cursos de Perfeccionamiento en Metodología Enfermera para el personal del Servicio impartidos

por Formación Continuada y Cursos de “puesta al día” impartidos por el personal del propio servicio para los enfermeros de nueva incorporación.

2. Aprovechar el periodo de cambios para la mejora de estructuras del Servicio que potencien la ergonomía en el trabajo y faciliten el control de los pacientes.

3. Desarrollo y puesta en marcha de las Sesiones Clínicas Interdisciplinarias para que todo el Equipo de Salud se implique en el nuevo modelo.

4. Aprovechar la posición de liderazgo de nuestro Servicio para encontrar mayores apoyos por parte del Hospital a la hora de investigar, presencia en Congresos, presencia en cursos de formación que precisen de ayudas, etc.

6. CONCLUSIONES

El modelo de asignación de Enfermería Referente es una buena opción que posibilita llevar a la práctica, en nuestro servicio, un sistema de trabajo con asignación de pacientes que a su vez permite trabajar con Metodología Enfermera. Como culminación de todo ello estamos convencidos de poder alcanzar una mayor calidad en el cuidado, mejorando la satisfacción del paciente.

Este trabajo nos va a permitir profundizar en nuevas vías de estudio encaminadas a determinar la calidad de los cuidados que administramos y como es percibida realmente por los pacientes a los que tratamos, así como relacionar esta con la planificación de los recursos de los que disponemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kron T. Liderazgo y Administración en Enfermería. 5th Ed. Interamericana, 1983.
2. Manthey M. A Teorical framework for Primary Nursing. Journal of Nursing Administration 1980.
3. Huber D. Liderazgo y Administración en Enfermería. México: McGraw Hill Interamericana, 1999.
4. Marriner A. Gestión y Dirección de Enfermería. Barcelona: Mosby, 2001.
5. Dirección de Enfermería del Hospital Puerta del Mar. Cádiz
6. Antolí i Sasot J. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente. Enfermería Clínica; 8 (2).
7. Orem DE. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona: Masson-Salvat, 1993.
8. Contrato Programa 2001-2004 del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
9. García Juárez R, et al. La asignación de Enfermería Primaria; una forma de gestionar los cuidados en Atención Especializada. Revista Administración Sanitaria 2004; 2(4):751-62
10. Personalización de la atención: médico y enfermera responsable de cada paciente. Servicio Andaluz de Salud: Acuerdo de Gestión 2002.
11. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

GLOSARIO INMUNITARIO DE LA SERIE BLANCA

La importancia de los Linfocitos

■ **Antonio Manuel Barbero Radio**

Diplomado en Enfermería de Empresa. Enfermero de Laboratorio. Excm. Ayuntamiento de Sevilla.

Resumen

De suma importancia clínica es actualizar el funcionamiento del sistema inmunitario; reciclar los conocimientos en favor de una mejor comprensión y atención del enfermo inmunológico en definitiva. La Serie blanca de la sangre: neutrófilos, basófilos, eosinófilos, monocitos y linfocitos; siguen siendo la clave frente a los antígenos. Los tres primeros fagocitan con ayuda de las inmunoglobulinas (proteínas anticuerpo) y las denominadas proteínas del complemento, mientras que las citoquinas son compuestos proteicos que regulan el nivel de la respuesta inmunológica en sí. En cuanto a los monocitos, estos alteran a los antígenos facilitando así la labor de los linfocitos; las células inmunológicas de mayor importancia por su proporción y acción de los denominados linfocitos T de inmunidad celular, sobre la base de su función facilitadora o "helper" a través del reconocimiento de los mencionados antígenos, ayudando a activar la función citotóxica de los linfocitos T o estimulando al otro grupo: los linfocitos B de inmunidad humoral mediante la producción de los anticuerpos. Estos actúan selectiva y específicamente permaneciendo un tiempo frente a posibles recidivas de infección, y es que los linfocitos tienen efecto memoria desde el punto de vista bioquímico.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ **Leucocito.**
- ✓ **Linfocito.**
- ✓ **Antígeno.**
- ✓ **Anticuerpo.**

INTRODUCCIÓN:

La sangre (de 5 a 6 litros en el adulto sano), es la sustancia líquida que circula por las venas y las arterias; roja brillante o escarlata en dichas arterias, una vez oxigenada en los pulmones tras ceder y eliminar el dióxido de carbono (el intercambio gaseoso) que captó a los tejidos en el retorno venoso; y todo gracias al movimiento cíclico circulatorio mediante la actividad coordinada del corazón, los pulmones y las paredes de los vasos sanguíneos. En cualquier caso la centrifugación de la sangre demuestra que está formada por un líquido amarillento que alcanza el 45% de la sangre total: el plasma; sustancia compleja de olor característico y densidad relativa de entre 1,056 y 1,066. Un medio que facilita la circulación de muchos factores indispensables que forman la sangre; y es que gran parte del plasma es agua. Así de media y con independencia de la edad y el sexo, un milímetro cúbico de sangre humana contiene unos cinco millones de corpúsculos o glóbulos rojos (eritrocitos o hematíes), entre 5000 y 10000 corpúsculos o glóbulos blancos (leucocitos), y entre 200000 y

300000 plaquetas o trombocitos. Por lo demás, la sangre transporta muchas sales y sustancias orgánicas disueltas. También contiene proteínas, sustancias inorgánicas (sodio, potasio, cloruro de calcio, carbonato, bicarbonato), azúcares, hormonas, enzimas, lípidos, aminoácidos y productos de degradación como urea y creatinina. En relación a las proteínas plasmáticas, entre ellas se encuentran la albúmina: principal agente responsable del mantenimiento de la presión osmótica sanguínea controlando así su tendencia a difundirse a través de las paredes de los vasos sanguíneos; una docena o más de proteínas, como el fibrinógeno y la protrombina, que participan en la coagulación; aglutininas, que producen las reacciones de aglutinación entre muestras de sangre de tipos distintos y la reacción conocida como anafilaxis, una forma de shock alérgico, y globulinas de muchos tipos, incluyendo los anticuerpos, que proporcionan inmunidad frente a muchas enfermedades. Otras proteínas importantes actúan conforme a su función transportadora; llevando hasta los tejidos nutrientes esenciales como el cobre, el hierro, otros metales y diversas hormonas.

Respecto a los eritrocitos o hematíes, la función de los mismos radica en la hemoglobina: una proteína de dichas células rojas; el pigmento sanguíneo especial más importante, cuya función supone el transporte de oxígeno desde los pulmones a las células del organismo mediante las arteriolas.

En cuanto a las plaquetas o trombocitos, estos se adhieren a la superficie interna de la pared vascular ocluyendo un defecto por una lesión. Ya conforme se destruyen, liberan agentes coagulantes que conducen a la formación local de trombina que facilita el coágulo; comenzando a cicatrizar la herida.

En relación a los leucocitos, en ellos nos detendremos por considerarlos pilar del sistema inmunológico. Y es que el mismo consta de seis componentes principales; tres de los cuales son diferentes tipos de células de la llamada serie blanca precisamente, y el resto proteínas solubles consecuentes. En cualquier caso, dicho sistema inmunitario es el sistema corporal cuya función primordial consiste en destruir los agentes patógenos que encuentra. Cualquier agente considerado extraño por un sistema inmunológico se denomina antígeno. Al respecto la responsabilidad del sistema inmunológico es enorme y debe presentar una gran diversidad, con objeto de reaccionar de forma adecuada con los miles de antígenos, patógenos potenciales diferentes, que pueden invadir el cuerpo. Hablamos en definitiva de nuestro mejor mecanismo de defensa; el más global e importante por la eficacia que desempeña al efecto, siendo esencial su conocimiento y reciclaje, por ejemplo mediante el presente glosario con los siguientes objetivos:

Objetivo global:

- *Mejorar la comprensión del sistema inmunitario mediante el conocimiento de la función hematológica.*
- *Objetivos específicos:*
 - *Recordar y reforzar los conocimientos adquiridos con anterioridad, eliminando aquellos erróneos respecto al sistema inmunitario.*
 - *Actualizar la fisiología de la serie blanca.*
 - *Valorar la fisiopatología de los linfocitos, y su importancia dentro del sistema inmunitario.*
 - *Mejorar la atención del enfermo inmunológico mediante la comprensión de la serie blanca.*

EXPOSICIÓN DEL TEMA:

El sistema inmunitario es de una gran complejidad, y está constituido por una serie de estructuras y células diseminadas por el organismo. Su función fundamental radica en distinguir lo "propio" de lo "ajeno". De tal manera que cuando una sustancia extraña a nuestro organismo es reconocida como tal en el mismo; el sistema inmunitario se encarga de reducirla hasta aniquilarla tras su detección. No obstante, dicho sistema no solo nos defiende de los referidos agentes infecciosos como bacterias, virus, hongos y parásitos que provienen del exterior,



El autor en el laboratorio Municipal de Sevilla

sino que también se encarga de destruir las células tumorales, células envejecidas,... que pueden originarse en nuestro interior, las cuales en condiciones normales son afrontadas antes de originarse; gracias a que el sistema inmunitario está permanentemente alerta.

CLASIFICACIÓN:

El reconocimiento de las consideradas sustancias extrañas (sean del exterior o interior de nuestro organismo), y que generalmente podemos denominar "antígenos", es llevado a cabo por los glóbulos blancos; también llamados leucocitos. Estos se encuentran en la sangre pero actúan fuera de ella; en el tejido conjuntivo. Consecuentemente, la clasificación celular de dicho tejido incluye...

Células autóctonas (propias del tejido conjuntivo):

- Fibroblastos y fibrocitos.
- Macrófagos e histiocitos.
- Plasmocitos (o células plasmáticas).
- Adipositos (o células adiposas).
- Mastocitos (o células cebadas).

Células emigrantes (no propias del tejido conjuntivo pero que actúan en él): veamos la clasificación siguiente.

1) En función del número de núcleos que tienen (recordemos que los leucocitos son las únicas células hematológicas que tienen núcleo (ni los eritrocitos ni las plaquetas tienen)).

- Mononucleares (tienen un solo núcleo):
 - Monocitos.
 - Linfocitos.
- Polinucleares (tienen más de un núcleo):
 - Neutrófilos.
 - Basófilos.
 - Eosinófilos.

2) En función de que el citoplasma tenga o no, gránulos rellenos de enzimas; lo cual se considera como leucocito de núcleo multilobulado (los granulocitos), o como leucocito de núcleo redondeado (los no granulocitos). En cuanto a las enzimas, estas se liberan en el momento de la fagocitosis; proceso en el que se “devora” la considerada sustancia extraña, englobándola con los pseudópodos de la célula para luego digerirla en el citoplasma.

- Agranulocitos o no granulocitos (no tienen los gránulos):
 - Monocitos.
 - Linfocitos.
- Granulocitos o granulocitos (tienen los gránulos):
 - Neutrófilos.
 - Basófilos.
 - Eosinófilos.

3) En función del origen (teniendo en cuenta que el origen primario son células madre pluripotenciales (células indiferenciadas de la médula ósea llamadas “stem cells”).

- De origen mielóide (a raíz de la médula ósea en sí):
 - Monocitos. Derivan de la médula ósea roja; concretamente de los monoblastos. Se encuentran en los huesos esponjosos.
 - Neutrófilos.
 - Basófilos.
 - Eosinófilos.

Tanto los neutrófilos, basófilos como los eosinófilos, derivan en concreto de los mieloblastos. Estos son células que se encuentran “extravasculamente” en la médula ósea.

De origen linfóide:

- Linfocitos. Concretamente derivan de los linfoblastos. Estos son células que se encuentran propiamente en el tejido linfóide: ganglios linfáticos, bazo, amígdalas, timo, etc...

4) En función de la fisiología que conlleven. Aquí destacamos sólo dos de las funciones leucocitarias.

Fagocitos (células con capacidad fagocitaria sobre los antígenos; microorganismos, sustancias extrañas, células envejecidas y detritus celulares):

- Macrófagos (ver “Células autóctonas”). Son los Monocitos que estaban en sangre. Estos digieren sustancias extrañas no bacterianas, por lo general durante el transcurso de infecciones crónicas.
- Neutrófilos. Fagocitan y destruyen bacterias.
- Basófilos. Segregan sustancias como la heparina; de propiedades anticoagulantes, y la histamina; que estimula el proceso de inflamación.
- Eosinófilos. Aumentan su número y se activan en presencia de ciertas infecciones alérgicas en especial.

Inmunocitos (intervienen en el sistema defensivo mediante los anticuerpos (ver “La importancia de los linfocitos”)):

- Plasmocitos; también llamados “células plasmáticas” (ver “Células autóctonas”). Son los linfocitos B, los cuales han creado inmunoglobulinas (ver más adelante).

En definitiva y en correlación con la clasificación de las “células emigrantes”, las tres categorías de células inmunológicas son los granulocitos (neutrófilos (o segmentados; neutrófilos maduros), basófilos y eosinófilos), los monocitos/macrófagos y los linfocitos. Los primeros fagocitan; rodean y engloban con sus pseudópodos para luego engullir, digerir o destruir los antígenos en el citoplasma; mediante las potentes enzimas de dichos granulocitos. En cuanto a la fagocitosis en sí, esta se ve facilitada sobretodo si los antígenos han sido recubiertos en la sangre por inmunoglobulinas o por proteínas del sistema complemento. Al respecto los tres tipos de proteínas que forman parte del sistema inmunológico, y que se encuentran disueltas en el suero (la porción líquida de la sangre); son las inmunoglobulinas, las citoquinas y las proteínas del complemento. De las inmunoglobulinas hay miles de clases diferentes que reciben el nombre de anticuerpos (diversidad y característica principal del sistema inmunológico en su conjunto); cada uno de ellos se combina de manera exacta con un tipo específico de antígeno y contribuye a su eliminación. Las citoquinas (o citocinas) son compuestos solubles, responsables en gran parte de la regulación de la respuesta inmunológica. Si son segregadas por los linfocitos, reciben el nombre de linfoquinas; si son segregadas por los monocitos, se denominan monoquinas. Algunas citoquinas amplifican o incrementan una respuesta inmunológica que está en curso, otras hacen que las células proliferen, y otras pueden suprimir una respuesta inmunológica en funcionamiento. El sistema inmunológico, al igual que otros sistemas corporales, debe ser regulado de esta forma, de modo que el sistema esté activo cuando sea necesario, pero que no lo esté de una manera patológica. Ya en cuanto a las llamadas proteínas del complemento, estas forman una familia de compuestos que junto con las inmunoglobulinas, actúan para propiciar una respuesta inmunológica adecuada. Una vez que un anticuerpo se une específicamente a su antígeno, las proteínas del complemento pueden unirse al complejo formado de esta forma, y facilitan que las células inmunológicas lleven a cabo la fagocitosis.

Respecto a los monocitos, estos constituyen un pequeño porcentaje de la totalidad de las células sanguíneas; cuando se encuentran localizados en los tejidos fuera de la circulación sanguínea, experimentan cambios físicos y morfológicos, y reciben el nombre de macrófagos. Al igual que los granulocitos, los monocitos también ingieren sustancias extrañas, interactúan con las inmunoglobulinas y con las proteínas del complemento, y contienen enzimas potentes dentro de su citoplasma. Sin embargo, los monocitos alteran además los antígenos, haciendo que la respuesta inmune del tercer tipo de células inmunológicas, los linfocitos, sea más fácil y más eficaz.

La importancia de los linfocitos:

Todos los leucocitos con excepción de los linfocitos, son defensas inespecíficas del sistema inmunitario. La especificidad en cambio de los linfocitos se basa en el reconocimiento selectivo de los determinados antígenos; siendo quizás por tanto las células más importantes del sistema inmunitario, y el razonamiento siguiente lo corrobora.

Dentro de los linfocitos existen 2 tipos fundamentales: los linfocitos B y los linfocitos T. Lógicamente, ambos tienen origen linfóide y este a su vez, las células madre pluripotenciales (las células indiferenciadas de la médula ósea llamadas "stem-cells"). A partir de estas células madre pluripotenciales se producen los linfoblastos (el origen linfóide del que hablamos); células que se encuentran propiamente en el tejido linfóide: los ganglios linfáticos, el bazo, las amígdalas, el timo, etc. ... y células que experimentan un proceso de diferenciación o maduración en ambientes microquímicos específicos, de manera que según el lugar donde transcurra este proceso se originará un tipo de linfocito u otro.

Linfocitos B (también llamados células B): proceden de linfoblastos que maduran en la propia médula ósea; de donde proceden, y luego se distribuyen por sangre a otros órganos linfoides de los antes ya mencionados, incluso pueden volver a la médula o permanecer en el torrente sanguíneo.

En sangre tienen la posibilidad de modificarse hasta constituir células plasmáticas (descendientes directos) que segregan anticuerpos; las sustancias de defensa que más se dirigen selectiva y específicamente contra los antígenos. En relación, ya hemos visto que un anticuerpo es inmunoglobulina; globulina plasmática dotada de propiedades inmunitarias como soporte material de dichos anticuerpos. Estos surgen por estimulación de un determinado antígeno, tras cuya aparición y agresión son considerados sustancia extraña, y eliminados por los linfocitos B. Posteriormente, los linfocitos B que han destruido a ese determinado antígeno (recordemos que los anticuerpos originados atacan selectiva y específicamente), ... continúan en el organismo convirtiéndose en "linfocitos B memoria". Esto significa que si en un futuro vuelve a aparecer el estímulo de un antígeno de la misma tipología, sus anticuerpos ya estarán a punto (serán más fáciles de "fabricar") porque además ya habrá creados linfocitos B contra ese antígeno concreto; aquellos que quedaron de la agresión anterior. Al respecto hay que decir que la inmunidad (resistencia natural o



En recuerdo del desaparecido Equipo Quirúrgico

adquirida de un organismo contra un agente infeccioso o tóxico) no es eterna en cualquier caso, y es que los linfocitos B dependen de la llamada inmunidad humoral o serológica; esta es la que se manifiesta por la aparición de anticuerpos circulantes, así como durante la existencia de los mismos.

Linfocitos T (también llamados células T): proceden de linfoblastos que maduran en el timo (glándula situada delante de la traquea y detrás del esternón; siendo la persona muy joven (de mayor queda atrofiada), y que desempeña un importante papel en la resistencia a las infecciones,...), y luego se distribuyen por sangre a otros órganos linfoides, pudiendo permanecer en cualquiera de los 2 sitios; o en sangre o en dichos órganos: los ganglios linfáticos, el bazo, las amígdalas, el timo, etc.

Una vez llega a los órganos linfoides, los linfocitos T se especializan funcionalmente:

- Linfocitos T citotóxicos (células T que destruyen las células extrañas o infectadas).
- Linfocitos T facilitadores o "helper" (células T que reconocen los antígenos extraños y ayudan a activar a las células T citotóxicas y a las células B productoras de anticuerpos).
- Linfocitos T supresores (células T que suprimen las respuestas de las otras 2 células y controlan el sistema de retroalimentación (feedback)).

Al igual que los linfocitos B, los linfocitos T tienen igual capacidad recordar desde el punto de vista bioquímico; una exposición previa a un antígeno específico, de manera que si la exposición es repetida puede producirse una destrucción más eficaz del antígeno. Por lo demás decir que morfológicamente todos son iguales, sin embargo la principal distinción entre ambos grupos radica en que los linfocitos T tienen en la superficie un complejo glucoproteico denominado T_3 o más modernamente llamado CD_3 ; característica presente en todos los linfoci-

tos T maduros. Todos estos se dividen a su vez en 2 "superpoblaciones": el 60–80% tienen en la superficie el complejo T_4 (llamado también CD_4), y suponen las células T facilitadoras o "helper", y la otra "superpoblación" tienen en la superficie el complejo T_8 (llamado también CD_8) y suponen el porcentaje restante y las células citotóxicas y supresoras. En cualquier caso, los linfocitos T constituyen el 70% de todos los linfocitos en general, siendo los responsables de la inmunidad celular (inmunidad que se manifiesta por la no presencia de anticuerpos); es decir, atacan y destruyen directamente a los antígenos. Estas células también amplifican o suprimen la respuesta inmunológica global regulando a otros componentes del sistema inmunológico, y segregan gran variedad de citoquinas (*ver más adelante*). De cualquier modo son los linfocitos más importantes por la función facilitadora o "helper" de los T_4 , la mayor porción de linfocitos T y los más importantes por su acción.

En cuanto a la respuesta inmune ante la presencia del determinado antígeno, la primera fase (fase de inducción) conlleva un primer momento en que se seleccionan los linfocitos que van a entrar en acción. La segunda fase (fase de regulación), los linfocitos T_4 darán lugar a una serie de mediadores (citoquinas), los cuales permitirán la proliferación de las células que van a participar directamente en la eliminación del agente agresor o antígeno (tercera fase; fase proliferativa). Esta proliferación está estimulada por una sustancia llamada interleucina-2 o IL-2; uno de los mediadores. Por medio de ella los linfocitos T_4 activan a los linfocitos T_8 con actividad citotóxica, asimismo a través de este mismo mediador IL-2 y del interferón (proteína producida por las células por un virus, y que las hace resistentes a toda otra infección viral), se activan las células NK (células son fundamentales en la defensa antiviral y humoral). Por otro lado, a través de la IL-2 o de otra linfocina (o leucina) así llamada, los linfocitos B se convierten en células plasmáticas capaces de producir inmunoglobulinas, es decir anticuerpos. A la vez hay que decir que los linfocitos T_4 activan a los macrófagos a través de dichas linfocinas; a los linfocitos T_8 , y a los linfocitos B.

