

# HYGIA de ENFERMERIA

Nº 77, Año XVIII - 2011

Colegio de Enfermería de Sevilla

Prevalencia de sospecha de maltrato en los pacientes mayores de 65 años que acuden a un servicio de urgencias hospitalario

Cuidados de enfermería en paciente con cáncer de mama

Plan de cuidados del paciente con shock cardiogénico

Utilidad de la consultoría telefónica para los pacientes de esclerosis lateral amiotrófica



# El Colegio te protege con 3.500.000 euros

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

## NUEVO SEGURO

### DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA

# MAPFRE

#### NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

**Primero:** El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

**Segundo:** El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

**Tercero:** Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

**Cuarto:** El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

**Quinto:** De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

#### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- Riesgo cubierto: responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing".
- Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.500.000 euros, con un límite por anualidad de veinte millones.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

# Écos y lecciones de una CUMBRE

Sucedió en Madrid el pasado 15 de mayo 2011. Por primera vez, una Cumbre reunía, con ser importante, no sólo a responsables de los Consejos Generales de las profesiones tituladas sanitarias –en esencia: médicos enfermeras y matronas– sino a los homólogos de los países más avanzados. En ese Foro se producía algo tan sintomático como que la medicina y la enfermería española acudieron con idéntica voz y sintonía para demostrar lo que, en esencia, les une frente a los intereses del paciente en torno a un capítulo tan decisivo como es su seguridad.

De éxito rotundo han calificado, propios y extraños, la Cumbre celebrado en un escenario tan cargado de significación como el Aula Magna Ramón y Cajal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense bajo el lema "Por la seguridad de los pacientes". Se trataba de poner en escena algo pocas veces practicado como que las organizaciones profesionales con mayor enjundia y personalidad de los países desarrollados comparten idéntica filosofía con los Consejos Generales de Médicos y de Enfermería de España en cuanto a la necesidad de combatir cualquier intento "mercantilizante" de convertir al empleador en regulador de las titulaciones presentes en el mundo sanitario.

Autoridades de los ámbitos médicos y de enfermería de naciones tan importantes como Estados Unidos, Italia, Alemania, Francia, Reino Unido, Australia o Brasil acudieron a la cita madrileña con la finalidad no de hacer proselitismo de sus criterios sino de mostrarlos sin complejos ni titubeos a los muchos asistentes como ejemplo de la mejor –por no decir única– regulación profesional. Mientras el ejecutivo, y concretamente su Ministra de Economía (¡con la que tiene encima!) Elena Salgado, quiere introducir elementos de disgregación sobre si el profesional ejerce en el ámbito público o en el privado, (aspecto éste que al enfermo no le incumbe en absoluto), la lógica se paseó por el Aula que

lleva el nombre del Nobel aragonés con ejemplos claros y contundentes de que, por encima de cualquier coyuntura económica, con o sin crisis que lo justifique, debería prevalecer la imprescindible obligación de garantizar la seguridad del enfermo.

Si el conjunto de las intervenciones fueron esclarecedoras alrededor de este mismo capítulo, pocas fueron tan concisas y ejemplarizantes como las que pronunciaron Máximo González Jurado (por parte de la enfermería española) y Juan José Rodríguez Sendín, como responsable del colectivo médico. Si el primero admitió una no disimulada pesadumbre al verificar que llevamos "30 años de un debate estéril" para acabar viendo, aquí y ahora, "cómo se regulan los países mas avanzados", el dirigente de los facultativos españoles no dudó en alertar sobre el peligro que supone que "nuestro país no puede salirse del mapa del mundo más desarrollado".

También resultó muy positivo y enriquecedor verificar que los dos pilares sobre los que se sustenta y desarrolla, –día a día–, el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, –esto es: personal médico y enfermería–, han decidido actuar "codo con codo" en beneficio de un fin común que afecta y abarca al conjunto de la sociedad. Esta entente es algo que merece un apartado especial por cuanto avala las tesis de que unas amplias dosis de cordura están abarcando a sus respectivas cúpulas responsables. Calidades que, por desgracia, no siempre son moneda común en tantas y tantas esferas de nuestra actual sociedad.

Con similar telón de fondo, países del peso y significación que tienen Alemania, Italia, Francia, Brasil Australia o el Reino Unido, dejaron entrever que podría ser paradójico el que, en estas horas de penurias, el problema digamos doméstico en España sea introducir mecanismos de divergencia que no tienen que ver con la demanda social a la hora de preservar y fortalecer un SNS que

no está en vísperas de crisis sino que ésta ha "roto" definitivamente por Cataluña en forma de severos recortes y ajustes de toda índole –(cierre de camas, de plantas, menor contratación de personal...)- según hablan las crónicas referidas a la sanidad pública en aquella parte del país.

Imaginar que la administración quiera ser y desempeñar, a la vez, el papel de empleador y de regulador supone aspirar a convertirse, lisa y llanamente, en juez y parte. El Consejo Europeo de Profesiones Liberales, que agrupa a miles y miles de titulados, ha puesto de manifiesto por boca de su presidente el francés Jacques Reignault, esa misma evidencia porque, como apuntó, "despojar a los profesionales sanitarios de la colegiación es un hecho que preocupa a nivel comunitario sobre todo porque incide en la defensa de la seguridad del ciudadano. La colegiación –sentenció– "aporta fiabilidad en el ejercicio de la profesión".

Es hora de compromisos. La actual situación lo demanda con un Sistema inevitablemente emplazado a solventar una crisis que nadie, a estas alturas, osa ya discutir. La losa de deuda financiera, de miles y miles de millones de euros, que gravita sobre esta "joya de la corona" (en expresión de la la ministra Pajín) y que conocemos por las siglas SNS, obliga a sumar esfuerzos en pos de que la Sanidad pública, que no gratuita porque se financia con los impuestos de todos y que tantos esfuerzos de generaciones costó levantar, no sea moneda de polémica sino de acuerdo y pacto. Para lo cual, resulta imprescindible que los dos pilares sobre los que se sustenta –médicos y enfermería– sean oídos y tenidos muy en cuenta. Tal ha sido el eco de una Cumbre Mundial donde franceses, británicos alemanes o norteamericanos se han pronunciado "inquietos" si se llegara a desvirtuar la regulación y deontología del profesional libre, independiente y democráticamente representado.

Vicente Villa

## EDITA

Ilte. 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

Tel.: 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.

Tel. 95 435 00 03

Fax 95 443 46 24



Foto: "La mariposa"

Autora: Concepción Cabello Romero

Nº Colegiada: 12.902

Cámara: SONY DSC P. 10

# Sumario

- 5 PREVALENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO EN LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO  
Álvarez Baza M<sup>a</sup>.C., Suárez González A., de la Riva Miranda G.
- 13 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA  
Muñoz Sáez F., Moreno Carrión E., Peinado Barraso M<sup>a</sup>.C., Granados Matute A.E.
- 16 PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON CHOCK CARDIOGÉNICO  
Fernández Maestre C., Palomo Macías R., Bejarano Moreno M<sup>a</sup>M.
- 24 UTILIDAD DE LA CONSULTORÍA TELEFÓNICA PARA LOS PACIENTES DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA  
Arispón García C., Navajas Rodríguez de Mondelo N., Talaverón Guerrero C., Benítez Pulido J.J.
- 31 REVISIÓN SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE PARTO  
Márquez Carrasco, A.M.
- 36 ANÁLISIS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ANTICOAGULACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE  
Gil Gutiérrez J., Guzman Peña M.
- 42 REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO Y PERSONALIZADO EN EL MARCO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO "ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS"  
Vergara Santos S.
- 48 PLAN DE ACTUACIÓN DIETÉTICO ANTE UNA ENFERMEDAD "RARA"  
Briviesca Pérez I.S., Peña Amador V., Fernández Jiménez R., Torres Valera L.
- 54 ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA PEDIÁTRICA  
Cruz Cabrera I., Serrano Martín D., Valdivieso Arcenegui M.J.
- 58 BOMBA SUBCUTÁNEA DE INFUSIÓN CONTINUA UNA ALTERNATIVA EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS  
Tejada Domínguez F.J., Ruiz Domínguez M.R.

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

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.