La reacción inmunológica actúa como un todo para desarrollar la respuesta inmunitaria más eficaz. La investigación ha conseguido demostrar cómo suceden muchas etapas de este proceso, así que básicamente cuando un antígeno patógeno; por ejemplo una bacteria, consigue superar la primera línea de defensa del cuerpo, por ejemplo la piel, se encuentra en primer lugar con los granulocitos y los monocitos, y es neutralizado en parte por anticuerpos preexistentes y por las proteínas del complemento. Después, los linfocitos y los macrófagos interaccionan en el lugar donde ha entrado la bacteria, amplificando la respuesta inmunológica; se sintetizan anticuerpos más específicos y eficaces, debido a la memoria inmunológica generada por la bacteria invasora. En los ganglios linfáticos más próximos puede tener lugar una amplificación similar de la respuesta inmunológica, así como en lugares más distantes, tales como el bazo y la médula

ósea, donde también se sintetizan linfocitos. Si todo funciona, el sistema inmunológico supera a la bacteria, de manera que la enfermedad está ya bajo control. En este momento se ponen en funcionamiento mecanismos autorreguladores supresores que detienen la respuesta inmunológica; las citoquinas tienen gran importancia en este proceso supresor. Si el sistema inmunológico no está autorregulado de una manera adecuada, se pueden originar otras enfermedades de naturaleza inmunopatológica. Una vez que el antígeno es destruido mediante esta combinación de acciones, el sistema inmunológico está preparado para responder de una manera más eficaz si el mismo tipo de microorganismo invadiera de nuevo el cuerpo. Si dicha preparación es adecuada para neutralizar totalmente a una bacteria específica antes de que ésta produzca la enfermedad, se dice entonces que existe inmunidad frente a dicha bacteria.

BIBLIOGRAFÍA

- VV.AA. Hematología. Aran Ediciones S.A. 9788495913234. Madrid. 2003.
- VV.AA. Enciclopedia Larousse multimedia (dvd-rom). Vox. 9788483323366. Madrid. 2003.
- Abbas Abul K., Lichtman Andrew H. Inmunología celular y molecular. Elsevier S.A. 9788481747102. Madrid. 2003.
- Raunwald Eugene. Harrison: principios de medicina interna. Mcgraw-hill/interamericana. 9789701051658. México. 2005.
- Sorbías Vivas A, Valero Barlabé FJ. Análisis clínicos en farmacia. Salvat-Masson. 84-458-1100-2. 2001.
- Quevauvilliers J, Perlemuter L. Diccionario de enfermería. Salvat-Masson. 84-458-0528-2. Barcelona. 1996.
- Hedgecoe J. Técnicas de laboratorio. 84-329-1604-8. Ceac. Barcelona. 1995.
- García Bermejo MJ, Silva García MC. Manual del técnico superior de laboratorio de análisis clínicos. Mad S.L. 84-665-1372-8. 2004.
- VV.AA. Inmunobiología: el sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad. Masson. 9788445808931. Barcelona. 2000.
- Kidd Pamela S., Dorman Wagner K. Enfermería clínica avanzada. Síntesis. 84-7738-409-6. Madrid. 1997.
- Lewis S., Bain B., Bates I. Dacie y Lewis Hematología Práctica. Elsevier S.A. 9788480862295. Barcelona. 2007.
- Barbero Radio AM. Artículo: "Estudio epidemiológico de dislipemias y sobrepeso en la población laboral de Dos Hermanas. Página 10 de la Revista científica Hygía de Enfermería nº 53 (Ilustre colegio de Enfermería de Sevilla). 2006.
- Barbero Radio AM. Artículo: "La radio 'Servicio de Salud' en Dos Hermanas". Página 44 de la Revista científica Hygía de Enfermería nº 63 (Ilustre colegio de Enfermería de Sevilla). 2003.

CASO CLÍNICO: APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

- D. José Antonio Pérez Sánchez
- D^a. M^a Rocío González Ojeda

D.E. Servicio de Medicina Interna H. U. Virgen de Valme (Sevilla)

Resumen

Caso clínico de un paciente que ingresó en la Unidad de Medicina Interna del Hospital de Valme (Sevilla), 7^a izquierda. A dicho paciente el personal de enfermería realizó la valoración inicial, elaboró el plan de cuidados personalizado y preparó el Informe de Alta de Enfermería o Informe de Continuidad de Cuidados, garantizando así la continuidad de los mismos una vez dado de alta al paciente. Se quiere hacer ver la importancia del plan de cuidados de enfermería y su repercusión en la calidad de cuidados prestados por los profesionales de la unidad de Medicina Interna, y percibidos por el paciente de cara a mejorar su calidad de vida domiciliaria.

SUMMARY

One case of a patient who came in the Unit of Internal Medicine Hospital of Valme (Seville), 7 th left. To this patient the nurses made the initial assessment, developed the personalized care plan and prepared the Report of High Nursing or Continuity of Care Report, ensuring the continuity of the same once discharged the patient. We want to show the importance of the nurse's care plan and its impact on quality of care provided by professionals in the unity of Internal Medicine, and received by the patient to improve its quality of life at home.

KEY WORDS

Process Nurse; NANDA; results nurses (NOC); nurses interventions; Continuity Cares Report.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Proceso Enfermero;
- ✓ NANDA;
- ✓ resultados enfermeros (NOC);
- ✓ intervenciones enfermeras (NIC);
- ✓ informe de continuidad de cuidados.

INTRODUCCIÓN

Desde el ingreso del paciente en el Servicio de Medicina Interna ya se inicia el plan de cuidados individualizado, usándose para su elaboración las taxonomías NANDA, NOC y NIC; y se programa con antelación el alta del paciente para actuar en aquellos patrones alterados en los cuales el paciente precisará cuidados específicos enfermeros, elaborándose además, una vez dado de alta, el Informe de Continuidad de Cuidados, que entregará a su enfermero/a de atención primaria.

Ya desde la unidad se inicia la educación sanitaria y se detecta si puede surgir alguna necesidad o problema cuando el paciente esté en su domicilio.

El objetivo de este trabajo es constatar la importancia del Proceso Enfermero en todas sus etapas, la utilización de taxonomías estandarizadas con el fin de mejorar y garantizar la calidad asistencial en los cuidados de enfermería intrahospitalarios y detectar problemas que pudieran surgir en atención primaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

J.A.L. es un paciente de 69 años que ingresa en la unidad de Medicina Interna con un Diagnóstico Médico al Ingreso de Descompensación y Disnea.

Acude a urgencias, procedente de su centro de salud de atención primaria refiriendo disnea habitual incluso para pequeños esfuerzos con ortopnea, tos nocturna, discreto aumento de edemas, sensación de sed, poliuria, debilidad generalizada, pérdida de fuerza en miembros inferiores, y mareos.

Los datos son aportados por el propio paciente y por su hija, identificada como cuidadora principal.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE INTERÉS

No refiere alergias, exfumador y exbebedor, HTA de larga evolución, DM (no conocido previamente), I.C. Congestiva, y Artrosis bilateral de rodillas. Operado de Apendicitis hace 25 años, desviación de Tabique Nasal.

ESTADO GENERAL

J.A.L. ingresa consciente y orientado. En urgencias se le han realizado analíticas, destacando Glucemias de 402 mg/dl, Cifras Tensionales de 200/120 mmHg. En planta se solicitan, Rx Torax, EKG, Eco-Abdominal y Eco-Cardio mostrando ligera Relajación Ventricular y signos de I.C. Congestiva.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO HABITUAL

- Doxazosina
- Amlodipino
- Losartan
- Carvedilol
- Simvastatina
- Metamizol SI PRECISA

SITUACIÓN BASAL

J.A.L. es viudo desde hace 4 años, agricultor cuando trabajaba, vive solo, tiene una hija que está casada y vive en su misma calle. Refiere ser Independiente para Actividades Básicas de la Vida Diaria, pero en ocasiones debido a la artrosis y la disnea no realiza adecuadamente la higiene, la alimentación, y otras actividades.

MOTIVO DE INGRESO EN LA UNIDAD

Se decide ingresarlo en la Unidad para Estabilización, Control de Cifras Tensionales y Control de Glucemias (posible implantación de Insulina).

TRATAMIENTO MEDICO PRESCRITO

- 1 Dieta Diabética Sin Sal
- 2 Constantes por Turno
- 3 Vía Heparinizada
- 4 Oxigenoterapia en Gafas Nasaes a 2 l/min
- 5 Reposo en cama Cama Semi-incorporada
- 6 Omeprazol 20 mg/24 h v.o.
- 7 Furosemida 20 mg/8 h i.v.
- 8 Amlodipino 10 mg/24 h v.o.
- 9 Losartan 50 mg/24 h v.o.
- 10 Simvastatina 20 mg/24 v.o. (Cena)
- 11 Zolpidem 5 mg/24 v.o. (Al Acostarse)
- 12 Insulina NPH: 12 u.i. antes Desayuno
6 u.i. antes Cena
- 13 Bromuro de Ipratropio/ 8 h 2 inh.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 165/90 mmHg
FC: 85 lpm Rítmico
Tª: 36,7 °
SatO2: 96% con O2 GN 2 l/min
Peso: 95 Kg Talla: 170 cm IMC: 32,87

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA: SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

Los datos se recogieron en la historia clínica, y se inicia la valoración según los Patrones Funcionales de salud, de M. Gordon.

PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

Además de los datos Generales y Exploración no se presentan Patologías Asociadas según la Historia Médica.

El tratamiento que toma en casa lo realiza adecuadamente gracias a que el conoce la medicación y sabe administrársela correctamente. En ocasiones su hija le trae los medicamentos de la farmacia cuando el no puede ir. Últimamente su hija se encargaba de todo porque tenía una debilidad generalizada.

El paciente presenta una vía periférica en MSI para administración de tratamiento IV, Oxigenoterapia y Tratamiento con Insulina (que precisará tras el Alta). En la planta se le extraen analíticas arteriales y venosas.

NUTRICIONAL-METABÓLICO

Paciente de complexión obesa, con buen apetito, con dentadura postiza, pero toma dieta normal. Refiere que en casa él hace las compras y cocina o va a comer a casa de su hija, pero cuando se encuentra mal y su hija no puede ir a atenderlo por el trabajo, el come cualquier cosa que encuentra en su cocina o a veces no come. Además le encantan los dulces (es muy goloso) y los toma a menudo.

Se observan mucosas ligeramente secas, piel colorada e intacta.

Se le ha prescrito una dieta Diabética y Sin Sal para controlar TA y Glucemias.

ELIMINACIÓN

No presenta incontinencias ni utiliza pañales.

Se le ha prescrito Diuréticos para la eliminación de edemas y mejorar la Insuficiencia Cardíaca.

Manifiesta que le cuesta trabajo defecar debido a la falta de intimidad.

ACTIVIDAD-EJERCICIO

Desde hace varios días nota que se cansa simplemente al andar, por lo que ha precisado ayuda de su hija para las necesidades básicas (higiene, alimentación, etc) y manifiesta sentirse sin fuerzas, e incluso ha llegado a marearse sin producirse caída.

Se le ha prescrito Reposo en Cama Semi-incorporada, no

presentando disnea con Oxigenoterapia en Gafas Nasales. Va a precisar ayuda parcial para higiene y alimentación durante su estancia en la planta, hasta que se estabilice y se le de permiso para el baño.

SUEÑO-DESCANSO

Desde el fallecimiento de su esposa le cuesta conciliar el sueño y se despierta por las noches en varias ocasiones, por lo que se le ha prescrito Zolpidem. Además desde hace varios días, por las noches sobretodo, nota que no respira bien “como si tuviera líquido en el pecho” y le hace toser, por lo que no duerme adecuadamente.

COGNITIVO-PERCEPTIVO

Paciente Consciente y Orientado en espacio y tiempo. No se observa nada fuera de lo normal. Sabe leer y escribir.

No presenta algiás.

AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Durante su estancia en la unidad se muestra comunicativo tanto con los compañeros de la habitación como con los profesionales. Su hija cada 1–2 días viene a visitarlo y se implica en el tratamiento médico. Sin embargo el paciente muestra preocupación al saber que el médico le ha dicho que va a necesitar de insulina tras el alta, manifiesta “que no sabe qué es eso, para qué sirve y que no sabe administrársela”, por lo que tanto al paciente como a su hija se les ha ido enseñando en la unidad poco a poco a administrársela, así como de los cuidados generales de un paciente diabético. Además se les ha aconsejado seguir una dieta equilibrada, ejercicio, etc.

ROL-RELACIONES

El paciente vive solo, pero cerca de su hija, a la que visita muy a menudo. Ha recibido bastante apoyo de ella desde el fallecimiento de su esposa. Cuando lo necesita acude a su hija para hacer las compras, ir a la farmacia, etc. Refiere estar muy orgulloso de su hija.

Mientras se encuentra bien el paciente suele acudir al Centro del Pensionista de su pueblo donde se encuentra a gusto, manteniendo buenas amistades.

Durante su estancia en el Hospital el paciente se muestra amigable y respetuoso con todo el mundo.

SEXUALIDAD

No refiere alteraciones.

AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

El paciente se muestra algo ansioso e inquieto durante su estancia en el hospital debido a que dice “que nunca le han gustado los hospitales y que no tiene intimidad”, mostrando dificultad a la hora de aceptar su nueva enfermedad (Diabetes). También está preocupado por el nuevo tratamiento de Insulina, si sabrá o no hacerlo adecuadamente, si lo entenderá correctamente todo y solicita que se le informe.

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

El paciente siempre ha sido católico y practicante. Cuando puede acude a los servicios religiosos.

Ha tenido un proceso de duelo adecuado tras la muerte de su esposa.

ESCALAS UTILIZADAS

- EMINA: 3 Presenta bajo riesgo de formación de UPP
- ÍNDICE BARTHEL: 80; presenta incapacidad funcional leve.
- PFEIFFER: Ningún fallo, por lo que no presenta deterioro cognitivo.
- DOWNTON: 2 puntos. Existe bajo riesgo de caídas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Hipertensión Arterial
- Edemas 2º a ICC
- Disnea 2º a ICC
- Hiperglucemia 2º inadecuada alimentación
- Alteración del sueño 2º a Ortopnea y Tos Nocturna

COMPLICACIONES POTENCIALES

- Infección, Flebitis, etc 2º a procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)
- Caídas 2º a mareos, debilidad generalizada y pérdida de fuerza en MMII.
- Estreñimiento 2º a falta de intimidad y disminución de la actividad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

- 8140: Informe de Cambio de Turno
- 7310: Cuidados de Enfermería al Ingreso
- 4920: Escucha Activa
- 5340: Presencia
- 2034: Administración de Medicación: Oral
- 4190: Punción Intravenosa
- 4200: Terapia Intravenosa (IV)
- 2440: Cuidados y Mantenimiento del catéter venoso
- 2311: Administración de Medicación: Inhaladores
- 4232: Flebotomía: muestra de sangre arterial
- 4238: Flebotomía: muestra de sangre venosa
- 6680: Monitorización de signos vitales
- 6650: Vigilancia
- 4035 Muestra de Sangre Capilar (Glucemia)
- 4044.10 Obtener EKG de 12 derivaciones si procede
- 3320: Oxigenoterapia
- 3250: Mejorar la tos
- 6490: Prevención de Caídas
- 1850: Fomentar el sueño nocturno/ Evitar el diurno
- 0450: Manejo del Estreñimiento/Impactación
- 7370: Planificación al alta
- 8100: Derivación (Enfermera Hospitalaria de Enlace)

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

- Déficit de Autocuidados: Baño/Higiene (Suplencia parcial)
- Déficit de Autocuidados: Vestirse/Arreglo personal (Suplencia parcial)
- Déficit de Autocuidados: Alimentación (Suplencia parcial)
- Deambulación (Ayuda Parcial)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

- 1801: Ayuda al Autocuidado: Baño/Higiene
- 1802: Ayuda al Autocuidado: Vestirse/Arreglo Personal
- 1803: Ayuda al Autocuidado: Alimentación
- 1804: Ayuda al Autocuidado: Aseo
- 4310: Terapia de Actividad

PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA

1) 00078 Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico r/c complejidad del tratamiento insulínico y m/p verbalización del paciente

NOC

- 1619 Autocontrol de la Diabetes
- 1611 Conducta de Cumplimiento

NIC

- 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento
- 5616 Enseñanza Medicamentos Prescritos
- 2380 Manejo de la Medicación

2) 00126 Conocimientos Deficientes r/c falta de información (Diabetes) y m/p petición de la misma por parte del paciente

NOC

- 1813 Conocimiento del Régimen Terapéutico
- 1820 Conocimiento del Control de la Diabetes

NIC

- 5614 Educación Sanitaria (Ed. Diabetológica)
- 2120 Manejo de la Hiperglucemia
- 2130 Manejo de la Hipoglucemia

3) 00001 Desequilibrio Nutricional por Exceso r/c aporte excesivo y/o inadecuado de nutrientes (azúcares) m/p obesidad e hiperglucemia

NOC

- 1612 Control del Peso
- 1802 Conocimiento de la Dieta

NIC

- 1260 Manejo del Peso
- 5246 Asesoramiento Nutricional
- 5614 Enseñanza Dieta Prescrita
- 0200 Fomento del Ejercicio

4) 00146 Ansiedad r/c cambio de su estado de salud (Diabetes) y cambio de entorno habitual m/p inquietud

NOC

- 1300 Aceptación: Estado de Salud
- 1404 Autocontrol de la Ansiedad

NIC

- 5602 Enseñanza-Proceso de la Enfermedad
- 5820 Disminución de la Ansiedad

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE AL ALTA

J.A.L. recibió el alta al cabo de 12 días, habiendo tenido una buena evolución. Se le dio Educación Sanitaria oral acerca de la Diabetes, confirmando que había aprendido todos los autocuidados con total autonomía. Dominaba el manejo de la Insulina, síntomas de hiperglucemias e hipoglucemias, la importancia de seguir una dieta adecuada, ejercicio, importancia del cumplimiento del tratamiento, etc. Además se le entregó el informe de Alta de Enfermería para informar a su enfermero/a de Atención Primaria de su proceso para asegurar un adecuado cumplimiento de cuidados y tratamiento y para realizar un adecuado seguimiento del paciente.

CONCLUSIONES

Se puede decir como conclusión que el uso de una Taxonomía Enfermera en nuestra unidad garantiza un aumento de calidad de los cuidados enfermeros tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.

El proceso enfermero no es algo estático que acaba en el hospital sino que continúa con el Informe de Alta de Enfermería, con el fin de garantizar unos adecuados cuidados del paciente en su domicilio, previniendo posibles complicaciones y reingresos innecesarios.

Además el paciente percibe un aumento de satisfacción debido a esa relación con su enfermero/a, sintiéndose participe de sus propios cuidados y mejorando su calidad de vida.

AGRADECIMIENTO

Quiero reconocer la colaboración de todos los profesionales de la 7ª Planta del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Valme por la elaboración del plan de cuidados, informe de alta, atención al paciente, ya que su dedicación ha sido esencial en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Potter/ Perry. "Proceso de Enfermería y dolor". Fundamentos de Enfermería. Mosby 2000: 760-785.
- Mira JJ, Galdón M, García El, Velasco MV et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev: Calidad Asistencial. 1999. (14): 165 - 177.
- Sancha Herrera, M. Evaluación de un sistema de continuidad de cuidados de enfermería emergencias atención primaria. Emergencias Araba. Emergencias Osakidetxa. XI Congreso SEMES, Coruña 1999.
- Giménez García J. et al. Evolución de los ancianos dados de alta de un servicio de urgencias hospitalario. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. XI Congreso SEMES, Coruña 1999.
- Bueno Mª.J. y cols. ¿Garantía de calidad? Base de SEM, Reus, Tarragona. XI Congreso SEMES, A Coruña. 1999.
- Camacho y cols. Informe de enfermería al alta. El resumen de la historia de enfermería hecho realidad. Rev Rol de Enfermería 1998; 235:17-.20.
- Ventu Rehues, RM. y cols. Cumplimentación de la Hª Clínica de urgencias. Un indicador de calidad asistencial. Hospital General de Albacete XI Congreso SEMES. Coruña 1999.
- DARIAS S, et ALT. "Opinión de los profesionales sobre el informe del alta de Enfermería" Metas 1999; 19: 22-24.
- JUVÉ ME, et ALT. "Alta de Enfermería hospitalaria. Implantación y validación de un formato estándar" ROL Enf 1999; 22(12): 873-880.

ENFERMERÍA ANTE LOS EPISODIOS DE ESPASMOS DEL SOLLOZO

- Inmaculada Cruz Cabrera¹
- Dolores Serrano Martín¹
- M^a del Mar Cáceres Puro¹
- M^a Dolores Cruz Cabrera²

¹D.E. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

² Administrativa. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen

El espasmo del sollozo o apnea emotiva es un cuadro recurrente en niños sanos, que se caracteriza por crisis de apnea, pérdida de conciencia y postura anormal.

Se presenta ante situaciones de enfado, dolor o frustración.

Son episodios benignos, que no van a tener afectación neurológica alguna.

El trastorno aparece en niños sanos cuyo crecimiento es normal y tiene un desarrollo general e intelectual óptimo.

SUMMARY

The spasm of sollozo or emotional apnea is a recurring table in healthy children which is characterized by crisis apnea, loss of consciousness and abnormal posture.

It is presented in situations of anger, pain or frustration.

They are benign episodes, which will not have any neurological involvement.

The disorder appear in healthy children whose growth is normal and has a general development and intellectual optimal.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Espasmo del sollozo.
- ✓ Episodios alarmantes, pero benignos.
- ✓ Espasmo del sollozo pálido.
- ✓ Espasmo del sollozo cianótico.

KEYWORDS

- ✓ The sobbing spasms.
- ✓ Episode alarming, but bening.
- ✓ Spasm of sobbing pal.
- ✓ Spasm of sobbing cianóticas.

INTRODUCCIÓN

El espasmo del sollozo o apnea emotiva es un cuadro recurrente de niños sanos habitualmente menores de 6 años, que se caracteriza por crisis de apnea transitoria (falta de respiración), pérdida de conciencia y postura anormal.