# PREVALENCIA DE SOSPECHA DE MALTRATO EN LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

## PREVALENCE OF SUSPICION OF ABUSE OF PATIENTS OVER 65 YEARS OF AGE WHO ENTER A HOSPITAL ACCIDENT AND EMERGENCY DEPARTMENT

- M<sup>a</sup> del Carmen Álvarez Baza<sup>1</sup>
- Adolfo Suárez González<sup>2</sup>
- Guadalupe de la Riva Miranda<sup>3</sup>

<sup>1</sup> DE del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias).

<sup>2</sup> Facultativo Especialista de Área de Aparato Digestivo del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias). Coordinador de la Unidad de Investigación Clínica-Epidemiológica del Área Sanitaria V de Asturias.

<sup>3</sup> Coordinadora Médica del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias).

### Resumen

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de sospecha de maltrato en los pacientes de 65 años o más que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La población estudiada fueron: Los pacientes de 65 años o más que fueron diagnosticados de malos tratos en dos periodos diferentes, los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería que trabajan en el Servicio de Urgencias estudiado y "El protocolo de detección de malos tratos a personas mayores", de la unidad. Se utilizaron como instrumentos una hoja de recogida de datos y un cuestionario.

**RESULTADOS:** 1. Los porcentajes de positividad de sospecha de maltrato son extremadamente bajos, en ambas revisiones. 2. La actitud de los profesionales sanitarios hacia los mayores es positiva. 3. "El protocolo de detección de malos tratos a personas mayores", obtiene una buena aceptación, en las tres categorías profesionales analizadas.

**CONCLUSIONES:** Esta aproximación al problema real de los malos tratos perpetrados contra las personas mayores, alerta a los profesionales sanitarios sobre el tema y les hace ver la necesidad de contar con protocolos que permitan una detección e intervención más rápida y eficaz ante estas situaciones, así como una mayor coordinación entre todos los niveles asistenciales, sociales y sanitarios.

### SUMMARY

**AIM:** To know the prevalence of suspicion of abuse of patients over 65 years of age who enter a Hospital Accident and Emergency Department.

**MATERIAL AND METHODS:** The population studied was: Patients of 65 years old or more who had been diagnosed as having suffered abuse, over two separate periods, doctors, registered nurses and nursing assistants who were working in the Accident and Emergency Department studied, and "The protocol for detecting abuse of the elderly" in the unit. The materials used were a data collection sheet and a questionnaire.

**RESULTS:** 1. The percentages of positive suspicion of abuse were extremely low, in both periods. 2. The attitude of health professionals towards the elderly was positive. 3. "The Protocol for detecting abuse of the elderly" is well received by the three professional groups analysed.

**CONCLUSIONS:** This approach to the real question of abuse of the elderly brings the subject to the attention of health professionals and makes them see the need for protocols which enable its detection and quick and efficient action to be taken when situations arise, as well as greater coordination between all the care, social and healthcare workers.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Prevalencia
- ✓ Maltrato
- ✓ Anciano
- ✓ Urgencias
- ✓ Hospital

### KEY WORDS:

- ✓ Prevalence
- ✓ Abuse
- ✓ The Elderly
- ✓ Accident and Emergency
- ✓ Hospital

## INTRODUCCIÓN

El maltrato de personas mayores no es un fenómeno nuevo y ha existido desde el principio de los tiempos (1-3). Su reconocimiento y debate público ha seguido una trayectoria similar a la del maltrato infantil en los años sesenta y la progresiva aceptación de la existencia de la violencia familiar en los setenta. (1-2, 4-5).

La evolución de la investigación sobre el maltrato de personas mayores ha diferido en función del país al que se haga referencia. Mientras en Estados Unidos y Gran Bretaña se han realizado numerosos estudios al respecto desde finales de los ochenta, en España no se ha tomado conciencia del problema y de sus consecuencias hasta los últimos años (1, 6-8).

Teniendo en cuenta, las escasas tres décadas de dedicación a este tema, la negación a reconocer o denunciar la víctima por la relación de dependencia con el agresor, las características de los mayores que hacen complicado diferenciar signos de maltrato de una posible enfermedad y la edad de corte a partir del cual se considera mayor a una persona que varía en función del país, no es de extrañar que encontremos pocas investigaciones sobre la prevalencia del maltrato de personas mayores. Además la falta de consenso en la definición, la metodología de las investigaciones y la ausencia de un marco teórico de referencia, son factores que impiden el progreso de la investigación a un ritmo deseable (1-2, 4-5, 7).

Es necesario dar respuesta eficaz a un problema que no ha merecido hasta ahora la atención que le correspondía por su magnitud, pero con el que los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) se encuentran, al ser uno de los niveles asistenciales utilizados por las personas mayores que han sido víctimas de malos tratos, pero su identificación no es fácil y requiere un alto índice de sospecha y búsqueda, además de una formación específica y contar con los instrumentos de evaluación adecuados (8-13).

Evidentemente las numerosas formas en que puede darse el maltrato de personas mayores, las diferentes personas que pueden ser responsables del mismo, los múltiples factores causales, las diversas consecuencias que pueden tener, así como las barreras de las víctimas, de los profesionales que les atienden y las barreras culturales, hacen que sea más difícil de detectar (3,8-10, 13-16).

Conocer la prevalencia de sospecha de maltrato en los pacientes de 65 años o más que acuden a un SUH, analizando dos periodos diferentes, identificando las actitudes de los profesionales sanitarios hacia los mayores, disponiendo de un instrumento de cribado o filtrado de malos tratos y evaluando el impacto del mismo entre los profesionales, así como el cambio de actitudes, ha sido el objetivo del estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para la prevalencia de sospecha de maltrato en los años 2004 a 2006, se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. La población, marco del estudio, fueron todos los pacientes de 65 años o más que acudieron al Servicio de Urgencias del H.

de Cabueñes de Gijón (Asturias), por agresión, violencia, maltrato y contusión, entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2006. Cumplían con los criterios de selección previamente descritos 19 pacientes.

En la prevalencia de sospecha de maltrato tras la implantación del "protocolo de detección de malos tratos a personas mayores", se realizó un estudio descriptivo. Los pacientes de 65 años o más que acudieron al SUH analizado, por agresión, violencia, maltrato y contusión entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2009, un total de 46 pacientes, fue la población estudiada.

Para la recogida de los datos, en ambos casos, se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados. El instrumento utilizado fue una hoja de recogida de datos, elaborada para ese fin y que contenía las variables socio-demográficas de los pacientes estudiados (edad, sexo, dependencia e independencia,...), variables relacionadas con el maltrato (motivo de consulta, tipo de lesión, método de agresión,...) y otras variables complementarias (código de priorización, zona de atención en el SU, si acude al hospital solo o acompañado,...).

En la identificación de las actitudes de los profesionales sanitarios hacia los mayores, antes y después de la implantación del "protocolo de detección de malos tratos a personas mayores", se realizaron dos estudios descriptivos y transversales. La población estudiada fueron los profesionales sanitarios (médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería) que trabajaban en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes, en los meses de marzo y diciembre de 2009, en el área de adultos.

El instrumento utilizado para la recogida de los datos fue un cuestionario confidencial, que estaba estructurado en tres partes: La primera constaba de 9 ítems que hacían referencia a las variables socio-demográficas y socio-laborales de los profesionales, a la convivencia con mayores de 65 años y a la formación postgrado en geriatría y/o gerontología. En la segunda, mediante el Cuestionario de Maxwell y Sullivan (1980) se medían las actitudes, de los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería del SUH estudiado, hacia los pacientes mayores de 65 años que acuden a él. Tanto actitudes generales hacia los mayores, como aquellas relativas al coste, la energía y el tiempo invertido en la prestación de cuidados, así como el potencial terapéutico esperado en la asistencia a los mayores, y por último la preparación educacional. La tercera permitía conocer la opinión de los profesionales sanitarios analizados respecto al "protocolo de detección de malos tratos a personas mayores".

Los ítems recogidos en las historias clínicas y la información obtenida en los cuestionarios fueron codificados e introducidos en una base de datos y para el tratamiento y análisis de los mismos, se utilizó el paquete estadístico SPSS/PC± 15.0. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables objeto de estudio y para el examen de las relaciones entre las mismas se utilizó el test de Chi cuadrado, considerando significativa una  $p < 0,05$ .