Se presenta ante situaciones que provocan enfado, dolor o frustración, en las cuales el llanto culmina con una espiración seguida de apnea con cianosis y eventualmente hipotonía con pérdida de conciencia e incluso raramente convulsiones.

Son episodios involuntarios y alarmantes, que se pueden presentar varias veces al año, que por sus características provocan gran ansiedad en los padres, aunque son episodios benignos.

Se diagnostican en base a la historia clínica y a las características del episodio.

Son más propensos a presentar espasmos del sollozo aquellos niños cuyos padres lo presentaron en su infancia, pueden ser genéticos, resultando una desregularización generalizada del Sistema Nervioso Autónomo.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

La mayor incidencia de primera aparición es entre los 6 y 12 meses de edad, aunque también se puede presentar en un periodo muy precoz, en la primera semana de vida o inmediatamente después del parto.

Generalmente tiende a desaparecer espontáneamente alrededor de los 3 años, siendo raro observarlo después de los 6 años, suele evolucionar entre el segundo semestre y el final del segundo año de vida. A los 3 años se resuelven espontáneamente casi el 50% de los casos, hacia los 6 años, el 90% y a los 7 u 8 años, el 100%.

Si su aparición es después de los 18 meses de edad, deben descartarse otras enfermedades, como epilepsias, arritmias cardíacas, hidrocefalias o tumores cerebrales.

En los recién nacidos estos episodios suelen presentarse durante la alimentación, el baño o el cambio de pañal.

Son problemas pediátricos muy comunes, afectan por igual a niños y niñas, los simples se presentan en el 27% o más de niños sanos y los severos en el 4,6%.

Los episodios pueden ocurrir de varias veces al día a una vez al año, comúnmente se presentan varios episodios por semana, con un rango entre uno por día y uno por mes.

FISIOPATOLOGÍA

El espasmo del sollozo presenta una interrelación entre el control respiratorio del Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Autónomo y el Cardiopulmonar.

El espasmo puede ser causado por una disfunción autonómica:

- Episodios pálidos, donde se da una caída de la Presión Sistólica.
- Episodios cianóticos, donde hay un aumento de la frecuencia cardiaca al cambiar de la postura horizontal a la vertical.

La fisiopatología del espasmo del sollozo no está del todo aclarada, pero se sabe que hay niños que responden muy bien a los estímulos (cambio de temperatura llevándolos de una habitación a otra, incorporándolos, soplándoles, dándoles besos en la cara al producirse una relajación muscular), y otros que responden a ciertos estímulos de forma negativa, complicando la situación, siendo clara la naturaleza involuntaria de estos episodios.

TIPOS DE ESPASMO DE SOLLOZO

Lo podemos definir según la alteración del tono muscular que adopta o bien según la coloración cutánea que adopta.

Según la alteración del tono muscular, puede ser:

- Simple, el cual se resuelve y no presenta síncope (suspensión temporal de la conciencia debida a anemia cerebral) o cambio postural.
- Severo, el cual se resuelve tras pérdida de conocimiento y disminución del tono postural, se pueden observar algunos movimientos mioclónicos o en otros casos, un breve periodo de hipotonía u opistótonos.

Según la coloración que adopta, puede ser:

- Espasmo del sollozo cianótico, son provocados por episodios que frustran o enojan al bebe, quien llora vigorosamente. Tras el llanto vigoroso, aparece la apnea, se pone azulado o cianótico, puede presentar convulsiones y luego flacidez. El factor fisiopatológico principal parece ser la hiperventilación seguida de la maniobra de Valsalva que reduciría el retorno venoso disminuyendo el flujo sanguíneo cerebral. Pacientes con episodios cianóticos tienen un aumento significativo de la frecuencia cardiaca, cuando pasan de posición horizontal a estar de pie y un descenso de la Presión Diastólica. Pueden ser causados por inhibición central de los movimientos respiratorios, mediados por el nervio vago.

En algunos casos hay revulsión de los globos oculares y el ataque puede culminar en una convulsión generalmente tónica, con sacudidas clónicas eventuales. La pausa respiratoria dura algunos segundos o 1 minuto en los casos más graves, este tipo de espasmo del sollozo es el más frecuente, generalmente se da entre el periodo neonatal y los 16 meses de edad.

- Espasmo del sollozo pálido, está provocado por miedo o situación inesperada y desagradable que asusta al bebe, en el que este llora poco y se pone pálido, puede presentar convulsiones aunque estos fenómenos son mas comunes en los espasmos de sollozo cianótico, si aparece la convulsión se produce casi enseguida y ocurre en hipertonia o opistotonos. En algunos niños, que presentan espasmo del sollozo pálido, un estímulo nocivo puede

llevar a una inhibición cardiaca mediado por el Sistema Nervioso Central a una pausa respiratoria subsecuente. Este mecanismo se ha comprobado en pacientes a los cuales se les realiza compresión ocular.

Este tipo de espasmo suele comenzar más tardíamente, entre los 12 y 24 meses.

- Espasmo del sollozo mixto, pueden darse crisis mixtas difíciles de clasificar, en las que se suceden las formas azul o cianótica y pálida.

CLÍNICA

El trastorno aparece en niños sanos cuyo crecimiento es normal y tiene un desarrollo general e intelectual óptimo.

En el pasado, se describía a estos niños, como caprichosos, desobedientes, agresivos, enuréticos, hiperquinéticos o con trastornos de la conducta. Sin embargo, en el año 1993 Di Mario y Bureson no encontraron diferencias entre los perfiles de conducta de los niños con y sin espasmos del sollozo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del espasmo del sollozo suele ser laborioso por haber varias condiciones amenazantes para la vida que pueden presentarse de forma similar. Por ello, hay que descartar las convulsiones, debido a que los espasmos del sollozo pueden ser similares, sobre todo si están acompañadas de sacudidas mioclónicas. Hay que descartar trastornos cardiacos y arritmias, debido a la palidez intensa y pérdida de conciencia que acompaña a los episodios de espasmos del sollozo. También debe hacerse diagnóstico diferencial con el síncope ortostático y las apneas.

Aunque es raro los espasmos del sollozo pueden ser secundarios a lesiones del Sistema Nervioso Central y malformaciones como Arnold-Chiari, también pueden asociarse a trastornos del desarrollo, como el síndrome de Rett o síndrome de Riley-Day. Hay también casos esporádicos de espasmo del sollozo asociados a trastornos hematológicos (anemia ferropénica o eritroblastopenia transitoria de la infancia), en estos casos se ha visto como los suplementos de hierro disminuyen de manera significativa el número de episodios de espasmo del sollozo.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Se basan en hacer una historia clínica completa y en base a las características del episodio, seguir estudiando el caso a través de:

- Electrocardiograma, para descartar síndrome del QT prolongado.
- Analítica (hemograma y bioquímica), para descartar trastornos hematológicos.
- Radiografía de tórax, para descartar enfermedades respiratorias que hayan provocado la crisis de apnea.
- Electroencefalograma, en caso de convulsión o sospecha de daño en el Sistema Nervioso Central.
- Examen físico completo (apariencia general del niño, comportamiento, crecimiento y desarrollo), auscultación, para descartar arritmias.
- Examen neurológico para identificar déficit focal.

TRATAMIENTO

Consiste principalmente en Educación Sanitaria dirigida a los padres. No se usa medicación específica para esta patología, salvo estricta indicación por el especialista y en casos muy puntuales y severos.

EDUCACIÓN SANITARIA

El objetivo principal de la Educación Sanitaria es tranquilizar a los padres. Para ello se les explica en que consiste la patología, se les informa que desaparece espontáneamente y que no va a tener secuelas ni trastornos neurológicos. Se debe informar sobre las características del espasmo del sollozo para que las distingan de cuadros graves. Enseñarles a manejar la situación de estos episodios que siendo benignos, son tan alarmantes, asegurarles que aunque dichas crisis son muy desagradables y provocan un intenso temor, se trata de eventos benignos que el niño va a superar con el tiempo y que no riesgo de s con el aumento de incidencias de dichos episodios, informarles, que por muy impresionante que sea la crisis y aún si está acompañada de convulsiones intensas, la vida del niño no corre peligro.

Informar que hay que evitar problemas de conducta del niño, debido a que los padres por miedo, consienten en exceso al niño. Si los padres conocen la naturaleza benigna del problema, pueden evitar estos errores y aprender a manejar estos episodios. Se debe evitar una actitud de atención excesiva o expresión de temor delante del niño. Hay que evitar la sobreprotección.

PREGUNTAS Y MIEDOS MÁS COMUNES EN LOS PADRES

- ¿Se morirá mi hijo, si dura mucho la pérdida de conciencia?
- ¿Tendrá una crisis mientras duerme y estamos nosotros también dormidos?
- ¿Tendrá alguna secuela neurológica tantos episodios seguidos?
- ¿Debo darle todo lo que me pide con el fin de evitarle las crisis?
- ¿Cómo educar a mi hijo para no hacerlo un consentido y evitar dichos episodios?
- ¿Debo poner en preaviso a los profesores de la guardería y a los familiares que me ayuden a cuidarlo?

Estas entre otras son las preguntas más comunes entre padres y madres que tienen un hijo que sufre espasmos del sollozo.

COMO ACTUAR ANTE UN CUADRO DE ESPASMOS DEL SOLLOZO

A veces con simples estímulos, podemos concluir con la crisis de espasmo del sollozo, aun así se recomienda:

- Mantener la calma, ya que se sabe que el niño no corre ningún riesgo.
- Retirar los objetos que tenga en la boca para evitar que se ahogue.
- Colocarlo en una posición segura, se recomienda que se tome en brazos, en una posición vertical para mantenerlo seguro y fuera del alcance de objetos que podrían causarle daño durante la crisis.
- Cuando el niño sea algo mayor, se le observa de forma indirecta, haciéndole pensar que no se le presta mucha

atención, ya que a veces utilizan estos episodios como método disuasorio.

- En caso de que sea provocado por algún accidente, como una caída o golpe, se abraza, se besa y se consuela para que se sienta seguro y apoyado.
- Después de la pérdida de conciencia, cuando esta aparezca, es importante que se le deje descansar y dormir, pues quedan agotados tras el episodio.
- Se debe acudir inmediatamente al médico si el niño tiene espasmos del sollozo sin ninguna causa desencadenante, si tiene convulsiones, si no recobra la conciencia o si presenta estos episodios cuando está dormido.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnóstico:

- Conocimiento deficiente por parte de los padres, relacionado con falta de información.

Intervenciones de enfermería.

- Enseñanza del procedimiento terapéutico
- Facilitar el aprendizaje.

Diagnóstico:

- Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud.
- Temor relacionado con falta de familiarización con la experiencia.

Intervenciones de enfermería:

- Disminución de la ansiedad.
- Apoyo emocional a los padres.
- Potenciación de la seguridad.
- Estar presentes y dispuestos a escuchar, para que los padres puedan verbalizar inquietudes, miedos y temores.

Diagnóstico:

- Deterioro del patrón del sueño relacionado con el factor psicológico (temor).

Intervención de enfermería:

- Enseñanza e información sobre el episodio (no ocurre mientras el niño duerme).

Diagnóstico:

- Riesgo de aspiración relacionado con obstrucción de las vías aéreas debido a la retención de objetos o alimentos.

Intervención de enfermería:

- Enseñanza a cerca de cómo actuar ante una crisis de espasmo del sollozo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lombroso CT, Leman P. Breathholding spells(cyanotic and pallid infantile syncope). Pediatrics 1967;39(4):563-81. Mesa T. Godoy J. "Avances en el dx de epilepsia", cpj. sapepub.com/cgi/content/refs/33/2/66.
- Dimario FJ Jr. Breath-holding spells in childhood. Am J Dis Child 1992;146(1):125-31.
- Dimario FJ Jr, Burleson Ja Behavior profile of children with severe breath-holding spell. J Pediatr 1993;122(3):488-91,
- w.w.w.copeson.org.mx/medicos/espasmos de sollozo.htm 38K.
- Miller Keane, Diccionario Enciclopédico de Enfermería.
- Escuela. med. puc. c/paginas/publicaciones/manualPed/ Convulsiones.htm-18K.

TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS UNIDAD DE TRASPLANTE DE MÉDULA

■ Margarita Ruiz Seixas

Enfermera. Hematología Clínica. Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

El trasplante de progenitores hematopoyéticos es una terapia utilizada en la regeneración del tejido hemopoyético cuando su función esta disminuida, consecuencia de enfermedades primarias que afectan a la médula ósea o tras tratamientos quimioterápicos o radioterápicos.

En la unidad de TPH (trasplante de progenitores hematopoyéticos) se realizan trasplantes mayormente alogénicos, de donante emparentado o no por lo que la rigen normas de aislamiento estricto. La realización de una estrategia de cuidados se hace precisa para la unificación y coherencia de los mismos, así como de protocolos que abarquen las funciones de la unidad.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Trasplante de médula.
- ✓ Cuidados.
- ✓ Planes de cuidados.
- ✓ Medidas aislamiento

INTRUDUCCIÓN:

El sistema hematopoyético es un órgano líquido. Esta formado por células con capacidad de regeneración de las células de origen linfoide, como las de origen mielóide.

En sus inicios, el trasplante de progenitores solo se utilizaba para el rescate de la aplasia secundaria a dosis agresivas de radioterapia. Posteriormente se uso para tratar leucemias tras los tratamientos quimioterápicos y de radioterapia¹.

Actualmente, el trasplante de progenitores hematopoyéticos es una estrategia terapéutica utilizada en la regeneración del tejido hemopoyético, cuando su funcionalidad se ve mermada por enfermedades que afectan directamente a la médula ósea o por los efectos resultantes tras tratamientos quimioterápicos o radioterápicos. Es una técnica consolidada en el tratamiento de enfermedades hematológicas, procesos autoinmunes, enfermedades inmunológicas, aplasias medulares y tumores sólidos.

Desde los primeros trasplantes de médula ha habido numerosos cambios que han hecho que el trasplante pase ser de un procedimiento, a un grupo de diversas modalidades terapéuticas, obligándonos a cambiar su nomenclatura, llamándolo actualmente TPH, trasplante de progenitores hemopoyéticos.

OBSERVACIONES

El trasplante de progenitores hematopoyéticos lo podemos diferenciar por el tipo de donante y por la fuente de procedencia de los progenitores.

Dependiendo del donante, podremos hablar de:

- Autólogos, las células progenitoras proceden del mismo paciente².
- Alogénicos³, de donante con diferencia genética pero con la mayor identidad posible. Diferenciamos:
 - Hermano HLA (acrónimo inglés de Human Leukocyte Antigen, antígeno leucocitario humano, es el nombre que recibe el complejo mayor de histocompatibilidad en humanos) idéntico.
 - Familiar no totalmente idéntico.
 - Donante haploidentico, comparten un haplotipo del HLA con el paciente, generalmente el padre o la madre.
- Isogénico, trasplante de hermano gemelo idéntico.
- Alogénico no emparentado. Se están pudiendo llevar a cabo gracias a la creación de los registros internacionales de donantes voluntarios y bancos de cordón umbilical⁴. Tienen que ser idénticos en todo los locus del HLA

Tomando como referencia la fuente de estos progenitores, tenemos:

- Médula ósea. Las células progenitoras se extraen directamente de la médula ósea. El medio de extracción es la punción directa en la médula ósea a través del hueso, casi siempre cresta iliaca posterior y anterior. Se realiza en quirófano, y el paciente o donante recibe anestesia general o epidural.
- Sangre periférica. En la fase de recuperación de la aplasia, inducida por quimioterapia o la administración de factores de crecimiento de colonias granulocíticas⁵, las células progenitoras aumentan en gran número en sangre periférica. En la actualidad se extraen con sesiones de aféresis y a través de un catéter.
- Sangre de cordón umbilical⁶. Los progenitores proceden como se indica de la sangre del cordón umbilical, que puede ser de donante emparentado o no. Se obtiene por punción de la vena umbilical tras el parto.

En la unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyeticos de los HH UU Virgen del Rocío se realizan trasplante de todos los tipos antes mencionados, aunque en mayor número son los alogénicos parentales o no.

UNIDAD DE TPH (TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS)

Es una unidad cerrada, de aislamiento estricto, motivado por el tipo de trasplantes que se realizan, alogénicos en su gran mayoría (emparentados o no). En esto trasplantes el periodo de aplasia se dilata más lo que aumenta el riesgo de eventos infecciosos además de las complicaciones añadidas que conlleva este tipo de trasplante¹⁰.

La unidad cuenta con seis boxes de aislamiento distribuidos en forma de "L", todas con ventanas al exterior con el fin de disminuir la sensación de encierro.

- Actualmente el paciente ingresa en la unidad con un acompañante si así lo desea, que permanecerá con él hasta su alta salvo que el paciente decida en cualquier momento que prefiere estar solo. Los cambios de acompañantes solo se harán en contadas ocasiones y por motivos importantes. Quizás esta norma es un poco estricta pero el motivo de ello es evitar el trasiego de muchas personas diferentes en la unidad.
- En el box no entrará ropa de la calle, el paciente y su acompañante solo utilizarán ropa del hospital. Hasta hace poco, la ropa era estéril así como todo el material que entraba en la habitación; en la actualidad solo es material limpio. La ropa interior, tanto del paciente como de su acompañante será desechable.
- El aseo lo realiza el paciente con productos hospitalarios y la hidratación de la piel se hace con vaselina líquida. Al acompañante se le permite el uso de sus propios productos evitando los de fuerte olor, el enfermo presenta durante todo el desarrollo del trasplante una gran sensibilidad olfativa.
- La higiene bucal se hará con colutorios tras las comidas, la utilización del cepillo de dientes está contraindicada con el fin de proteger la mucosa oral. Tanto la toxicidad



de los quimioterápicos como la pancitopenia aumentan el riesgo de infección y de lesiones orales. Tras la limpieza bucal se hará enjuagues con un antifúngico oral.

- La dieta es exclusivamente hospitalaria, pasteurizada. El paciente elige de un día para el otro entre varias opciones de primero, segundos guarniciones y postres. La comida se le presenta al paciente y al acompañante emplatada y sellada. Estos platos han sido pasteurizados en cocina y llegan a la unidad en bandejas térmicas, cerrados se colocan en una bandejas de acero, pasándolos de esa forma en el box. Es realizado por la auxiliar de enfermería. La petición a cocina la hace el personal de la unidad usando un programa informático creado para ello.
- La visita es de una hora por la mañana y otra por la tarde, de 1 a 2 y de 7 a 8, horas en las que se interrumpe menos los cuidados del paciente. Solo entra una persona y no se realizan cambios durante ella. La familia es informada de la restricción del número de personas que pueden visitar al paciente.

Globalmente estas son las normas que rigen la unidad de trasplante.

Acogida del paciente⁷ en la unidad:

- Al ingreso es recibido por el personal de la unidad (auxiliar y enfermera). Previamente se hará una Rx de control del catéter.
- El paciente y acompañante son informados con anterioridad al día del ingreso de los utensilios que pueden introducir en el box (música, libros, aparatos electrónicos, ordenadores..., etc). Tenemos un proyecto en curso para cambiar la forma y contenido de la información previa al ingreso que se le da al paciente y familia. La valoración inicial y posterior activación de los diagnósticos enfermeros nos pone de manifiesto que el diagnóstico de ansiedad⁸ relacionado con los conocimientos deficientes sobre los procedimientos y todo lo que engloba al trasplante, es de los más prevalentes en la unidad.
- Se recibe al paciente y se le acompaña a una antesala donde se le va comunicando los pasos a dar hasta su entrada en la habitación. En esta dependencia se desprende de toda su ropa poniéndose una bata y zapatilla, nuevas para la ocasión o papis. El acompañante

igualmente. Lo acompañamos para que entregue la ropa a su familia y le damos información sobre las normas de visitas y aislamiento.

Una vez que el paciente ha entrado en la unidad le mostramos esta y le presentamos a algún paciente que se encuentre bien si así lo desea, previo consentimiento del paciente ya ingresado, pues esto le hará sentirse más seguro y perder un poco el miedo.

Ya en la habitación vamos dando información sobre el proceso, procedimientos y normas de la unidad, de una forma dosificada en el contenido pero constante en el tiempo.

- En primer lugar informamos sobre las normas de higiene (técnica del baño, higiene bucal, limpieza tras el uso del wc...) y el resto de pautas que tiene que conocer el paciente como control de diuresis e ingesta, fisioterapia respiratoria, comidas, etc.
- Lo siguiente a realizar es la comprobación y cura del catéter⁹. Si el catéter esta recién implantado se hará una cura según protocolo del hospital y se pondrá apósito oclusivo durante siete días, a partir de ese momento se dejara descubierto y se limpiara en el baño con agua y jabón (enseñaremos al paciente para que sea él quien lo haga), después supervisaremos y pondremos betadine o lo que proceda.
- También se hará un EKG de control.
- Y pasamos a la entrevista para la realización de la valoración inicial (patrones funcionales), valiéndonos de las escalas que creamos necesarias. Las más utilizadas, Norton o Amina, Barthel, Golbert y EVA para la cuantificación del dolor.
- Una vez recopilado los datos e identificados los problemas, activamos el plan de cuidados, usando para ello la NANDA¹¹, NOC¹² y NIC¹³.

Los diagnósticos¹⁴ que más prevalecen en nuestra unidad, diferenciándolos por el momento de su aparición son:

- Al ingreso identificamos casi siempre los diagnósticos de:
 - Conocimientos deficientes.
 - Riesgo de infección.
 - Ansiedad / temor y Deterioro del patrón de sueño.
- En la evolución del trasplante van apareciendo los diagnósticos de:
 - Desequilibrio Nutricional por defecto.
 - Riesgo de estreñimiento y Deterioro de la mucosa oral.
- Ocasionalmente nos encontramos los diagnósticos de:
 - Riesgo de caídas relacionados con debilidad, confusión o con convulsiones secundarias a efectos adversos de medicamentos.
 - Deterioro de la movilidad física, este diagnóstico lo encontramos cuando el estado del paciente pasa a ser muy crítico.
 - Fatiga.