Para elaborar "El protocolo de cribado o filtrado de maltrato en las personas mayores", las fuentes de información fueron diverso material bibliográfico de consulta, distintos protocolos ya editados y relacionados con el tema de malos tratos en personas mayores (8, 17-20) y el consenso del equipo investigador.

## RESULTADOS

En el *Anexo 1*, se exponen las características de las muestras, obtenidas en las revisiones 2004-2006 y junio-noviembre de 2009, de las historias clínicas.

Se detectaron relaciones significativas en ambos casos, entre las variables socio-demográficas de los pacientes estudiados y algunas relacionadas con el maltrato, así como también entre estas últimas *Tabla 1*.

### CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS DE PACIENTES ANALIZADOS

79.298 pacientes ≥ 65 años acudieron al Servicio de Urgencias analizado (1 de enero de 2004-31 de diciembre de 2006)		13.392 pacientes ≥ 65 años acudieron al Servicio de Urgencias estudiado (1 de junio-30 noviembre de 2009)	
n= 19 pacientes		Violencia Maltrato Agresión/agresividad Contusión	n= 46 pacientes
Revisión de la Historia Clínica			
2004-2006		Junio-noviembre 2009	
10 Maltrato Físico	7 Desconocido 3 Familia/cónyuge (2 hijo, 1 esposo): Lesiones... contusiones, hematomas, heridas, hemorragia craneal Método de agresión... golpes, empujones	4 Maltrato Físico:	1 Desconocido 3 Familia/cuidador (2 hijo, 1 cuidador): Lesiones... contusiones, fracturas, heridas, hematomas Método de agresión.. golpes, empujones, patadas, posición incorrecta en la movilización
3 Autonegligencia	2 Autoagresión 1 Intoxicación medicamentosa	42 Otros (contusiones, fracturas, hematomas, heridas)	1 Vaca 4 Coche 37 Desconocido
6 Agresividad	Hacia su entorno		

Anexo 1

### SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ANALIZADOS Y LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL MALTRATO Y OTRAS VARIABLES

Muestra: 2004-2006							
	Mc	Ag	Cp	La	Pss	D.I	Pj
Ed					6.68* (1)		
Ag				13.31* (1)			
Tl			21.08* (2)				6.46* (1)
Cv	12.17* (2)	14.51* (2)				9.02* (2)	
Muestra: 2009							
	AH	La	D.I				
Ed		17.98* (1)					
Ag	6.19* (1)						
As			15.01* (3)				
Cv			13.14* (2)				

(1)  $P < 0,05$ ; (2)  $P < 0,01$ ; (3)  $P < 0,001$ , \*Valor de Chi  
Ed= Edad; Mc= Motivo de consulta; Ag= Agresor; Tl= Tipo de lesión;;Cp= Código de priorización; Cv= Convivencia; La= Lugar de la agresión; Pss= Percepción de servicios sociales;

D.I= Dependencia/independencia de la víctima; Pj= Evidencia de Parte de Juzgado en la Historia Clínica; AH= Acude al hospital; As= Agresión.

Tabla 1

Las características socio-demográficas y socio-laborales de los profesionales sanitarios analizados en marzo y diciembre de 2009, se recogen en la *Tabla 2*.

Las actitudes de los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería del SUH estudiado hacia los mayores de 65 años (marzo/diciembre de 2009), quedan reflejadas en la *Tabla 3*.

#### CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y SOCIO-LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS

		Muestra: marzo 2009 (101 profesionales)	Muestra: diciembre de 2009 (100 profesionales)
Edad	≥45	50,7%	56,9%
Sexo	Mujer	77,3%	82,4%
Estado civil	Casada/o o convive con pareja	64%	68,6%
Categoría profesional	Médicos	38,7%	37,3%
	DUE/ATS	36%	41,2%
	Auxiliares de Enfermería	25,3%	21,5%
Tipo de contrato	Fija/o	62,7%	62,7%
Años de ejercicio en la profesión	≥ 16	61,3%	58,8%
Antigüedad en el servicio de urgencias	≥ 11	38,7%	47,1%
Formación postgrado en geriatría/gerontología	No	86,7%	84,3%
Convives o ha convivido con mayores de 65 años	Sí	76%	62,7%