- Déficit de autocuidados:
 - baño / higiene que al igual que el de deterioro de la movilidad solo se presenta cuando el estado del paciente ha empeorado.
 - Riesgo de cansancio del desempeño del rol del cuidador.
 - Afrontamiento inefectivo.
 - Baja autoestima situacional y Desesperanza.

Los problemas interdisciplinarios más frecuentes son:

- Hipertermia.
- Nauseas y vómitos.
- E.V.O.H (enfermedad venoclusiva hepática).
- E.I.C.H (enfermedad injerto contra huésped), solo si es trasplante alogénico.
- Mucositis.
- Hemorragia.
- Dermatitis.
- Estreñimiento/Diarrea.
- Hiperuricemia.
- Hipertensión e Hipersensibilidad/ reacción anafiláctica secundaria a la infusión de progenitores hematopoyeticos.

La hoja de valoración inicial utilizada en los HH UU Virgen del Rocío hospital se basa en los patrones funcionales de M. Gordon. Los diagnósticos esta estandarizados por servicios. Al alta, se entrega una hoja de recomendaciones, o informe de continuidad de cuidados, si procede.

Se contacta con el hospital de día donde se realizaron los cuidados del catéter y demás necesidades del paciente. El control del paciente y su seguimiento se harán en las consultas de Hematología y en caso de necesitar de nuevo atención hospitalaria, el ingreso se hará en el servicio de Hematología Clínica.

CASO CLÍNICO

PACIENTE CON TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Varón de 33 años diagnosticado de Linfoma Linfoblástico T que ingresa para TPH ALO (trasplante de progenitores hemopoyéticos alogénico) de hermano HLA idéntico.

Antecedentes:

Bronconeumonía en el 2005. Absceso perianal intervenido. Presentó recidiva que se resuelve sin actuación quirúrgica. Neuropatía iatrogénica. No alergias conocidas.

Previo al ingreso ha seguido protocolo de mantenimiento con Mercatopurina + MTX (methotrexato). Tratado con Septrin Forte hasta el ingreso.

1. Valoración al ingreso:

No presenta dificultad para el seguimiento del tratamiento ni la realización de los autocuidados.

Conoce el proceso de su enfermedad y aunque ha sido informado en la consulta pretrasplante desea recibir informa-



ción de los procedimientos y evolución del trasplante conforme vayan apareciendo los eventos.

No presenta problemas en la alimentación ni tiene prótesis dental. Buena higiene bucal salvo dos caries en los molares. Escala Nutricional Braden 23.

Le pasamos la escala de Norton, aunque la piel esta sana e íntegra, y nos da un valor de 20 por lo que no se le abre el protocolo de prevención de UPP (úlceras por presión).

Presenta herida quirúrgica (catéter de Hickman) en hemitórax derecho y uña encarnada intervenida el 15/03/07, curada diariamente con Betadine.

Su patrón intestinal: Una vez al día, con alternancias de estreñimiento y diarrea en los tratamientos quimioterápicos anteriores.

Eliminación urinaria sin problemas.

La movilidad no esta comprometida, es independiente y autónomo. Barthel 100.

No tiene problemas respiratorios visibles, buena coloración, aunque sus antecedentes nos harán estar vigilantes.

Duerme sin problemas (7 u 8 horas), salvo cuando está en el hospital en que el sueño sufre muchas interrupciones necesitando tomar Orfidal.

Consciente y orientado.

Audición sin problemas. Visión, hipermetropía, utiliza gafas correctoras.

Al ingreso presenta cefaleas tensionales (Eva 4).

Usamos la escala de Golber para medir la ansiedad que nos da un valor de 5 para esta y 0 para depresión. Esta ansiedad es causada por la incertidumbre ante el futuro y las posibles complicaciones del trasplante.

Le preocupan los cambios que se van realizar en su cuerpo pero no por ello se siente menos útil ni válido.

Se comunica bien con nosotros y la familia.

Su cuidadora es su mujer que tampoco presenta problemas. Por el momento no permanecerá con él en la unidad, esta embarazada de 5 meses, solo entrará si el paciente así lo demanda.

Su proceso no ha influido en su vida sexual.

Está tranquilo y es bastante colaborador.

Durante su estancia nos dirá si precisa en algún momento apoyo religioso.

Porta catéter de Hickman implantado el 22-3-07.

2. Plan de cuidados

Al completar la valoración ponemos en marcha el plan de cuidados¹⁴ valiéndonos de la NANDA, diagnósticos NOC para

los criterios de resultados y la NIC para las intervenciones y las actividades más apropiadas para cada intervención.

Los diagnósticos identificados son:

- Riesgo de estreñimiento r/c cambios ambientales y agentes farmacológicos.
- Criterios de resultados.

Nivel de movilidad y eliminación intestinal.

Y para conseguirlo se ponen en marcha las intervenciones precisas para que no se convierta en problema real. Manejo intestinal, terapia de ejercicio, Vigilancia.

El problema no se ha presentado durante el ingreso.

- Riesgo de infección r/c catéter y uña encarnada. Con los criterios de resultado: Estado inmune, estado infeccioso, control de riesgo.

Intervenciones:

- Manejo de dispositivos intravenosos.
- Cuidado del sitio de incisión.
- Cuidados de las heridas.
- Protección contra las infecciones.
- Vigilancia.

Resolvemos una de las causas (uña encarnada el 17-4-07).

El diagnóstico pasa a ser problema interdisciplinar el 2-5-07. Resolviéndose con la retirada del catéter Hickman aunque se mantiene activo el de riesgo r/c inmunosupresión y con la implantación de un catéter en subclavia.

Ansiedad r/c cambios en el estado de salud y amenaza de muerte. Con los criterios de resultado:

- Superación de los problemas, control de la ansiedad.

Intervenciones:

- Escucha activa
- Aumentar el afrontamiento
- Disminuir la ansiedad
- Apoyo a la familia

Conseguimos disminuir el grado de ansiedad aunque no resolverlo hasta el final su permanencia en la unidad, al aparecer las complicaciones del trasplante la ansiedad vuelve a intensificarse.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c Factores internos (uña encarnada, supuración) Con el criterio de resultado:

- integridad tisular:
- piel y membranas mucosas.



Intervenciones:

- Cuidado de la piel
- Tratamiento tópico
- Vigilancia
- Resolviéndolo el 17/5/07

Posteriormente activamos los diagnóstico:

- 17/5/07. Desequilibrio nutricional por defecto r/c Inapetencia y dolor (mucositis). NOC: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

Intervenciones:

- Manejo Nutricional
- Monitorización nutricional
- NP completa desde el 24-4 al 30-4.
- Se resuelve días antes del alta hospitalaria

El día 6 entra su esposa, por petición del paciente, y activamos el diagnóstico:

- Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c falta de descanso y carga familiar, tienen dos niños pequeños más embarazo. NOC: Alteración del estilo de vida del cuidador familiar, bienestar del cuidador familiar. Se resuelve con la salida de la unidad de la cuidadora.

Intervenciones:

- Asesoramiento
- Apoyo al cuidador

Al final de la estancia en la unidad activamos los conocimientos deficientes r/c los cuidados domiciliarios NOC: Conocimiento: conductas sanitarias y seguimiento terapéutico, que intervenimos con:

- Enseñanza individual.
- Enseñanza procedimiento/tratamiento.
- Guías del sistema sanitario.
- Enseñanza medicamentos prescritos.

3. Problemas interdisciplinarios

Hipertermia como c/p y posteriormente p/r.

Nauseas / vómitos c/p después p/r.

EVOH c/p después real.

EICH c/p y en la actualidad real.

Mucositis c/p y posteriormente real.

Hemorragia c/p y real con la implantación de la subclavia.

Diarrea p/real. Dermatitis, hiperuricemia complicación potencial.

Hipersensibilidad r/c reaccionafiláctica (progenitores hematopoyeticos y hemoderivados, complicación potencial.

Infección, problema real. Tos, problema real. La hipertermia se resuelve con la retirada de la subclavia.

Al alta todos los diagnósticos se han resuelto salvo el interdisciplinar EICH.

CONCLUSIÓN

Como hemos visto los diagnósticos que aparecen en un paciente tipo son los diagnósticos estandarizados. En ellos, tanto en los independientes de enfermería como en los interdependientes, la enfermera realiza una labor muy importante. El paciente precisa y demanda intervenciones de la enfermera en todo momento. Apoyo, asesoramiento y cuidados, por su estado crítico y las situaciones de estrés que padece.

AGRADECIMIENTO

A Luis López Rodríguez, supervisor del servicio de investigación de los HH.UU. Virgen del Rocío, por su apoyo y enseñanzas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrera E, Brunet S, Ortega JJ, et al. Manual de Trasplante Hematopoyético. 3ª Ed; Barcelona. Editorial Anteres. 2004.
2. Garza-Madrid ME, Borbolla-Escobar JR, López-Hernández MD. Autologous bone marrow transplantation as a treatment for autoimmune disease: mechanisms and results. *Gac Med Mex.* 2004. 140: 5(531-539).
3. León Ovejero A de, Salinero Peral M, Vázquez López L, Pérez Simón, JA; Caballero D, Cañizo C del, et al. Vía clínica para el GRD 803: trasplante de médula ósea (periodo de trasplante). *Enferm Oncológica* 2001 abr-jun, 6(2): 5-13.
4. Duarte M, Tarazona JL. Trasplante de células de cordón umbilical. *Actual Enferm-Col.* Bogota, Colombia. 1998 mar.1(1): 8-12.
5. Arrazola Saniger M, Lerma García A, Joyanes Jiménez J. Importancia clínica de los factores de crecimiento hematopoyético mieloides. *Enferm Clínica.* 2002 ene-feb. 12(1): 39-43.
6. Cord blood haematopoietic stem cells transplantation. Milovic V; Requejo A; Jaimovich; Cicco J. *Prensa Medica Argentina* 2005; 92:9(583-588).
7. Díez Esteban ME, Juan García N de. Cuidados de enfermería en el paciente sometido a trasplante de médula. *Enferm Global-Esp.* 2006 nov.(9).
8. Hernández-Carrillo Venegas M, Heredia Berdones R. Educación como ansiolítico: Intervención educativa en el paciente trasplantado de médula ósea. 2000 jul.16:51-68.
9. Silveira R., Campos Pereira C, Galvao Cristina M. O cuidado de enfermagem e o catéter de Hickman: a busca de evidencias. *Acta Paul Enferm. Brasil.* 2005 jul-sep. 18(3).
10. Shelton BK. Evidence-based care for the neutropenic patient with leukemia. *Semin Oncol Nurs.* 2003 May; 19(2): 133-41.
11. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Elsevier España, S.A. Madrid 2005.
12. Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Edición. Elsevier España, S.A. Madrid 2005.
13. McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Edición. Elsevier España, S.A. Madrid 2005. Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª Edición. Masson, S.A. Barcelona 2005.
14. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Edición. Masson, S.A. Barcelona 2005.

PACIENTE EN ESTADO TERMINAL Y FAMILIA. CASO CLÍNICO

PATIENT IN TERMINAL STATE AND FAMILY CLINICAL CASE

■ Francisco Javier Tejada Domínguez. (1)

■ María Rosario Ruíz Domínguez. (2)

(1) D.E. Hospital Duques del Infantado.

(2) D.E. Área hospitalaria Valme. Unidad de medicina interna.

Resumen

Se presenta en este artículo el caso clínico de un paciente de 79 años que se encontraba en la etapa final de su vida cuya situación demandaba importantes necesidades de cuidados en su domicilio y que debido a la complejidad de la sintomatología y refractariedad al tratamiento prescrito impedían un adecuado control de la situación. Ello obligó a poner en marcha todos los trámites oportunos para su traslado hasta nuestra unidad desde la que se pusieron en marcha todas las medidas encaminadas para conseguir un adecuado abordaje.

Su cuidadora principal ante la situación de agotamiento y desesperación decidió acudir a nosotros (autores del caso y allegados a la familia) en busca de ayuda y asesoramiento. Tras el análisis de la situación cuando lo visitamos en su domicilio, creímos necesario contactar con el jefe médico de la unidad de cuidados paliativos en la que actualmente trabajamos y exponerle el caso.

La conclusión fue que había que ingresar al paciente de forma urgente.

En el proceso de cuidados se realizó una valoración enfermera utilizando el modelo según patrones funcionales propuesto por Marjory Gordon. Para el plan de cuidados nos apoyamos en el modelo de necesidades propuesto por Virginia Henderson, utilizando como herramientas fundamentales las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

ABSTRACT

The clinical case of a patient of 79 years appears in this article who was in the final stage of his life whose situation demanded important needs of well-taken care of in its address and that due to the complexity of the group of symptoms and refractariedad to the prescribed treatment prevented a suitable control of the situation. It forced to start up all the opportune proceedings for its transfer until our unit from which all the directed measures started up to secure a suitable boarding.

Her main nursemaid before the situation of exhaustion and desperation decided to go (authors of the case and close friends to the family) in search of aid and advising. After the situation analysis we visited when it in its address, we believed necessary to contact with the medical commander of the unit of palliative cares in which at the moment we worked and to set out the case to him.

The conclusion went that there was to enter the patient of urgent form. In the process of taken care of a valuation was realised nurse using the model according to functional landlords proposed by Marjory Gordon.

For the plan of taken care of we leaned in the model of needs proposed by Virginia Henderson, using like fundamental tools taxonomies NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification).

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Plan de Cuidados,
- ✓ Enfermo Terminal,
- ✓ Cuidados Paliativos,
- ✓ NANDA-NIC-NOC.

KEY WORDS

- ✓ Plan of Cares,
- ✓ Terminal Patient,
- ✓ Palliative Cares,
- ✓ NANDA-NIC-NOC.

ANTECEDENTES

Se estima que por cada millón de habitantes, fallecen anualmente en nuestro país 10000 personas, de las cuales, 2500 son debidas al cáncer. De éstas, se calcula que necesitarán cuidados paliativos aproximadamente 2000.

Es sabido que el cáncer es uno de los principales problemas de salud en las sociedades desarrolladas. Concretamente en Andalucía, esta patología supone la segunda causa de muerte entre los adultos y se relaciona con cerca de un 40% del total de los años potenciales de vida perdidos, lo que la sitúa como uno de los problemas de salud más importantes en nuestra comunidad.

Las diversas complicaciones de la enfermedad en fase terminal (dolor, disnea, delirio, trastornos metabólicos, digestivos y psíquicos) se presentan independientemente del tipo de cáncer; por ello, las neoplasias que no tienen cura provocan, en su evolución a la muerte, el síndrome de fase terminal compuesto por un conjunto de síntomas, entre ellos, los anteriormente descritos.

Por todo lo expuesto anteriormente además del progresivo aumento de la población y de su expectativa de vida, que unido a los avances científico-técnicos provoca que esté generando un incremento de morbimortalidad por cáncer además de otras patologías en los últimos años de la vida, la atención sanitaria a los pacientes en situación terminal y a sus familiares, comienza a constituir un problema que adquiere cada día una mayor importancia tanto para el sistema sanitario como para la sociedad, en su conjunto.

La respuesta a esta realidad, se ve agravada por los cambios en la disponibilidad de personas cuidadoras informales, atribuible a modificaciones en los patrones sociodemográficos (disminución progresiva de familiares en las siguientes generaciones, incorporación de la mujer a la vida laboral, entre otras), y por la insuficiente y poco homogénea oferta de cuidadores formales por parte de las instituciones. Todo ello, se manifiesta, en la esfera individual, por el sufrimiento y la alta demanda asistencial que acompaña a muchas personas en su etapa terminal.

Son los cuidados paliativos los que deben dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades del paciente en situación terminal, a su familia y/o personas cuidadoras conforme a sus valores y creencias y adaptado a sus necesidades, cualquiera que sea su ubicación física o geográfica y a lo largo de todo el proceso evolutivo. La atención sanitaria de calidad debe garantizarse mediante una atención integral, multidisciplinar, interdisciplinar y coordinada. Su objetivo es favorecer que el paciente viva con dignidad la última etapa de la vida, tratando de aliviar el sufrimiento y favoreciendo que la familia tenga el apoyo psicoemocional, social y de cuidados adecuados a su situación.

Para facilitar la atención integral del paciente y su familia, se hace necesario comenzar con una buena valoración de la situación.

La valoración multidimensional o integral de la persona afectada pretende identificar los distintos fenómenos que tienen lugar en su problema de salud, bajo un abordaje integral, permitiendo el diseño de intervenciones individualizadas para obtener la mejor situación de bienestar posible para el paciente y familia.

El caso que a continuación abordamos corresponde a una persona en situación de fase avanzada de enfermedad que ingresó en nuestra unidad motivado por un deterioro avanzado del estado general que resultaba imposible ser abordada en su propio domicilio: Múltiples llamadas al equipo de atención primaria en las que las intervenciones últimas resultaban ser poco efectivas, cuadro de deshidratación imposible de ser abordado de forma ambulatoria, dolor mal controlado, impotencia y angustia familiar ante los episodios del mismo así como cuadros urológicos obstructivos secundarios a la hematuria franca que presentaba.

Los datos recogidos en la entrevista de valoración inicial fueron ordenados según los patrones funcionales de Marjory Gordon; Se realizó el plan de cuidados utilizando el modelo propuesto por Virginia Henderson. Para ello, se utilizaron como herramientas básicas las distintas taxonomías implantadas hoy día (NANDA, NIC, NOC) como columna vertebral y fundamental del plan.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de Manuel, con 79 años de edad, casado y con 4 hijos que ingresa en nuestra unidad procedente de su domicilio.

Hace dos meses fue diagnosticado de un carcinoma de vejiga con infiltración en colon sigmoideo dando como consecuencia un cuadro de semioclusión intestinal secundaria.

Ante la escasa respuesta al tratamiento con quimio y radioterapia y la imposibilidad de una cirugía curativa se acordó tratamiento paliativo por lo que fue dado de alta hospitalaria desde la unidad de urología con indicaciones de mantener y continuar el tratamiento y el control de síntomas a través del equipo de atención primaria.

El tratamiento médico en un principio lo constituía: Corticoides (Dexametasona), analgésicos (Paracetamol), protectores gástricos (Omeprazol), hipnóticos (Zolpiden) y potenciadores del apetito (Megestrol).

Ha pasado un mes y Manuel ha sufrido un deterioro progresivo tanto desde el punto de vista físico como cognitivo-mental que le ha conducido al encamamiento la totalidad del día teniendo que asumir su familia todos los autocuidados necesarios.

Ha requerido en su domicilio de repetidas intervenciones por parte del equipo de atención primaria y servicios de urgencia debido a frecuentes y repetitivos episodios de dolor mal controlado y obstrucciones vesicales por la presencia de coágulos y restos tumorales que han obligado, ocasionando importantes episodios de sufrimiento, a ser sustituida en varias ocasiones.

A la familia le resulta ya imposible administrarle la medicación por boca ya que ha dejado de comer y de beber pasando la mayor parte del día y la noche desconectado del medio.

La escasez de ayuda ante la alta demanda de cuidados y el proceso de muerte y sufrimiento continuo que ha recaído sobre su hija mayor han ocasionado un desgaste que ha provocado determinados conflictos entre los distintos miembros de la familia.

Una valoración rápida a su ingreso nos llevó a pensar que la primera medida a tomar era ponernos en contacto con el médico de guardia para que instaurase de forma urgente el tratamiento oportuno. Luego, tras la estabilización y el control

de la situación procederíamos al resto de las actividades que se enuncian en el presente trabajo.

Fue valorado y las indicaciones médicas fueron las siguientes:

Suero glucosalino 2500 ml. intravenoso (iv) c/24 horas.

Ácido tranexámico 500 mg iv c/8 horas.

Dexametasona 4 mg iv c/12 horas.

Amoxicilina-Clavulánico 500/125 mg iv c/8 horas.

Cloruro mórfico 5 mg iv c/4 horas si dolor. Colocar 5 mg ahora (al ingreso).

Clorazepato dipotásico 20 mg (iv) a las 23 horas de la noche.

Fentanilo transdérmico 50 microgramos c/72 horas.

Sondaje vesical con irrigaciones continuas de suero salino hasta conseguir aclaración de diuresis

Control de constantes c/24 horas.

Dieta absoluta.

ENTREVISTA CLÍNICA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

Percepción- Control de la salud	Lo expuesto en la presentación del caso. Destacar que desconoce su diagnóstico y pronóstico. Es incapaz de seguir el tratamiento médico y medidas habituales por lo que es ayudado por su familia. No alergias medicamentosas ni alimentarias. Trae colocada sonda vesical foley del calibre CH18 de doble vía. No irrigaciones vesicales.
Nutricional-Metabólico	Ausente total del apetito que le han llevado a la pérdida progresiva de hasta un total de 14 kilos de peso desde su diagnóstico. Dificultad para tragar líquidos y sólidos debido al bajo nivel de conciencia. Piel seca y fría. Signo de pliegue cutáneo positivo. Mucosas pálidas y secas. Tª axilar: 37,3°C. No presenta úlceras por presión ni otro tipo de heridas.
Eliminación	Sonda foley permanente siliconada del calibre CH18 obstruida. Hematuria franca y presencia de coágulos sanguíneos. Dificultad en la micción debido a obstrucciones. No defeca desde hace 20 días a pesar de la colocación diaria de enemas rectales que le administraba su hijo.
Actividad-Ejercicio	Situación actual: Encamado. Necesita ayuda total para el baño e higiene, eliminación vestido y acicalamiento. Incapaz de moverse en cama. Su hijo lo sentaba en sillón hasta que el dolor y el empeoramiento general lo impidieron.
Sueño-Descanso	Duerme la mayor parte del día. Es inquietado por apariciones bruscas de dolor. Durante la noche es inquietado en varias ocasiones por apariciones bruscas de dolor. Incapaz de ingerir la medicación hipnótica.
Cognitivo-Perceptivo	No responde a estímulos verbales. La familia combate el dolor provocado por la obstrucción de la sonda a través de lavados transitorios. En 2 ocasiones hubo que sustituirla. Lo pasó bastante mal según nos cuentan. Al ingreso realiza muecas faciales y se muestra inquieto en la cama. Su familia asegura que tiene dolor.
Autoperceptivo- Autoconcepto	No valorable
Rol-Relaciones	Vive con su esposa. Tiene 4 hijos siendo su hija mayor la que se hace cargo de la situación. Su hija se muestra indecisa sintiéndose culpable ya que sus hermanos le achacan que se ha saltado los deseos de su padre de no mantenerlo en casa. Opina que sus hermanos no son conscientes de la actual situación que presenta Manuel. Piensa que sus hermanos jamás se lo van a perdonar. Su esposa de 78 años, no puede ayudarle debido al cuadro de osteoporosis y poliartritis tan avanzado que presenta. Tan solo es capaz de coger el teléfono para llamar a su hija cuando la situación de Manuel empeora. Su hija (casada y con dos hijos) es cuando se desplaza entonces teniendo que abandonar a su esposo e hijos sea la hora que sea. Vive en un estrés continuo que le impide descansar adecuadamente. Lloro frecuentemente y reconoce estar inaguantable en su seno familiar.
Sexualidad-Reproducción	No valorable
Adaptación-Tolerancia al estrés	Su hija nos comenta que decidieron no decirle en su momento nada acerca del diagnóstico a su padre. <i>En la entrevista percibo que tampoco lo sabe su madre. Ello lo confirmo tras finalizar la entrevista de valoración.</i>
Valores-Creencias	Manuel es católico y acudía a misa antes de todo lo ocurrido junto con su hija. Fue visitado por el sacerdote del pueblo en su casa ayer recibiendo la extremaunción dada la gravedad de la situación. Su hija piensa que aunque nunca se le dijo lo que tenía, manifestaba últimamente ideas de presunción de muerte no muy lejana.

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Nuestra labor comienza con la realización de una valoración global del núcleo paciente-familia. Para ello, basándonos en el sistema de valoración enfermera según los patrones funcionales de Marjory Gordon recogimos toda la información de manera sistemática en las distintas áreas para determinar el estado general de Manuel y su grupo familiar para así poder llevar a cabo una atención integral.

CUESTIONARIOS-TEST E ÍNDICES AL INGRESO

BARTHEL	0	Dependencia total
EMINA	12	Riesgo alto
ZARIT	57	Sobrecarga intensa
ECOG	4	Mala calidad de vida. La enfermedad puede agravarse enseguida

FASE DIAGNÓSTICA

Una vez obtenidos los datos necesarios sobre el estado del paciente e hija, se identificaron las necesidades de cuidados siguiendo la óptica del modelo de Virginia Henderson clasificándose en tres categorías: Diagnósticos de enfermería, problemas de colaboración y problemas de autonomía. Los

Diagnósticos de enfermería se enunciaron mediante la taxonomía NANDA [8].

Diagnósticos de Enfermería (Ver tablas 1, 2, 3)

- 00083. Conflicto de decisiones familiares relacionado con (r/c) interferencias en la toma de decisiones, manifestado por (m/p) expresiones de incertidumbre y duda ante las diversas elecciones y miedo a las consecuencias adversas de éstas.
- 00061. Cansancio en el rol de cuidador r/c el estado de salud del receptor de los cuidados, m/p trastornos del sueño y estrés.
- 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física.

Problemas de Colaboración (Ver tabla 4)

- Dolor secundario (2º) al proceso tumoral.
- Deshidratación 2ª deterioro del nivel de conciencia y deglución.
- Riesgos derivados de procedimientos terapéuticos invasivos (vía periférica, sonda vesical).
- Hematuria – Presencia de coágulos 2º infiltración tumoral.

Problemas de Autonomía (Ver tabla 5)

El paciente a su ingreso necesitaba suplencia total para:

- Movilización en cama y el mantenimiento de una buena postura.
- Higiene personal y baño en cama.
- Vestido y arreglo personal.
- Eliminación urinaria.
- Evitar peligros, mantener entorno seguro.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	PUNTUACIÓN AL INGRESO	FALLECIMIENTO	INTERVENCIONES
CONFLICTO DE DECISIONES "familiares"	1606. Participación den las decisiones sobre asistencia sanitaria <i>Likert: Nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)</i>			5250. Apoyo en la toma de decisiones
R/C Interferencias en la toma de decisiones M/P Expresiones de incertidumbre y duda ante las diversas elecciones y miedo a las consecuencias adversas de éstas	160602	Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones	2	5240. Asesoramiento
	160609	Declara la intención de actuar según la decisión	1	

Tabla 1. Planificación para el diagnóstico de Conflicto de Decisiones.

FASE DE PLANIFICACIÓN

Durante el ingreso del paciente, el equipo de enfermería protocolizó los problemas de autonomía y se llevaron a cabo la planificación de los cuidados para tratar los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración. Las actividades se centraron en la suplencia y ayuda derivadas de intervenciones

descritas en la clasificación de intervenciones de Enfermería [9] (NIC).

También se utilizaron los resultados dependientes de Enfermería e indicadores detallados en la clasificación de resultados de Enfermería [10] (NOC) con la finalidad de describir el cambio experimentado tras las intervenciones enfermeras gracias al uso de las escalas tipo likert descritas en dicha clasificación.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS ESPERADOS		PUNTUACIÓN AL INGRESO	FALLECIMIENTO	INTERVENCIONES
CANSANCIO EN EL ROL DE CUIDADOR	2508. Bienestar del cuidador familiar <i>Likert: No del todo satisfecho (1) hasta completamente satisfecho (5)</i>				7040. Apoyo al cuidador principal
	250811	La familia comparte las responsabilidades de los cuidados	1	5	5440. Aumentar los sistemas de apoyo
R/C Estado de salud del cuidador M/P Trastornos del sueño, estrés	250812	Disponibilidad de descansos	2	4	7120. Movilización familiar

Tabla 2. Planificación para el diagnóstico de Cansancio en el Rol de Cuidador.

Intervenciones:

5250. Apoyo en la toma de decisiones.

Actividades:

- Informar a la cuidadora sobre la existencia de puntos de vista alternativos.
- Ayudar a la cuidadora a valorar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Proporcionar información solicitada.
- Servir de enlace entre el cuidador y el resto de la familia.

5240. Asesoramiento.

Actividades:

- Determinar cómo afecta al cuidador el comportamiento de la familia.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario.
- Favorecer la expresión de sentimientos.

Intervenciones:

7040. Apoyo al cuidador principal.

Actividades:

- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.

- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

5440. Aumentar los sistemas de apoyo.

Actividades:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Observar la situación familiar actual.
- Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

7120. Movilización familiar.

Actividades:

- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender.
- Identificar las capacidades y los recursos dentro de la familia.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS ESPERADOS		PUNTUACIÓN AL INGRESO	FALLECIMIENTO	INTERVENCIONES
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1101. Integridad tisular: Piel y membranas mucosas <i>Likert: Gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5)</i>				3500. Manejo de presiones
R/C Inmovilización física	110104	Piel intacta	2	Aumentar a 5 y mantener	3540. Prevención de úlceras por presión

Tabla 3. Planificación para el diagnóstico de Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea.

Intervenciones:

3500. Manejo de presiones.

Actividades:

- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.
- Utilizar colchón especial.

3540. Prevención de úlceras por presión.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente.
- Vigilar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Aplicar barreras de protección.

Problemas de Colaboración	Intervenciones
DOLOR 2º Proceso Tumoral	<ul style="list-style-type: none"> • 1400. Manejo del dolor • 2210. Administración de analgésicos • 6482. Manejo ambiental: Confort
DESHIDRATACIÓN 2ª Deterioro del nivel de conciencia y deglución	<ul style="list-style-type: none"> • 2080. Manejo de líquidos/electrolitos • 2314. Administración de medicación i.v. • 4130. Monitorización de líquidos • 6680. Monitorización de los signos vitales
RIESGOS DERIVADOS DE PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS INVASIVOS: (Vía periférica, sonda vesical)	<ul style="list-style-type: none"> • 6550. Protección contra las infecciones • 6540. Control de infecciones • 0580. Sondaje vesical • 1876. Cuidados del catéter urinario • 4200. Terapia intravenosa • 2440. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
HEMATURIA – PRESENCIA DE COÁGULOS 2ª Infiltración tumoral	<ul style="list-style-type: none"> • 4160. Control de hemorragias • 4010. Precauciones con hemorragias • 0550. Irrigación de la vejiga • 0620. Cuidados de la retención urinaria • 6680. Monitorización de los signos vitales

Tabla 4. Planificación para los problemas en colaboración con el médico (Reales y Potenciales).

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA	SUPLENCIA	INTERVENCIONES
Déficit de autocuidado: Baño/ Higiene	Total	<ul style="list-style-type: none"> • 1801. Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene • 1804. Ayuda con los autocuidados: Aseo
Déficit de autocuidado: Vestido/ Acicalamiento	Total	<ul style="list-style-type: none"> • 1802. Ayuda con los autocuidados: Vestir/Arreglo personal
Movilización - Mantenimiento buena postura	Total	<ul style="list-style-type: none"> • 0840. Cambio de posición
Eliminación Urinaria	Total	<ul style="list-style-type: none"> • 1876. Cuidados del catéter urinario
Evitar peligros. Mantener entorno seguro	Total	<ul style="list-style-type: none"> • 6530. Manejo ambiental: seguridad

Tabla 5. Planificación para los problemas de autonomía.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Manuel falleció a los 10 días de haber ingresado en nuestra unidad.

Con respecto al diagnóstico de enfermería Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, logramos mantenerlo detenido consiguiendo que la piel de Manuel permaneciera íntegra hasta el último momento de vida gracias a la aplicación de medidas de prevención protocolizadas en nuestro hospital.

La estrecha relación con Manuel en situación terminal, el alto nivel de demanda y el continuo contacto con el sufrimiento habían hecho que en la familia, especialmente en su hija, se generaran sentimientos de frustración, alteraciones emocionales y respuestas desadaptativas.

El trabajo en equipo, la atención y escucha, el abordaje de técnicas en comunicación y el apoyo psicoemocional prestados permitieron que el grado de participación de todos los hermanos en el cuidado se viese aumentado, originando un reparto de roles de manera equitativa y permitiendo que todos, y especialmente la hermana mayor, dispusieran de tiempo suficiente para descansar.

Dicha participación hizo que todos comprendiesen la realidad objetiva del proceso, mejorando las relaciones entre ellos y evitando y aclarándose así todos y cualquier malentendido.

El control de síntomas se consiguió a base de una correcta hidratación que hizo que las diuresis se viesen aumentadas además de las irrigaciones continuas, consiguiendo así un óptimo aclaramiento de orina que facilitó la expulsión de coágulos y restos tumorales.

Gracias a dicha hidratación, el dolor se mostró controlado en su totalidad y solo se requirió de analgesia extra en los momentos previos al aseo e higiene.

No perder de vista las posibles complicaciones potenciales supuso también un papel de gran importancia ya que evitaron momentos añadidos de sufrimiento.

Manuel falleció en un ambiente de serenidad y tranquilidad en donde toda la sintomatología derivada, posibles complicaciones y cuidados en su etapa final de agonía estaban siendo cubiertas y tenidas en cuenta sin olvidar el aspecto más importante y fundamental: La compañía y unión de su esposa e hijos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La situación de enfermedad avanzada y terminal se caracteriza por una gran fragilidad y probabilidad elevada de cambios bruscos en evolución que descompensan la situación de enfermo y familia, y con frecuencia su grado de ajuste emocional, generando una alta demanda de atención.

Los cuidados paliativos deben dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades del paciente en situación terminal, a su familia y/o personas cuidadoras. La atención sanitaria debe realizarse desde la perspectiva de una atención integral y coordinada. Su objetivo es favorecer que el paciente viva con dignidad la última etapa de la vida, tratando de aliviar el sufrimiento y favoreciendo que la familia tenga el apoyo psicoemocional, social y de cuidados adecuados a su situación.

“Que no se pueda hacer nada para detener la extensión de la enfermedad, no significa que no haya nada que hacer” (Cicely M. Saunders).

A pesar de que en fase avanzada no todos los síntomas físicos y psicológicos pueden eliminarse, una vez más podemos demostrar que es posible, a través de actuaciones terapéuticas de soporte y paliación básicas y adecuadas, conseguir un alivio suficiente, logrando disminuir el sufrimiento del paciente y familia.

Por todo ello, debemos considerar al paciente, familia y/o cuidadores como unidad a tratar mediante un plan individualizado de atención adaptado a sus necesidades.

En primer lugar, el plan individualizado ha facilitado los esfuerzos de comunicación del equipo de cuidados garantizando la coordinación y continuidad de los cuidados. Para ello, el desarrollo y la aceptación por parte de todo el equipo de profesionales acerca de una definición y denominación común para identificar *qué es lo que hacemos, cómo y para quien lo hacemos* ha resultado de vital importancia.

En segundo, ha permitido unificar actuaciones, creando así un mismo código enfermero (basado en terminología propia) a la vez que ha proporcionado una atención personalizada e integral para el paciente y familia.

Y en tercer lugar, nos ha servido para consensuar con el equipo médico las complicaciones más frecuentes que se pudieran presentar durante el transcurso de la enfermedad terminal, su diagnóstico y su tratamiento consiguiendo que las intervenciones y actividades de prevención y control por parte de enfermería dentro de los problemas de colaboración resultasen más eficaces y eficientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponce González, JM. Los Cuidados al Final de la Vida. Revista Enfermería Comunitaria (Edición Digital) 2006, 2(1). [Acceso 7 de Junio de 2008] Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a38-42.php>
2. Bielsa-Martín S, Madroñero-Vuelta AB, Calvo-Godoy C, Martín-Berra C, Trujillano-Cabello J, Naval-Vicuña M. Cuidados Paliativos en Pacientes Oncológicos y no Oncológicos con Enfermedad Terminal en un Hospital de Agudos. Medicina paliativa 2006; 13(3):132-139.
3. Tizón Bouza E, Vázquez Torrado R. Enfermería en cuidados paliativos: Hospitalización Durante los Últimos Días de Vida Enfermería global (Edición Digital) 2004; (5): 1-32 [Acceso 30 Noviembre 2007] Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/5/pdf/05b01.pdf>
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Biblioteca Lascasas (Edición Digital 2006; 2 (3). [Acceso 7 de junio de 2008] Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0155.php>
5. Boceta Osuna J et al. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al Paciente y su Familia. Sevilla: Consejería de salud. Junta de Andalucía.
6. Boceta Osuna J et al. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2007
7. Cuestionarios, Test e Índices para la Valoración del Paciente. Sevilla: SAS. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2004.
8. Prieto Rodríguez MA, Escudero Carretero M, Gil García E. La Entrevista Clínica de Valoración Inicial. Guía para la Práctica Clínica. Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. Consejería de salud. Junta de Andalucía, 2006.
9. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2008.
10. McCloskey Dochterman JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 4ª ed. Madrid: Elsevier España, 2004.
11. Johnson M, MaasM, Moorhead S, Anderson M, Aquilino M, Belliner S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª ed. Madrid: Elsevier España, 2004.
12. Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Escuela de enfermería de la universidad de Barcelona. 7ª Edición. Masson, 2006.
13. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2ª ed. Masson, 2000.
14. Planes de cuidados con NANDA-NOC-NIC. Hospital Reina Sofía. Archivo en Internet [Acceso 5 Abril 2008]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/planes_cuidados2004.htm
15. Planes de Cuidados Estandarizados. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Archivo en Internet 2005. [Acceso 22 Abril 2008]. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/enfermeria/media/lpcee.pdf#search=%22enfermeria%20filetype%3Apdf%22>
16. Duarte Rodríguez M, De La Cuadra Liró MC, García Fernández E, Jiménez Muñoz MB, Vallés Mtnez MP. Pacientes en Situación Terminal y su Familia. Monografía en Internet 2007. [Acceso 9 Octubre 2007]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/15%2520CUIDADOS%2520PALIATIVOSpdf>
17. Fernández Lao I. Defensa del Uso de un Modelo Enfermero Manuscrito revista científica de Enfermería "Evidentia" 2005 Sept-Dic; 2(6) [Acceso 2 Marzo 2008] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/146articulo.php>
18. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Manual de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y terminal. Madrid: Arán, S.L; 2004.
19. Camps Herrero C, Carulla Torrent J, Casas Fdez. De Tejerina AM, González Barón M, Sanz Ortiz J, Valentín V. Manual Seom de Cuidados Continuos. Sociedad Española de Oncología Médica. Madrid: Dispublic S.L, 2004
20. García Fernández FP, et al. Guía para el Manejo de: Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea, Deterioro De la Integridad cutánea, Deterioro de la Integridad Tisular relacionada con las Úlceras por Presión. Evidentia 2005, sept; 2 (supl) [Acceso 18 Marzo 2008] Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf
21. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. SAS. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2008.

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: UNA GARANTÍA PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- David Carmona Heredia¹
- José Antonio Perez Sanchez¹
- Rocío Marquez Mejías¹
- M^a Dolores Garcia Muñoz¹

¹Servicio de Medicina Interna H. U. Virgen De Valme. Sevilla

Resumen

En el momento actual donde asistimos a cambios demográficos y sociales tales como el envejecimiento de la población, la cronificación de algunos procesos, los cambios en los roles socio-sanitarios y un largo etcétera, se están generando nuevas demandas en los servicios sanitarios y con ello la necesidad de dar respuestas integradas y continuadas a las personas que requieren estos servicios. Es por eso que la continuidad de cuidados en enfermería, constituye hoy un potente instrumento de mejora en la Atención a las personas que transitan de un nivel a otro de la asistencia.

La sociedad andaluza, en los últimos años, está sufriendo una serie de cambios sociodemográficos y de morbilidad similares al del resto de países occidentales que repercuten directamente sobre su salud y como consecuencia, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. Entre los cambios producidos se pueden destacar: el envejecimiento poblacional, la cronificación de enfermedades, el aumento de las personas con discapacidades, los cambios en la estructura familiar, y la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Además, la búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acompañada de una alta presión asistencial.

Todos estos cambios se están traduciendo en un significativo aumento de personas que presentan importantes y complejas necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuáles aparecen derivadas del alta hospitalaria.

SUMMARY

In the moment where we witnessed demographic and social changes such as the aging population, chronic some processes, changes in gender roles and social assistance and so on, are creating new demands on health services and thereby the need for integrated and sustained responses to people who require health services. That's why the continuity of care in Nursing today is a powerful tool for improving the care and the citizens transiting from one level to another of assistance.

The Andalusian society in recent years, is undergoing a series of social-population changes and disease similar to that of other Western countries that influence directly on their health and as a result, their needs and usage patterns of health services. Among the changes can be highlighted: the aging population, chronic diseases, the increase of people with disabilities, changes in family structure and the incorporation of women into the labor market.

Addition, the search for greater efficiency the care and the diagnostic and therapeutic procedures accompanied by a high pressure of assistance. Alls these changes are being translated into a significant increase in people with significant and complex needs of care in the home, many of which appear arising from the high hospital.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Informe De Continuidad De Cuidados (Icc)
- ✓ Gestor De Cuidados
- ✓ Enfermera De Enlace
- ✓ Taxonomía Enfermera

INTRODUCCIÓN

Algunos condicionantes como el envejecimiento, la aparición de nuevas patologías, la cronificación de procesos, la

necesidad de atención domiciliaria, los cambios en los perfiles familiares (que disminuyen la disponibilidad de cuidadores informales), las nuevas demandas sociales, los cambios producidos en los roles socio-sanitarios, los avances científicos y

tecnológicos... producen modificaciones en el ciclo vital y aumentan los requerimientos de las personas a los sistemas sanitarios, de los que esperan coordinación y continuidad en la provisión de servicios.

La información que las enfermeras pueden aportar en relación a sus clientes al ingreso y al alta en los hospitales, puede ayudar a: disminuir la ansiedad del paciente, facilitar la comunicación con la familia, favorecer la confianza entre los profesionales, adecuar una correcta planificación de los cuidados de enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente.

Debemos ser más sensibles ante determinados grupos en los que se identifican mayores problemas de cuidados tras su alta hospitalaria y atenuar el impacto que puede sufrir un paciente frágil en la transferencia de cuidados del hospital al domicilio.

Marco legal

La *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* regula que la atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel (Art 13.1). Asimismo la *Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias* recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo a diferentes principios, entre los que se incluye " la continuidad asistencial de los pacientes" (Art 4.7d).

Decreto 137/2002, del 30 de Abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas.

Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud.