*Tabla 2*

#### ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS, HACIA LOS MAYORES DE 65 AÑOS:

		Marzo 2009	Diciembre 2009
<b>1. ACTITUDES GENERALES</b>	Me alegro de recibir mayores, en mi ejercicio profesional....	61,3%	68,6%
	Es importante el atender a mayores, como profesional sanitario, pero igual de importantes que como persona....	97,3%	100%
	No es agotador ni desagradable, cuidar a mayores con enfermedades crónicas en el SUH.....	68%	66,7%
	Los mayores, no necesitan demasiada atención, ni dan pena.....	54,7%	56,9%
	En mi actividad profesional, se me presentan con frecuencia, casos problemáticos con mayores.....	81,3%	92,2%
	El trato con el mayor en el SUH, no me genera tensión.....	80%	82,4%
<b>2. COSTE Y EFICACIA</b>	Mayor compensación económica, no supondría mayor dedicación, en los cuidados y necesidades de los mayores.....	86,7%	94,1%
	Si el Estado aumentase las asignaciones de dinero para la Sanidad Pública, se proporcionaría un mayor y mejor tratamiento a los ancianos.....	85,3%	60,8%

		Marzo 2009	Diciembre 2009
<b>3. TIEMPO INVERTIDO Y ENERGÍA EN LA PRESTACIÓN DE LOS CUIDADOS</b>	Los mayores, tardan demasiado tiempo en prepararse para recibir determinados procedimientos de la asistencia (prepararse para un inyectable, la realización de una cura, desnudarse...).....	72%	62,7%
	La atención a los mayores, consume demasiado tiempo, en los Servicios de Urgencias.....	77,3%	78,4%
	El tiempo es un elemento importante, que debe considerarse en el tratamiento de los mayores.....	92%	80,4%
	Lleva mucho tiempo el ofrecer explicaciones detalladas sobre los cuidados que se le van a realizar a un mayor, en el Servicio de Urgencias.....	74,7%	62,7%
<b>3. POTENCIAL TERAPÉUTICO ESPERADO</b>	El cuidado del mayor, no está carente de esperanzas.....	85,3%	92,2%
	Los mayores, a menudo, fallan en el seguimiento del régimen terapéutico.....	89,3%	92,2%
	Los mayores no toman, adecuadamente, los fármacos que les son prescritos.....	82,7%	84,3%
	Los objetivos que nos planteamos las/os profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias, para con los pacientes mayores, se cumplen igual que con cualquier otro paciente.....	50,7%	51%
<b>4. PREPARACIÓN EDUCACIONAL</b>	Mi preparación en geriátrica, no ha sido adecuada.....	74,7%	62,7%
	Es necesario que se dé más y mejor preparación a los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias en geriatría/gerontología, para proporcionar cuidados de calidad a los mayores.....	88%	78,4%
	Facilitaría una intervención más rápida y eficaz, contar con protocolos para los mayores en el Servicio de Urgencias.....	92%	88,2%
	Sería necesario la presencia de personal especializado en geriatría/gerontología en el SUH.....	66,7%	60,8%

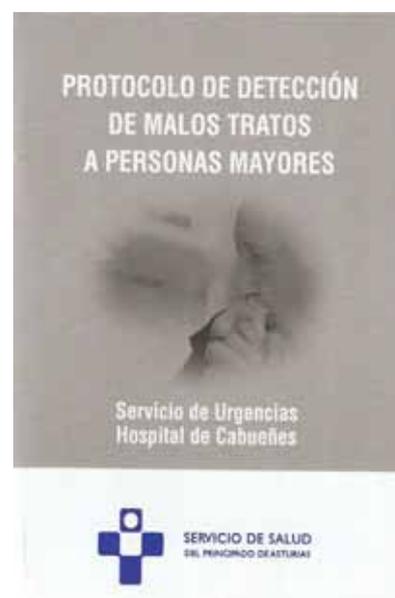
Tabla 3

“El Protocolo de detección de malos tratos a personas mayores”, cuenta con una parte teórica, en la que se describe brevemente los tipos de malos tratos, los factores de riesgo, la detección e intervención y donde se elaboraron unos anexos que facilitarían el acceso rápido a la información que se precise sobre los malos tratos en las personas mayores.