Beneficios de la continuidad de cuidados de Enfermería

- **Beneficios para los usuarios:** se reducen los días de hospitalización y con ello la permanencia del paciente el mayor tiempo posible en el domicilio, la organización de los recursos socio-sanitarios para el apoyo de los cuidados domiciliarios, personalizar la atención pre y post alta, disminuir la ansiedad y mejorar la comunicación de la familia con los profesionales.
- **Beneficios para el sistema sanitario:** el reto de la gestión sanitaria es conseguir mejorar la calidad, al tiempo que se reducen los costes, ya sea en el hospital o en cualquier otro ámbito. Por lo que se realiza un esfuerzo por acortar la estancia media hospitalaria, no sólo por motivos económicos y/o administrativos, sino también afectando a otros indirectamente como la disminución de las infecciones nosocomiales y la reducción en la demora quirúrgica.
- **Beneficios para los profesionales de enfermería:** se mejora la comunicación entre niveles, se usa un lenguaje común, se unifica las intervenciones-cuidados, se comparten espacios de formación, se disponen de asesoramiento en cuidados especializados, se realizan sesiones clínicas sobre pacientes compartidos, etc. *Todo ello tendrá una repercusión en el reconocimiento de los profesionales de enfermería y en el desarrollo de su papel como gestores de cuidados.*

OBJETIVOS DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

Objetivos Generales

- Coordinar los distintos servicios y niveles de asistencia.
- Garantizar la continuidad de los cuidados.
- Informar, orientar y educar al usuario y/o familia.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades asistenciales del usuario a partir del alta.
- Enseñar al usuario y/o familiar/cuidador a controlar en su domicilio las distintas situaciones que pueden presentarse en las AVD.
- Intercambiar información con los profesionales que atenderán al usuario en su domicilio.
- Remitir al usuario a los servicios asistenciales de apoyo y/o comunitarios.

¿Cuáles son las dificultades para el INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS?

A) La primera dificultad con que nos encontramos al acometer un proyecto de estas características es la escasa implantación de protocolos de valoración de enfermería al ingreso y por desdoblamiento de procesos de atención de enfermería en los Hospitales. La mayoría de ellos fuertemente anclados en los modelos biomédicos y una actividad de enfermería que afronta los cuidados que presta desde el modelo de suplencia-ayuda, en el mejor de los casos, y en la asistencia "a demanda" del usuario o por "prescripción facultativa", en los más habituales. El obstáculo que se debe superar es la imposibilidad de planificar objetivos y actividades necesarias para realizar los cuidados, sino es a través de un proceso de atención sistemático y organizado: secuenciado en etapas interrelacionadas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

B) El segundo obstáculo es la necesidad de adoptar un lenguaje común en las comunicaciones interprofesionales y en los registros de cuidados de enfermería: Utilización de taxonomías propias de Enfermería que se puedan codificar y por tanto permitan el tratamiento informático (NANDA, con reservas, es decir si no hay otra, pero al menos adaptada a nuestro entorno).

C) La escasa concienciación tanto por parte del profesional sanitario como del usuario y familia, de la importancia de la utilización del ICC (Informe de Continuidad de Cuidados) para un mejor seguimiento a fin de garantizar la continuidad del proceso asistencial.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- Pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales:
 - Cuidados paliativos.
 - Atención a procesos pluripatológicos.
 - Fractura de cadera en ancianos.

- Demencias.
- AVC.
- VIH-SIDA.
- EPOC.
- Insuficiencia cardíaca.
- Trastorno mental grave.
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados:
 - Pacientes crónicos incapacitados.
 - Pacientes con deterioro cognitivo.
 - Pacientes con deterioro funcional.
 - Ancianos frágiles.
 - Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes y ingresos.
- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados tecnología médica-hospitalaria en domicilio:
 - Ventilación mecánica no invasiva.
 - Oxigenoterapia domiciliaria.
 - Nutrición enteral por bomba de perfusión.
- Cuidadores principales informales de los anteriores pacientes.
- Personas con al menos uno de los siguientes diagnósticos enfermeros:
 - Deterioro de la movilidad física.
 - Deterioro de la integridad cutánea.
 - Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
 - Incumplimiento del tratamiento.
 - Déficit de autocuidados.
 - Aislamiento social.
 - Deterioro de la adaptación.
 - Conocimientos deficientes.
 - Confusión aguda o crónica.
 - Dolor crónico (pacientes en situación terminal).
 - Afrontamiento familiar comprometido, incapacitante, inafectivo.
 - Cansancio del desempeño del Rol de Cuidador.

Estos criterios son seguidos en el servicio de Medicina Interna, donde desarrollamos nuestro trabajo de Enfermería, extrapolándose a todo el centro hospitalario de Valme. Tras la captación por parte de la enfermera referente del paciente o asociada y la intervención de las *enfermeras hospitalarias de enlace*, estos pacientes y sus cuidadores serán incluidos para su correspondiente derivación a Atención Primaria con el Informe de Continuidad de Cuidados, que junto a las *enfermeras comunitarias de enlace* se hará la planificación de sus cuidados, para la adecuada transición a su domicilio.

Para la planificación de cuidados se diferencian tres niveles de continuidad de cuidados, de esta manera se determina así el circuito que va a seguir el paciente en función del nivel de dependencia.

NIVEL 3: Informe de continuidad de cuidados con la intervención necesaria del/la enfermer@ comunitaria de enlace. Pacientes con mayor nivel de dependencia. Alta acompañada de llamada telefónica por parte de las enfermeras hospitalarias de enlace y atención al paciente en atención primaria en las primeras 24 horas.

NIVEL 2: Nivel medio. Paciente con necesidad de cuidados pero no necesariamente por la/el enfermer@ comunitaria de enlace, principalmente por su enfermer@ de familia. Atención en las primeras 48-72 horas por parte de atención primaria.

NIVEL 1: Paciente sin necesidad de continuidad de cuidados. Informe a título informativo.

CONCLUSIONES

La importancia del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) es crucial para un correcto seguimiento del paciente y/o cuidador por parte de la Enfermería de Atención Primaria. En nuestra Unidad realizamos, al alta del paciente, una nueva valoración y evaluación del conjunto de problemas dependientes, independientes o de autonomía que podría tener el paciente o cuidador principal, dejando registrados los datos en lo que denominamos *Alta de Enfermería o Informe de Continuidad de Cuidados*.

En nuestro ICC (Informe de Continuidad de Cuidados) (Fig. 1) empleamos el sistema de clasificación por patrones de M. Gordon como guía para reunir los diagnósticos enfermeros, NOC y NIC por grupos funcionales. Añadimos al informe otros datos del paciente (hábitos tóxicos, enfermedades crónicas, etc.), datos del cuidador principal y comentarios/observaciones.

Fig. 1 Informe de Continuidad de Cuidados

El informe de continuidad de cuidados es una vía de desarrollo de nuevas perspectivas y avances en el campo de la enfermería, mediante la potenciación de la Atención Primaria desde la Atención Especializada.

Debemos ofrecer un entorno centrado en la persona, no en la enfermedad, promoviendo la independencia y el autocuidado como elementos claves en la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, reduciendo el impacto del uso inadecuado de la tecnología sanitaria, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegurando la continuidad de la atención independientemente del nivel en que se encuentre el paciente (Cuadro 2).

En el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla) hemos puesto en práctica la continuidad de cuidados a través del Informe de Continuidad (ICC) o Alta de Enfermería.

Durante el primer cuatrimestre de 2007 se derivaron a Enfermería de Enlace 52 pacientes (niveles 3 de dependencia) de un total de 304 pacientes dados de alta (17,11 % de pacientes derivados).

- La utilización de una metodología enfermera común.
- Lenguaje científico normalizado.
- Establecimiento de planes de cuidados específicos para cada paciente.
- Estandarización de la valoración del paciente utilizando un modelo predefinido de enfermería, utilización de guías y escalas de valoración normalizadas.
- Identificación de los problemas, definición de los mismos mediante el formato PES de la taxonomía NANDA.
- Identificación de los objetivos a alcanzar con nuestras actuaciones, definiéndolos mediante los indicadores normalizados de la taxonomía NOC, incluyendo su ponderación.
- Marcar intervenciones y actividades normalizadas según taxonomía NIC.
- Integración en la elaboración de los planes de cuidados, de la mejor evidencia disponible la experiencia profesional y las expectativas de los usuarios.
- Planificación, desde el primer momento, del alta del paciente, mejorando la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Cuadro 1.

Algunos de los datos estadísticos que podemos aportar basándonos en el ICC los exponemos a continuación:

La Edad Media de la muestra fue de 71,60 años diferenciando a los hombres en 70,08 y a las mujeres en 73,12 años (Fig. 2).

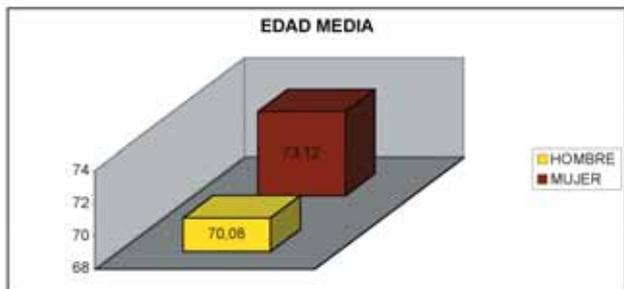


Fig. 2 Edad Media

La Relación entre sexos fue de un 45% para los hombres frente a un 55% para las mujeres (Fig. 3).



Fig. 3. Relación Sexos

Los diagnósticos de Enfermería más habituales durante el ingreso hasta el Alta fueron los siguientes (Fig. 4 y 5):

- Conocimientos Deficientes (19,40%) en pacientes con analfabetismo, bajo nivel socio-económico así como en familiares, falta de información, capacidad y/o voluntad para realizar los autocuidados, etc;
- Deterioro de la Movilidad Física (10,70%) en pacientes con invalidez, obesidad, AVC, Patología Osteoarticular, etc;
- Riesgo de Caída (9,30%) en pacientes con Síndrome Confusional, Etilismo, Cardiopatía Isquémica, ICC, AVC, etc;
- Patrón Respiratorio Ineficaz (8,70%) en pacientes con ICC, EPOC, Insuficiencia Respiratoria, etc;
- Intolerancia a la Actividad (6,70%) en pacientes con AVC, EPOC, ICC, etc;
- Deterioro de la Integridad Cutánea (6,70%) en pacientes con Obesidad, AVC, encamados de larga duración, pacientes con deterioro cognitivo, etc;
- Incontinencia Urinaria/Fecal (6,04%) en pacientes con AVC, Deterioro Cognitivo, etc.

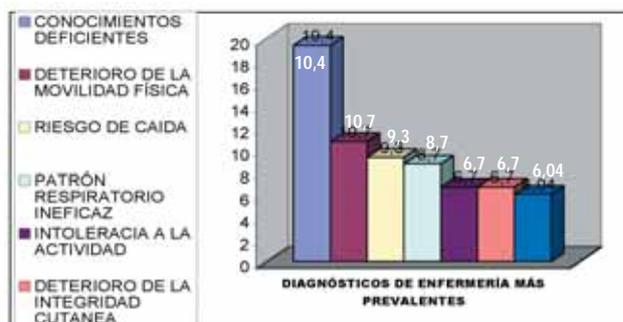


Fig. 4. Diagnósticos Enfermeros

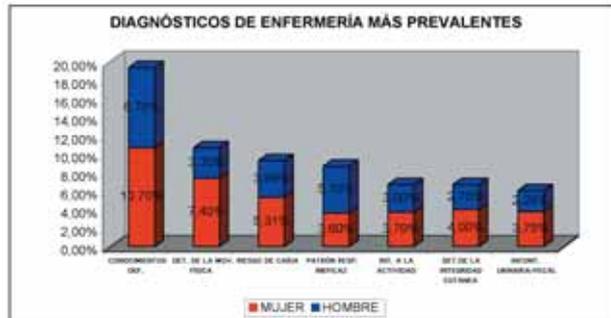


Fig 5. Diagnósticos Enfermeros diferenciados por sexos

BIBLIOGRAFÍA

- Potter/ Perry. "Proceso de Enfermería y dolor". Fundamentos de Enfermería. Mosby 2000: 760-785.
- Mira JJ, Galdón M, García El, Velasco MV et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Rev. Calidad Asistencial. 1999. (14): 165-177.
- Sancha Herrera, M. Evaluación de un sistema de continuidad de cuidados de enfermería emergencias atención primaria. Emergencias Araba. Emergencias Osakidetxa. XI Congreso SEMES, Coruña 1999.
- Giménez García J. et al. Evolución de los ancianos dados de alta de un servicio de urgencias hospitalario. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. XI Congreso SEMES, Coruña 1999.
- Bueno M^o.J. y cols. ¿Garantía de calidad? Base de SEM, Reus, Tarragona. XI Congreso SEMES, A Coruña. 1999.
- Camacho y cols. Informe de enfermería al alta. El resumen de la historia de enfermería hecho realidad. Rev Rol de Enfermería 1998; 235:17-20.
- Ventu Rehues, RM. y cols. Complimentación de la H^o Clínica de urgencias. Un indicador de calidad asistencial. Hospital General de Albacete XI Congreso SEMES. Coruña 1999.
- DARIAS S, et ALT. "Opinión de los profesionales sobre el informe del alta de Enfermería" Metas 1999; 19: 22-24.
- JUVÉ ME, et ALT. "Alta de Enfermería hospitalaria. Implantación y validación de un formato estándar" ROL Enf 1999; 22(12): 873-880.

PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA VACUNACIÓN E INFECCIÓN POR HEPATITIS B.

■ **Rafael Jesús López Suárez**
Técnico Superior Prevención Riesgos Laborales
Enfermero de Urgencias
Hospital Universitario Valme. Sevilla

Resumen

La campaña de vacunación por parte de la Escuela de enfermería es aceptable, a pesar de tener un porcentaje importante de vacunación por interés propio del alumnado.

No obstante, el alumno no tiene claro los conceptos preventivos respecto al ámbito laboral tanto en relación a los protocolos específicos de vigilancia de la salud del trabajador, como respecto a los procedimientos de trabajo seguro, lo que hace muy necesaria introducir una asignatura de salud laboral en su periodo de aprendizaje como garantía de prevención de cara a su futuro profesional.

Finalmente destacar que los alumnos demandan en su gran mayoría una campaña informativa eficaz sobre vacunación frente a VHB, tanto a nivel teórico como práctico.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ VHB.
- ✓ RD 664/97 Riesgos biológicos.
- ✓ Antígeno de superficie.
- ✓ Serología. Marcadores.
- ✓ Inoculación. Vacunas.

1. INTRODUCCIÓN

Es interesante insistir en la trascendencia especial que supone concretamente el riesgo frente a tres procesos infecciosos claves, que son:

VIH, VHB y VHC.

Centraremos el estudio sobre la Hepatitis B teniendo en cuenta que desde el punto de vista preventivo es más abordable, debido a que se dispone de vacunación efectiva en el ámbito laboral y no solamente de un protocolo de precauciones universales o procedimientos de trabajo seguro sin más como en los otros casos.

Paralelamente a todo esto (con independencia de todo estudio) los alumnos de enfermería presentan mayor riesgo en sus prácticas clínicas que el personal profesional en su trabajo, lógicamente debido a su impericia natural por la falta de experiencia laboral al margen de la mayor o menor aptitud en cada caso.

Por todo ello el objetivo fundamental de este trabajo es analizar la percepción del alumnado (futuros profesionales) ante este riesgo biológico tan frecuente en el medio sanitario, así como valorar su estado vacunal con la finalidad de abordar futuras necesidades formativas en prevención y desarrollar un

programa eficaz de concienciación en todo el colectivo de estudiantes de enfermería, respecto a la importancia de la vacunación frente a determinados riesgos biológicos esenciales y en especial, respecto a la hepatitis B.

Dada la importancia que tienen las medidas preventivas frente a la hepatitis B en la profesión enfermera y concretamente sobre los estudiantes de enfermería, es fundamental valorar los conocimientos y la actitud de los alumnos respecto a la infección y a su prevención.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Para este estudio se ha utilizado una doble encuesta diagnóstica de percepción del alumno de enfermería respecto a la hepatitis B en dos planos:

Un primer plano de detección de los conocimientos sobre aspectos generales relacionados con la hepatitis B en el ámbito de sus prácticas y un segundo plano de valoración del estado de vacunación de los alumnos.

En ambos casos la encuesta se ha realizado sobre el total de los alumnos/as del aula de 3º de Enfermería (45 alumnos) de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de Valme en Sevilla.

El doble cuestionario de percepción ha sido confeccionado a partir de las directrices contempladas en el RD 664/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud frente a los riesgos biológicos en el trabajo (1), y el Anexo de dicha normativa sobre "Vacunación en el ámbito laboral".

Este "Real Decreto" supone la integración de todos los principios generales de la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo, para el caso de los riesgos biológicos.

El contenido del primer cuestionario sobre aspectos generales de la hepatitis B mediante 13 preguntas (2) con marcación "en negrita" de la respuesta válida, se detalla a continuación:

1. ¿Cuál de estas enfermedades crees que se transmite mas fácilmente por exposición percutánea? **VHB**, VHA, VIH, NS/NC (no sabe, no contesta).
2. ¿Qué tipo de hepatitis consideras de mayor riesgo en tu profesión?
VHA, VHB, **VHC**, NS/NC
3. ¿Cuáles son las vías de transmisión de la hepatitis B?
Sexual. Parenteral. Aérea. Digestiva. NS/NC.
4. ¿Cuáles son los marcadores serológicos de infecciosidad por la hepatitis B?
Hbs-ag. Anti-Hbc. Anti-Hbs. NS/NC.
5. ¿Qué indica la presencia de Anti-Hbs positivo (anticuerpo de superficie)?
Vacunado. Enfermo. Crónico. NS/NC.
6. ¿Cuál es la finalidad del control serológico en la mujer embarazada?
Evitar VHB crónica en el embarazo
Inmunización del RN.
Cesárea.
NS/NC
7. ¿Cómo es la evolución clínica de la enfermedad?
Algunos crónicos y cirrosis.
Nunca cura.
Adultos crónicos
NS/NC
8. ¿Cómo considerarías el riesgo de contagio de la hepatitis B en el personal sanitario?
Alto. Medio. Bajo. NS/NC.
9. ¿Cuáles crees que son las áreas de trabajo de mayor riesgo de contagio?
Laboratorio. **Urgencias. Quirófano.** Hemodiálisis. Otros.
10. ¿Cómo clasificarías el riesgo de contraer hepatitis B en el periodo de prácticas durante la Diplomatura?
Mucho. Poco. Ninguno. NS/NC
11. ¿Crees que la hepatitis B está considerada enfermedad profesional?
Sí. No. NS/NC.
12. ¿Adoptas medidas preventivas para evitar el contagio de la hepatitis B?
Suficientes. Insuficientes. **No. (Respuesta a criterio del encuestado).**
13. ¿Has tenido algún accidente biológico durante las prácticas clínicas?
No
Pinchazos con agujas
Cortes/heridas
Salpicaduras de sangre.
Salpicaduras de otros fluidos.
(A especificar según el encuestado).
El contenido del segundo cuestionario sobre el estado vacunal del alumnado es de 14 preguntas (3), aparece

marcada "en negrita" la respuesta válida y se presenta de la siguiente forma:

1. ¿Contra qué tipo de hepatitis se dispone actualmente de vacuna específica?
VHA. **VHB.** VHC. VHD.
2. ¿Cómo consideras de necesaria la vacunación de los alumnos de enfermería?
Mucho; poco; nada; NS/NC
3. ¿Estás vacunado de la hepatitis B?
Tres dosis. Dos dosis. Una dosis. En vías de vacunación. No lo estoy.
4. Si estás vacunado de la hepatitis B, ¿Por qué te has vacunado?
Iniciativa propia; Indicaciones; Otras.
5. ¿Consideras que estás correctamente inmunizado?
Sí. No
6. ¿En qué lugar te has vacunado?
Centro de salud. Hospital. Privado.
7. ¿Has tenido algún impedimento para vacunarte?
Sí; No
8. ¿Cuánto crees que dura la inmunidad de la vacuna de la hepatitis B?
10-15 años. De por vida. NS/NC.
9. ¿Cómo cambia el riesgo de contagio tras la vacunación?
Disminuye. Se elimina. NS/NC.
10. En la actualidad, ¿Qué tipo de vacuna de hepatitis B se administra?
Atenuada. Inactiva. Genética. **Conjugada.** NS/NC
11. ¿La vacuna de la hepatitis B se encuentra en el calendario vacunal actualmente?
Sí. No. NS/NC
12. ¿Cómo clasificarías la información recibida sobre la vacunación de hepatitis B en la escuela de enfermería?
Nula. Escasa. Suficiente. Mucha.
13. ¿Has recibido información adicional sobre la vacunación de la hepatitis B en tus prácticas clínicas?
Sí. No.
14. ¿Desearías recibir mas información sobre la hepatitis B?
Sí. No.
15. ¿Qué formas de recibir la información de la hepatitis B preferirías?
Oral. Escrita. Audiovisual. Combinación de todas.

3. RESULTADOS

Respecto al primer cuestionario sobre conocimientos generales relacionados con la hepatitis B se han obtenido los siguientes resultados:

El 70% de los encuestados piensa que por vía percutánea, es el VHB el que se transmite mas fácilmente, el 20% NS/NC y un 10% cree que es mas fácil la transmisión del VIH.

Un 80% cree que el VHB es la hepatitis de mayor riesgo y el 20% considera el VHC.

El 65% piensa que la vía de transmisión principal de la hepatitis B es la parenteral, un 20% la vía sexual y el 15% ambas vías.

Sobre los marcadores de infecciosidad el 30% cree que lo determina el Hbs-ag, el 35% NS/NC, un 25% Anti-Hbs y el 10% Anti-Hbc. (Gráfico 1).

El 70% piensa que el Anti-Hbs positivo determina al sujeto vacunado, un 20% NS/NC y el 10% que determina al enfermo.

Un 55% opina que la finalidad del control serológico en la embarazada es la inmunización del recién nacido, el 30% NS/NC, el 10% la cesárea y un 5% evitar VHB crónica en el embarazo.

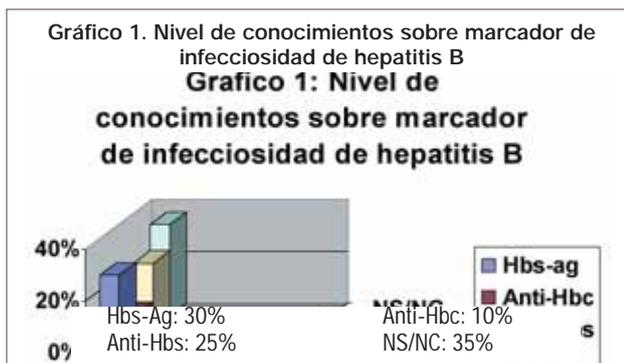


Gráfico 1.

Sobre la evolución clínica de la enfermedad el 65% opina algunos crónicos y cirrosis; un 20% NS/NC, el 10% dice que nunca cura y el 5% adultos crónicos.

El 75% de encuestados cree que el riesgo de contagio de la hepatitis B en el personal sanitario es alto, el 20% que es medio y el 5% cree que es bajo.

En cuanto a las áreas de trabajo con mayor riesgo el 65% opina que el mayor riesgo corresponde a urgencias, un 10% quirófano, 5% laboratorio, 5% hemodiálisis, 5% NS/NC, 5% urgencias y quirófano y 5% urgencias quirófano y hemodiálisis.

Sobre el riesgo de contagio de hepatitis B en las prácticas el 60% piensa que poco y un 40% mucho.

Respecto a la consideración de la hepatitis B como enfermedad profesional el 65% piensa que si lo es, un 20% no lo sabe y el 15% cree que no lo es.

En cuanto a la adopción de medidas preventivas en las prácticas frente a la hepatitis B el 100% manifiestan que adoptan medidas en este sentido.

Sobre la distribución del accidente biológico durante las prácticas un 65% dice no haber tenido accidentes, el 20% ha tenido accidente por pinchazo con aguja, el 10% pinchazo con sangre y 5% salpicaduras de sangre. (Gráfico 2).

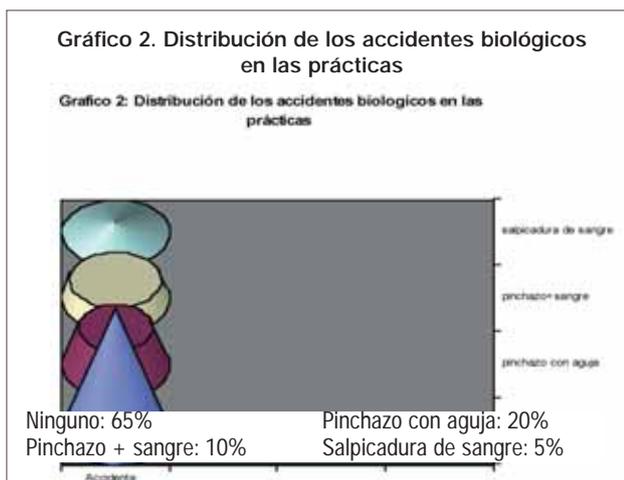


Gráfico 2.

Las conclusiones sobre el segundo cuestionario al respecto del estado vacunal se detallan a continuación:

Sobre el tipo de hepatitis sobre la cual se dispone de vacuna específica el 80% dice que se trata de VHB, un 5% VHA, 5% VHB y VHA, 5% VHB y VHC y un 5% sobre todas ellas.

En cuanto a la importancia de la vacunación para los alumnos/as de enfermería el 90% la considera muy necesaria y el 10% poco necesaria.

Referente al propio estado vacunal el 85% del alumnado se encuentra correctamente vacunado con las tres dosis del programa de vacunación de hepatitis B, el 10% tiene dos dosis puestas y un 5% tiene sólo una dosis. (Gráfico 3).

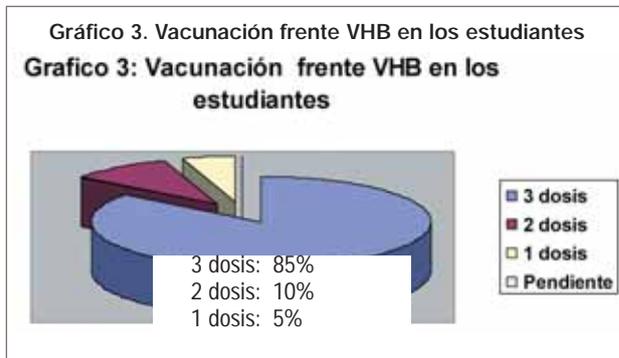


Gráfico 3.

Sobre el motivo de la vacunación el 55% lo ha hecho por indicaciones concretas, el 35% por iniciativa propia, un 5% por ambos motivos y otro 5% por otros motivos, sin especificar. (Gráfico 4).

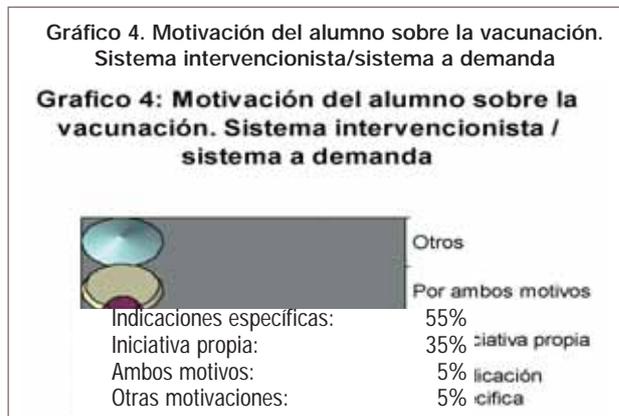


Gráfico 4.

Sobre el criterio correcto de vacunación el 90% se considera correctamente inmunizado y el 10% opina no estarlo.

Un 45% se ha vacunado en el hospital, el 35% en el centro de salud, un 10% en ambos y otro 10% en centros privados.

El 95% no ha tenido impedimento alguno para vacunarse y un 5% si lo ha tenido.

El 100% piensa que la inmunidad de la vacuna frente a VHB dura entre 5 y 10 años.

El 70% opina que tras la vacunación el riesgo de contagio disminuye, el 25% cree que el riesgo se elimina y el 5% NS/NC

El 55% no conoce el tipo de vacuna frente VHB que se administra actualmente, el 35% cree que es una vacuna atenuada, el 5% genética y otro 5% cree que la vacuna es conjugada.

El 95% sabe que la vacunación sobre la hepatitis B se encuentra en el calendario vacunal actual y el 5% NS/NC.

El 70% manifiesta haber recibido información escasa en la escuela de enfermería sobre la vacunación de hepatitis B, un 25% suficiente y un 5% nula. (Gráfico 5).

Respecto a hecho de recibir información adicional en las prácticas, el 90% no la ha recibido y el 10% Sí.

El 90% del alumnado desearía recibir mas información sobre la hepatitis B.

El 50% solicita recibir información sobre el tema por medios audiovisuales, un 15% por métodos orales, un 15% por métodos escritos y un 20% mediante combinación de todas las anteriores.

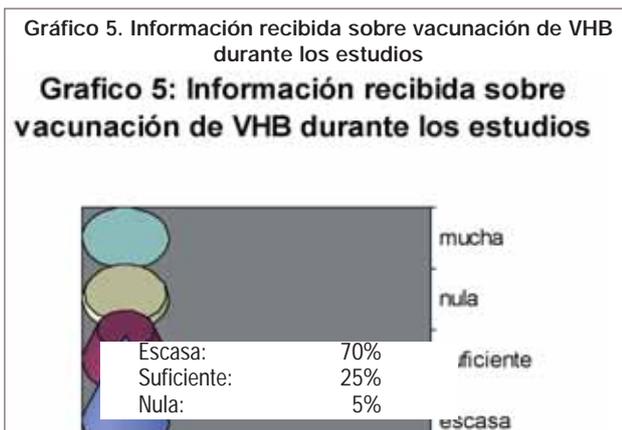


Gráfico 5.

4. DISCUSIÓN

La actividad de los alumnos de enfermería en las prácticas clínicas comporta un elevado riesgo de accidentes biológicos inclusive mayor que el de los propios profesionales, ya que los alumnos no tienen experiencia profesional y presentan déficit de información y formación sobre el tema.

La inoculación accidental se convierte en "el accidente-estrella".

Debido a las repercusiones graves que puede llegar a tener en un momento determinado el sólo hecho de un único pinchazo (al desembocar en un proceso hepático), nos debe hacer pensar en la importancia de introducir una asignatura de formación en salud laboral en los estudios, para este colectivo y mas aún teniendo en cuenta precisamente que casi todos los alumnos demandan mas información sobre la hepatitis B y su vacunación.

Pero dicha formación, debe ir más allá de una simple unidad didáctica (propia de la enseñanza escolar básica).

Pienso que el alumnado presenta un alto grado de sensibilización y concienciación respecto a la facilidad de transmisión de la hepatitis B por la vía parenteral y el riesgo laboral que representa.

No obstante los alumnos no parecen tener los conceptos claros desde el punto de vista de los "MARCADORES SEROLÓGICOS".

Los conocimientos sobre la evolución clínica de la infección si me parecen adecuados por su parte.

A pesar de que los conocimientos fisiopatológicos están bien enfocados en su aprendizaje, los conceptos higiénico-preventivos no lo están tanto.

La consideración de la hepatitis B como enfermedad profesional por la mayoría de ellos me ha parecido un dato fundamental y relevante al poner de manifiesto, que conocen la justificación legal que les ampara en caso de contraer esta enfermedad infecciosa (como profesionales una vez incorporados al trabajo).

Precisamente en función de las consideraciones jurídicas (según lo dispuesto en la Ley 1/1994 de 20 de Junio General de la Seguridad Social, que define el accidente de trabajo y la enfermedad profesional) en caso de accidente, se desprenderán unas contraprestaciones socio-económicas mayores o menores.

No me ha parecido suficiente en base a los resultados obtenidos, el número de alumnos que cree adoptar medidas preventivas suficientes en las prácticas para evitar el contagio

de la hepatitis B, ya que la adopción de dichas medidas debe realizarse siempre como "una acción automática" ante cualquier intervención con el paciente o material biológico de éste, casi sin pensarlo.

Además me parece insuficiente, porque las normas básicas de precaución universal (4) como el lavado higiénico de manos, uso de guantes, bata y mascarilla (si procede), constituyen una premisa esencial tanto desde el punto de vista de la salud laboral como a nivel de la salud pública en general, por lo que siempre deben ser adoptadas por alumnos y profesionales como principio general de la prevención.

Considero adecuado el nivel de percepción de los alumnos sobre el riesgo laboral que supone el contagio de una hepatitis B.

En general conocen las vacunas específicas respecto a este proceso infeccioso.

Hay una concienciación máxima sobre la necesidad e importancia de la vacunación frente a VHB, como mecanismo de prevención eficaz.

Sin embargo resulta interesante comentar que la vacuna frente al VHA (5) (virus hepatitis A) apenas es conocida por el colectivo de estudiantes de enfermería, y precisamente en la actualidad algunos expertos en Epidemiología y en Medicina del Trabajo la están recomendando en el personal sanitario, con total garantías.

Me ha parecido muy significativo el alto grado de cumplimiento de la vacunación por parte de los alumnos, cifra precisamente muy similar a la registrada en algunos estudios realizados en otras regiones como Cataluña.

Estos dos aspectos comentados anteriormente sobre nivel de percepción de la necesidad de vacunarse y el alto grado de vacunaciones registradas, suponen dos cuestiones fundamentales sobre este estudio desde mi punto de vista.

La asignatura pendiente sigue siendo la configuración de una adecuada planificación de las campañas de vacunación desde el servicio de Medicina Preventiva, en base a ello pienso que es insuficiente el número de vacunaciones siguiendo instrucciones específicas por el servicio de prevención y demasiadas las vacunaciones por iniciativa propia.

No se debe permitir que el alumno ó el trabajador esté pendiente activamente respecto a sus vacunas en las prácticas ó medio laboral, y no lo esté tanto el propio servicio de prevención.

Altamente significativa es el déficit de información de los encuestados, sobre la vacunación frente a hepatitis B, tanto en el ámbito formativo como adicionalmente en el desarrollo de sus prácticas.

Dato este último primordial, para establecer un adecuado plan formativo en salud laboral durante la carrera.

5. BIBLIOGRAFÍA

- (1) RD 664/1997 Riesgos biológicos en el trabajo. Página 3.
- (2) Protocolo de vigilancia de la salud de los trabajadores frente a los riesgos biológicos. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Noviembre 2001. Página 3.
- (3) Vacunación en el ámbito laboral. Anexo al RD 664/1997 sobre riesgos biológicos. Página 5.
- (4) Rivera J M. Prevención de la hepatitis B en el personal de enfermería. Necesidad de su concienciación. Enfermería clínica. 1989. Página 11.
- (5) Vaccines Newsletter. Actualización en vacunas. Vacunaciones en el personal sanitario. Número 5. Septiembre 1998. Página 11.

ATENCIÓN AL CUIDADOR INFORMAL. CASO CLÍNICO.

ATTENTION TO INFORMAL CAREGIVER. A CASE REPORT.

- Hortelano Rodríguez, Pastora¹
- Zapata Sampedro, Marco Antonio²

[1] Enfermera Gestora de Casos.

Centro de Salud Polígono Norte. Sevilla. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla.

[2] D.E. Centro de Salud Polígono Norte. Sevilla. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla.

Resumen

Muchas enfermedades crónicas son debilitantes y pueden afectar a la capacidad de autocuidados, necesitando de cuidados informales de familiares.

La definición de cuidadores informales incluye a aquellos individuos que proporcionan cuidados sin remuneración, predominantemente en el domicilio, implicando cantidades de tiempo y energía significativas durante meses o años, y requiriendo la ejecución de tareas que pueden ser exigentes a nivel físico, emocional, social o económico.

Las enfermeras de Atención Primaria deben prestar especial atención al cuidado integral de estos pacientes.

Describimos el caso clínico de una mujer de 43 años de edad, que es cuidadora informal. Se desarrolla un plan de cuidados individualizado en el que se detecta, entre otros diagnósticos, riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador relacionado con la severidad y cronicidad de la enfermedad de la persona a la que cuida. En este plan se incluyen objetivos e intervenciones enfermeras.

ABSTRACT

Many chronic diseases are debilitating and may have affect on self-care functions, requiring informal caregiving from family.

The definition of informal caregivers includes those individuals who provide care without remuneration, predominantly in the home, involving significant amounts of time and energy for months or years, and requiring the performance of tasks that may be physically, emotionally, socially, or financially demanding.

Primary care nurses must pay special attention to the integral care of these patients.

We will now describe a case report involving a 43 years-old woman who is an informal caregiver. An individual nursing care plan was developed, in which risk for caregiver role strain related to the severity and chronicity of the care receiver's condition, among others diagnoses, was detected. This plan includes objectives and nursing intervention implementation.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Cuidadora informal,
- ✓ cuidados enfermeros,
- ✓ atención primaria,
- ✓ familia,
- ✓ riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

KEY WORDS

- ✓ Informal caregiver,
- ✓ nursing care,
- ✓ primary care,
- ✓ family,
- ✓ risk for caregiver role strain.

INTRODUCCIÓN

Un cuidador es la persona que se responsabiliza de los cuidados de otra persona, enferma o discapacitada, que requiere asistencia de forma diaria y continuada.^[1]

Este papel se desarrolla, normalmente, dentro del ámbito familiar, aunque en su seno la distribución del rol de cuidador no es homogénea. Frecuentemente, esta red de cuidado familiar gira en torno a una sola persona, una figura central, que es

denominada "cuidador principal", que afronta todo el esfuerzo y la responsabilidad del cuidado de otra persona, con un grado de implicación variable de otros familiares.^[2,3]

Estos cuidadores son denominados, asimismo, como "informales", por suplir o complementar los cuidados profesionales sin percibir contraprestación económica alguna.^[4]

El perfil de este cuidador responde a una mujer (82,9%, probablemente relacionado con ciertos roles sociales y culturales que todavía están vigentes en nuestra sociedad), en edad



adulta (45-64 años) [1], que generalmente cuida de un familiar directo, como puede ser un progenitor; aunque en nuestros días, por la incidencia de accidentes o ciertas enfermedades, también es frecuente encontrar madres que cuidan de sus hijos. Por este motivo, es usual que se hable de “cuidadoras informales” o “cuidadoras principales”.

Estas cuidadoras informales suelen ofrecer unos cuidados permanentes y sostenidos a aquellas personas que necesiten suplencia incluso para las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, desplazarse, ir al servicio, etc.). En cambio, si sólo es necesario suplir las actividades instrumentales de la vida diaria (de orden superior, y referentes al manejo del hogar, como ir de compras, uso del transporte, manejo del teléfono, tareas domésticas ligeras, preparar comidas, etc.) del paciente enfermo o discapacitado, la atención de la cuidadora puede ser menos concentrada y continua.[1]

Estos cuidados producen un impacto negativo sobre la salud de la cuidadora, que resultan mucho más evidentes en la dimensión psicológica que en la física.

Si atendemos a la salud percibida por estas cuidadoras, presentan un mayor riesgo de percibir su salud como mala aquellas que no tienen un empleo. Y en muchos casos, la tarea de cuidadora ha impedido el acceso a un empleo, o ha condicionado el abandono del mismo al ser imposible compaginar ambas labores. Este hecho repercute sensiblemente sobre el desarrollo personal, la autoestima y el apoyo social.

Asimismo incide a nivel económico, pues esta merma en los ingresos suele venir acompañada de un incremento sustancial de los gastos derivados de la enfermedad, de la discapacidad y de los cuidados.

Además, la dedicación casi en exclusiva a los cuidados conlleva una drástica reducción de la vida social de las cuidadoras, disminuyendo la posibilidad de relacionarse con familiares o amigos, y de realizar o recibir visitas. Es más, en ocasiones refieren el tiempo como escaso o inexistente para dedicarlo a otras responsabilidades, para los autocuidados propios o, simplemente, para disponer libremente de él.[2]

Por otra parte, cabe reseñar que, en muchos casos, la cuidadora suele tener escasa información y formación sobre los cuidados a prestar, lo que revierte negativamente en el propio cuidador, y en la persona que es cuidada.[3] También es frecuente que desconozca los recursos sociosanitarios disponibles, por lo que suele solicitar menos ayuda de lo que cabría esperar.[3]

Por lo tanto, podemos concluir que el coste de cuidar de otra persona es elevado en términos de salud, tanto más cuanto mayor sea la severidad y cronicidad de la enfermedad del paciente, la falta de descanso o de periodos de ocio, o la ausencia de apoyo del resto de la unidad familiar; repercutiendo negativamente en la calidad de vida de la cuidadora, en su desarrollo personal y profesional, en las oportunidades de empleo, en términos económicos, en las relaciones sociales y familiares, y en la disponibilidad del propio tiempo.[2,3]

Esta situación puede conllevar un cansancio en el desempeño del rol de cuidador, que se define como la dificultad o la incapacidad manifiesta para realizar las actividades requeridas en los cuidados del enfermo que anteriormente llevaban a cabo.

Por lo tanto, la enfermera de atención primaria debe valorar adecuadamente cada caso, para identificar estos factores de riesgo que indiquen un riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador, para establecer un plan de cuidados oportunos dirigidos a la cuidadora, en el que se describan los criterios de resultados deseados, así como las intervenciones y las actividades propuestas.

Con este motivo, presentamos el siguiente caso clínico, en el que se desarrollan los cuidados prestados a una mujer que es cuidadora principal de sus dos hijos.

CASO CLÍNICO

La enfermera gestora de casos acude al domicilio para evaluar una solicitud de material ortoprotésico, y aprovecha la ocasión para valorar el caso de la paciente dependiente y de su cuidadora principal, su madre, una mujer de 43 años que también se encarga del cuidado de su otro hijo.

Por un lado, la hija mayor, mujer de 19 años de edad, está diagnosticada de Síndrome de West y permanece totalmente desconectada del medio, necesitando cuidados constantes. Tiene sonda nasogástrica (SNG) y sueroterapia para administración de omeprazol intravenoso debido a hemorragias digestivas. No padece actualmente heridas, aunque sí las ha tenido, siendo tratadas en su momento por una tía de la misma (enfermera de profesión, que dispensa cuidados formales ayudando parcialmente a la cuidadora, y que también se encarga de la colocación de los dispositivos técnicos, como la sonda nasogástrica, o la vía venosa); que es, igualmente, la que nos hace llegar el caso al centro de salud por precisar el citado material ortoprotésico.

Padece incontinencia urinaria total, por lo que usa pañales durante todo el día.

Asimismo, muestra un grado importante de anquilosamiento, adoptando prácticamente una posición fetal, lo que hace inviable sentarla en silla de ruedas como antes, pasando el día encamada. Se le realiza la higiene en una bañera para niños pequeños colocada dentro de la ducha, para lo que su madre debe cogerla en peso.

Esta paciente es dependiente total (Barthel: 0 puntos) y ha requerido de cuidados permanentes y sostenidos durante sus 19 años de vida.

Ante esta situación, la enfermera gestora de casos, tras la primera visita, solicitó una cama articulada, un colchón viscoelástico y una barandilla al distrito de atención primaria de refe-

rencia (Sevilla), que lo hace llegar al domicilio unos días después. Además, deriva al equipo móvil de rehabilitación, que también comenzó su trabajo una semana después de esta primera visita.

Por otro lado, el hijo menor de la cuidadora, hombre de 16 de años, padece un retraso psicomotor importante (edad mental en torno a los 8 años) y que requiere también de una atención por parte de ella, de una supervisión, aunque este realiza las actividades básicas de la vida diaria.

La mujer ha asumido el rol de cuidadora principal desde prácticamente el comienzo de la vida de cada uno de ellos, y ha adquirido con el tiempo una pericia que le permite brindar unos cuidados adecuados supliendo de manera efectiva las necesidades de cada uno de sus hijos. En cambio, ella misma presenta una serie de respuestas ante esta situación que vive que requieren de un abordaje por parte de la enfermera gestora de casos.

VALORACIÓN GENERAL

Además de una valoración específica de la situación de la niña, también se realizó la valoración que nos ocupa, de la cuidadora principal, utilizando los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.^[5]

Mujer de 43 años que tras ser preguntada sobre su estado de salud actual refiere encontrarse “bien, no me quejo”, ya que “no tengo tiempo para ocuparme de mi misma”, aunque no duda en seguir desempeñando el papel que ha ejercido hasta ahora como cuidadora principal de sus hijos. Su marido, de 48 años de edad, le ayuda en esta labor lo que puede, aunque “tiene que responder en su trabajo”.

Comenta como antecedentes personales de interés que está diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, en tratamiento con enalapril 20 mg (1-0-1), losartan 50 mg (0-1-0), torasemida 5 mg (1-0-0), atenolol 50 mg (1-0-0) y omeprazol 20 mg (1-0-0). Está insulinizada.

No alergias conocidas. Fuma 20 cigarrillos al día.

Han realizado obras en el domicilio para adaptar el baño, para ampliar las medidas de las puertas, etc.

Refiere una dieta normal, evitando en la medida de lo posible dulces, fritos, etc. Explica que mantiene una ingesta de líquidos en torno a dos litros al día.

Presenta incontinencia urinaria de esfuerzo.

Es independiente tanto para las actividades de la vida diaria como para autocuidados. Realiza todas las tareas domésticas.

No refiere problemas al dormir.

Consciente, orientada y alerta. Pfeiffer: 0, compatible con la normalidad.

Dice tener dolores en la espalda, en la zona lumbar. Para ello toma como medicación ibuprofeno 600 mg según precisa.

Vive con su marido, con sus dos hijos, y con una hermana que se ha separado recientemente.

Según el índice de esfuerzo del cuidador, presenta un nivel elevado de esfuerzo (7/13).^[6]

Su principal preocupación versa sobre el futuro de sus hijos, diciendo que “mi hijo es muy bueno. Se da cuenta de todo, y si yo falto, ¿qué será de él?. A veces me ahoga la pena sobre su porvenir. A mi hija la llevarían a una residencia, pero a él...”. Resume exponiendo que “me he acostumbrado a vivir

con lo de mis hijos. Estoy resignada. Ayer me harté de llorar de impotencia”. Además, comenta que “he tenido que hipotecar la vivienda para la obra; y aunque mi marido trabaja, no nos llega”.

Dice no sentirse sola, pero le cuesta pedir ayuda.

Antes creía, pero ahora se pregunta “¿dónde está Dios?”

Resto de patrones sin incidencias significativas.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Atendiendo a esta valoración realizada, detectamos una serie de respuestas en la paciente que se expresan en este plan de cuidados según la taxonomía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).^[7,8,9] A partir de estos diagnósticos, indicamos una serie de criterios de resultados esperados (Nursing Outcomes Classification NOC),^[9,10] las intervenciones (Nursing Interventions Classification, NIC),^[9,11] y las actividades enfermeras^[11] que consideramos prioritarias.

D. 00062. Riesgo de cansancio en el desempeño en el rol de cuidador r/c sobreesfuerzo en el rol de cuidador.

NOC. 1806. Conocimiento: recursos sanitarios.

NIC. 7040 Apoyo al cuidador principal.

Actividades:

- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios (tanto materiales como profesionales, como la enfermera gestora de casos, el enfermero de familia, el trabajador social, la terapeuta ocupacional, etc.) y ponerlos a su disposición.
- Ofertar taller para cuidadoras.

D. 00097 Déficit de actividades recreativas r/c (D. 00052) deterioro de la interacción social.

NOC. 1503. Implicación social.

NOC. 1604 Participación en actividades de ocio.

NIC. 5100 Potenciación de la socialización.

NIC. 5360 Terapia de entretenimiento.

Actividades:

- Pactar periodos de descanso y distracción, así como actividades de ocio según las preferencias de la cuidadora, animándola a cambiar de entorno físico (p.e.: pasear, etc.).
- Aumentar progresivamente los contactos familiares y sociales, e identificar alternativas a la presencia física (p.ej.: llamadas telefónicas).
- Evaluar conjunta y periódicamente la adecuación de dichas actividades elegidas y el grado de placer y



distracción que proporcionan, modificándolas y completándolas de acuerdo con los resultados.

- Valorar conjuntamente los sistemas de apoyo, tanto humanos como materiales.
- Estimular la aportación máxima de la persona a sus cuidados, recordando la necesidad de prestar atención a su propio bienestar.

D. 00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c desconocimiento y desmotivación.

- NOC. 1609. Conducta terapéutica de enfermedad o lesión
- NOC. 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.
- NOC. 2507. Salud física del cuidador principal.
- NOC. 2506 Salud emocional del cuidador principal.
- NIC. 4420. Acuerdo con el paciente.
- NIC. 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Actividades:

- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta
- Instruir al paciente como seguir las prescripciones.
- Ofrecer consejo anti tabáquico.

D. 00017. Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales.

- NOC. 0502. Continencia urinaria
- NIC. 0560 Ejercicio del suelo pélvico.

Actividades:

- Enseñar al paciente a detener y a reiniciar el flujo de orina.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre cada contracción.

- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.

D. 00124. Desesperanza r/c la situación de la familia.

- NOC. 1204 Equilibrio emocional
- NIC. 5310 Dar esperanza
- NIC. 5270 Apoyo emocional

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con la cuidadora.
- Animar a la cuidadora a que exprese sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la tabla 1 se describe la situación de la paciente en la primera visita (O), y la situación a los sesenta días (X), tras la intervención enfermera, objetivándose mediante los indicadores de resultado asociados a cada uno de los objetivos (NOC).

Cada indicador (estados, conductas o percepciones del cuidador más específicos, que sirven para medir un resultado)^[10] está cuantificado mediante escalas tipo Likert de 5 puntos, sobre un continuo desde menos a más deseable, proporcionando una puntuación en un momento concreto.

La cuidadora, tras la intervención de la enfermera gestora de casos, verbaliza recursos disponibles que tiene a su disposición en su labor, y hace uso de ellos. De hecho, se muestra "contenta" por el material que se le ha dispensado pues "es para el bienestar de mi hija", y ya puede "hacerle la higiene en la cama". Además, añade que "ya han estado en casa los terapeutas ocupacionales y me han enseñado a realizar las transferencias y los movimientos de mi hija en la cama, por lo que me siento mejor, sé como tengo que hacerlo. Incluso me duele menos la espalda". "También el enfermero de familia ha venido a visitarme y asesorarme", expone.

Por otro lado, refiere haber "aprendido muchas cosas en el taller de cuidadoras", y asimismo "he conocido a otras personas en circunstancias similares a las mías e incluso nos llamamos por teléfono. Me ha hecho sentir bien".

Comenta que ha comenzado a realizar los ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico, y que "estoy empezando a notar beneficios". Asimismo, demuestra un mayor compromiso con el cuidado de sus patologías, aunque no se han objetivado los resultados.

Queda mucho trabajo para mejorar su estado de salud, pero ya se trabaja en ello. De momento, ella dice "encontrarse mejor".

IMPLICACIÓN SOCIAL (1503) Indicadores:	1	2	3	4	5
150301 Interacción con amigos íntimos		O X			
150303 Interacción con miembros de la familia			O X		
150311 Participación en actividades de ocio		O	X		
1: Nunca; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; y 5: Siempre DEMOSTRADO					

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO (1604) Indicadores:	1	2	3	4	5
160412 Elige actividades de ocio de interés		O	X		
160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio		O	X		
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio		O	X		
160413 Disfruta de actividades de ocio		O	X		
160406 Control del propio ocio		O	X		
160407 Identificación de opciones recreativas		O	X		
1: Nunca; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; y 5: Siempre DEMOSTRADO					

CONDUCTA TERAPÉUTICA DE ENFERMEDAD O LESIÓN (1609) Indicadores:	1	2	3	4	5
160901 Cumple las precauciones recomendadas			O	X	
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado			O X		
160903 Cumple el tratamiento prescrito			O X		
160906 Evita conductas que potencian la patología		O X			
160909 Supervisa los efectos secundarios del tratamiento			O X		
160915 Busca consejo de un profesional sanitario cuando sea necesario		O	X		
1: Nunca; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; y 5: Siempre DEMOSTRADO					

CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO (1813) Indicadores:	1	2	3	4	5
181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento		O	X		
181305 Descripción de la dieta prescrita		O	X		
181306 Descripción de la medicación prescrita		O	X		
1: Ninguno; 2: Escaso; 3: Moderado; 4: Sustancial; y 5: Extenso					

SALUD EMOCIONAL DEL CUIDADOR PRINCIPAL (2506) Indicadores:	1	2	3	4	5
250601 Satisfacción con la vida		O	X		
250603 Autoestima		O	X		
250610 Certeza sobre el futuro		O X			
250611 Relación social percibida		O	X		
1: Gravemente; 2: Sustancialmente; 3: Moderadamente; 4: Levemente; y 5: No COMPROMETIDO					
250604 Temor			O X		
250606 Culpa			O	X	
250607 Depresión			O X		
250613 Cargas percibidas			O X		
250615 Uso de fármacos psicotrópicos				O X	
1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve; y 5: Ninguna					

FE DE ERRATAS EN LA REVISTA HYGIA Nº 70

Página 14, en autores,
donde dice: Ismael Núñez García; debe decir: Ismael Núñez León

Página 38, en autores,
donde dice: María Encarnación Alonso; debe decir: María Encarnación Alonso Erenas

SALUD FÍSICA DEL CUIDADOR PRINCIPAL (2507) Indicadores:	1	2	3	4	5
250701 Salud física		O	X		
250702 Patrón de sueño			O X		
270703 Presión arterial		O	X		
250704 Nivel de energía			O X		
250706 Nivel de movilidad			O X		
250709 Peso		O X			
250710 Función gastrointestinal			O	X	
250711 Consumo de medicación			O	X	
250712 Salud general percibida			O	X	
1: Gravemente; 2: Sustancialmente; 3: Moderadamente; 4: Levemente; y 5: No COMPROMETIDO					

CONTINENCIA URINARIA (0502) Indicadores:	1	2	3	4	5
050202 Patrón predecible del paso de orina			O	X	
050208 Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de orina			O	X	
1: Nunca; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; y 5: Siempre DEMOSTRADO					
050207 Pérdidas de orina entre micciones			O	X	
050211 Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos, etc.)			O	X	
1: Siempre; 2: Frecuentemente; 3: A veces; 4: Raramente; y 5: Nunca DEMOSTRADO					

EQUILIBRIO EMOCIONAL (1204) Indicadores:	1	2	3	4	5
120402 Muestra un estado de ánimo sereno			O	X	
120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias			O	X	
120423 Mantiene el arreglo y la higiene personal			O	X	
1: Nunca; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; y 5: Siempre DEMOSTRADO					

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Hemos podido observar de un forma práctica, a través de este caso clínico, que en muchas ocasiones puede ocurrir que la persona que se dedica a cuidar de otra que sufre una gran discapacidad puede presentar más necesidades sin cubrir que la propia persona a la que atiende. Es por lo tanto, de tremenda importancia cuidar de la cuidadora, pues revertirá en ella misma, y en la persona que es cuidada.

Por este motivo, la enfermera debe tener muy en consideración la atención de las cuidadoras informales en su labor cotidiana, igual que se presta cuidados a los grandes discapacitados en sus visitas domiciliarias.

Por tanto, unos cuidados acertados a la cuidadora redundarán en que esta pueda seguir desempeñando su labor por más tiempo, y que la persona a la que cuida continúe con una calidad de vida aceptable dentro de las posibilidades.

Entre estos cuidados dirigidos a la cuidadora cabría destacar, en primer lugar, la importancia de la educación sanitaria (información y formación) de la que la enfermera es responsable, por la cual se enseñan los cuidados que necesita el paciente dependiente y la forma de desarrollarlos, observando la salud de la cuidadora.

A reseñar también otras medidas como la consecución del apoyo del entorno familiar y social para colaborar en los cuidados de la paciente dependiente, pero también para facilitar el descanso y los periodos de distracción de la cuidadora principal.

Por otro lado, los grupos de apoyo sirven para compartir experiencias, para la expresión de sentimientos, para aprender de otras personas o profesionales, para conocer a otras personas en circunstancias similares o para tomarse un respiro, entre otras actividades.

Igualmente, es necesario que los profesionales, como la enfermera de familia, o la enfermera gestora de casos, expliquen los recursos sociales y sanitarios disponibles, como los mecanismos de ayuda domiciliaria destinados a cubrir requerimientos cotidianos para el cuidado del paciente.

Y también, aquellos otros sistemas de apoyo sociales y comunitarios, como el voluntariado, la asistencia privada contratada, los programas de respiro familiar, los ingresos temporales que contemplan incluso la posibilidad de colaborar en los cuidados, sin obviar en ningún caso el apoyo económico o fiscal que se derive de cada situación particular y de la legislación vigente.

Sin duda, un aspecto muy importante es lograr que los cuidadores vean su trabajo reconocido por parte de su entorno (familiar, social, sanitario), especialmente en aquellos que no reciben un refuerzo positivo por parte del paciente debido a su discapacidad, que será una recompensa agradable para la cuidadora que se esfuerza a diario, paliando de ese modo sentimientos como el aislamiento y la frustración.

Como conclusión, resumir que la labor enfermera con este grupo de cuidadores debe consistir, en primera instancia, en la enseñanza, con el fin de ampliar sus conocimientos, habilidades y recursos, para cuidar, y también para cuidarse. Y también, ofrecerles todo el asesoramiento profesional, el apoyo psicológico y los recursos materiales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Portal Mayores: Cuidados y cuidadores informales. [Acceso 12 Nov 2008]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2000/capitulos/8-2texto.rtf>
2. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):132-9 [Acceso 14 Ene 2009]. Disponible en: http://www.scielo.icsiii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400021&script=sci_arttext
3. Párraga Díaz M. Y... ¿Quién cuida a los cuidadores? *Enfermería Global* N° 6 Mayo 2005. [Acceso 14 Nov 2008] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/525/539>
4. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Portal Mayores: Cuidadores. [Acceso 14 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/cuidadores/pyr/quienocuida.html#c1>
5. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Ed. Mosby-Doyma. 3ª ed. Barcelona, 1996.
6. Índice de esfuerzo del cuidador. Servicio Andaluz de Salud. [Acceso 14 Ene 2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_EsfuerzoCuidador_ICs.pdf
7. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed. Masson. 2ª ed. Barcelona, 2002.
8. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones, 2007-2008. Ed. Elsevier. 1ª ed. Madrid, 2008.
9. Jonson M, et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Hartcourt. 1ª ed. Madrid, 2002.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Ed. Mosby. 3ª ed. Madrid, 2005.
11. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Ed. Hartcourt. 3ª ed. Madrid, 2002.



- c) centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- d) nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la correspondencia.
- e) financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).
- g) si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave

En segunda hoja, fuera de paginación, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen.

Su extensión aproximada será de 150 palabras. Se caracterizará por: 1) poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo; 2) desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos; 3) estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y 4) no podrá incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se especificarán de tres a seis palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos.

III. Texto

Será presentado en castellano, paginado y en la medida de lo posible se ordenará de acuerdo con los siguientes apartados y según el tipo de artículo:

Introducción:

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/Observaciones:

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

Resultados:

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión y Conclusiones:

Interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo.

IV. Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la

responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

V. Bibliografía.

Las referencias bibliográficas preferentemente se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

Ejemplos:

Artículos de revistas

Autor/es Personal/es:

Miguez A, Muñoz D, Sanchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. *Hygia de Enfermería* 2007; 65 (XIV): 11-19.

Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et al.)

Autor Corporativo:

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. *JAMA* 1992; 286: 2420-2425.

Libro Completo:

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, SA; 1996.

Capítulos de libros:

Gomez de la Cámara A. Medicina basada en al evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: *Manual de Medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Jarpyo. 1998. p. 15-27.

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.[Acceso 10 Sep 2007] Disponible en: <http://www.update-software.com>.

VI. Tablas

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión.

Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.

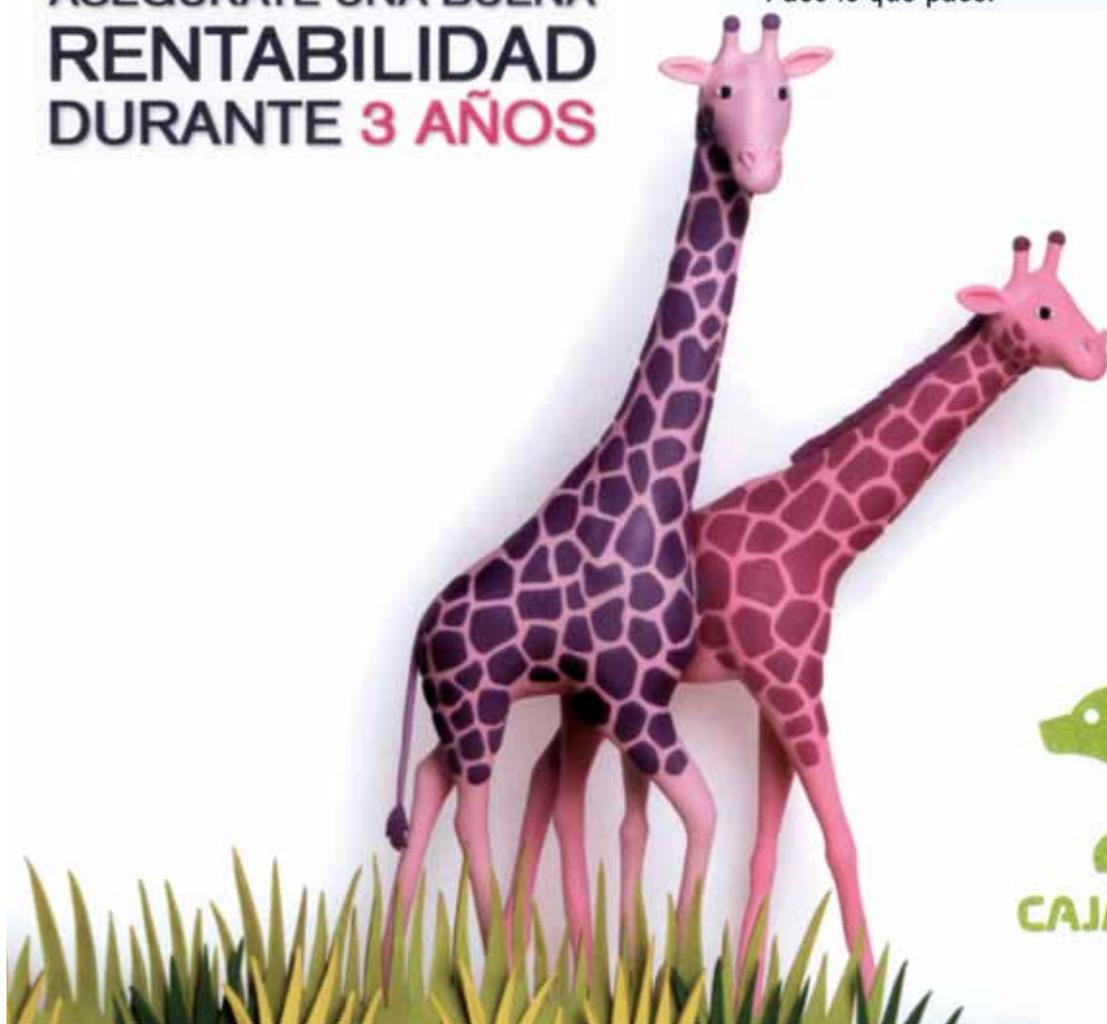
Tanto las figuras como las tablas se presentarán en sobre aparte, en ningún caso incluidas en el texto para su mejor procesamiento gráfico. Incluyendo en este sobre un folio con las leyendas de los pie de fotografías y de otras figuras, si fuera necesario.

DEPÓSITOS NOÉ

PONTE A CUBIERTO
ASEGÚRATE UNA BUENA
RENTABILIDAD
DURANTE **3 AÑOS**

LA SEGURIDAD Y RENTABILIDAD QUE BUSCABAS PARA TUS AHORROS

Caja Madrid presenta los **DEPÓSITOS NOÉ**. Una línea de cuatro depósitos que, en tiempos de incertidumbre como los actuales, **te aseguran una rentabilidad superior a la del mercado, durante 3 años**. Pase lo que pase.



Elige el que más te convenga y **ponte a cubierto** desde hoy mismo. Con los **DEPÓSITOS NOÉ** disfrutarás de magníficas condiciones y vivirás mucho más tranquilo:

- Plazo: **36 meses**.
- **Abono trimestral** de intereses.
- **Sin importe mínimo ni máximo**.
- **Con un tipo fijo muy atractivo** el primer trimestre, y referenciado al Euribor 3 meses más un diferencial positivo, el resto de trimestres*.

Y si eres cliente de Caja Madrid, mejoramos tus condiciones.



Oficina Caja Madrid
en el Colegio
Avenida Ramón y Cajal, 20
Teléfono 954 93.28.80

XXV

Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



José M^a Iborra

PREMIOS

PRIMERO: 3.600 € SEGUNDO: 1.800 € TERCERO: 1.200 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.000 €

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con **1.000 Euros**. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades, en el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600 Euros** para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800 Euros** para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** para el premiado en tercer lugar.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXV CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXV Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien a parezca como único o primer firmante del trabajo. **Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2009.** Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado. **El fallo del jurado se hará público hasta el día 10 de diciembre de 2009.**

PREMIOS 2008

- 1.º: M^a Luz García Muñoz (Barcelona)
- 2.º: Luis M. González Flores (Sevilla)
- 3.º: Arturo Biarge Ruiz (Huesca)



145 Años avanzando con la profesión

Patrocina



seguros