Finalizado el protocolo, se invitó a todos los profesionales del SUH analizado, así como a otros profesionales implicados en el tema, para que pudieran revisarlo. Posteriormente fue editado a tamaño bolsillo y entregado en mano a los mismos, a finales de mayo de 2009, para su implantación y utilización Anexo 2.

La valoración de los profesionales sanitarios analizados hacia “el protocolo” ha sido positiva en cuanto a utilidad (94,1%), claridad de contenido (84,3%) y mejora en el reconocimiento de los indicadores de maltrato (72,5%).

Se encontraron relaciones significativas, tanto en marzo, como en diciembre entre las variables socio-demográficas y socio-laborales y las actitudes, de los profesionales sanitarios estudiados, hacia el mayor Tabla 4.



Anexo 2.

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIOLABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS Y LAS ACTITUDES DE ESTOS HACIA EL MAYOR

Muestra: 2004-2006				
	Tp	Ci	PNA	PE
Ed		6.32* (2)		
Cp			6.54* (2)	6.22* (2)
Ae				11.55* (2)
	ASU	7.88* (2)		6.04* (2)
Muestra: diciembre de 2009				
	Ap	PNA	Dt	Ob
Cp	7.87* (2)	6.11* (1)		
Ae		6.05* (1)	5.98* (1)	6.03* (1)

(1) P<0,05; (2) P<0,01\* Valor de Chi

Tabla 4

Ed: Edad; Cp: Categoría profesional; Ae: Años de ejercicio en la profesión; ASU= Antigüedad en el SUH; Tp=Los mayores tardan tiempo en prepararse para determinados procedimientos (inyectables, curas, desvestirse,...); Ci= Los mayores no son capaces de proporcionarse a ellos los cuidados ni las indicaciones que los profesionales sanitarios les hace en los SUH; PNA= La preparación en geriatría no ha sido adecuada; PE: La presencia de personal (médico, enfermería,...) especializado en geriatría/gerontología, sería necesario en el Servicio de Urgencias. Ap: Los pacientes ancianos necesitan demasiada atención y dan mucha pena Dt: La atención a los ancianos consume demasiado tiempo; Ob: Los objetivos que se plantean los profesionales de los SUH se cumplen menos que con cualquier otro paciente.

## DISCUSIÓN

El maltrato a los mayores es un problema de graves consecuencias y de profundas repercusiones, que aún hoy, está oculto en nuestra sociedad. Enfrentarse a este problema requiere una reflexión sobre la actitud de los profesionales sanitarios ante el mayor.

En la realización de este trabajo, interfirió la dificultad de que existen pocos estudios sobre el tema y con criterios y diseños diferentes (21-28) y esto limita bastante la posibilidad de comparar los resultados obtenidos.

El porcentaje de positividad de sospecha de maltrato en los pacientes de 65 años o más encontrado resulta extremadamente bajo en ambas revisiones (0,02% - 0,34%) y alejado de las cifras referidas en otras investigaciones (22, 26-27). Cuando las víctimas de malos tratos utilizan los SUH para recibir asistencia tras la agresión no están dispuestos a confesarla, ni denunciarlo por miedo, vergüenza o porque la persona abusiva sea un miembro de la familia y/o cuidador. Esto genera estrés, dudas y problemas éticos en los profesionales sanitarios de los SUH ante la actuación que han de tomar para acabar con esta situación (22, 27).

Al valorar minuciosamente los casos de maltrato en ambas revisiones (2004–2006 y junio–noviembre de 2009), se observa una población más mayor en la segunda, más dependiente para las actividades de la vida diaria, que había acudido en varias ocasiones durante el año al SUH por los mismos motivos, donde los profesionales sanitarios ante su identificación y sospecha razonable activaron el protocolo de malos tratos en las víctimas, siendo necesario en dos ocasiones ingresar en la planta de hospitalización para llevar a cabo las medidas pertinentes (21, 27).

En la revisión 2004-2006, percibieron más ayuda de los servicios sociales los mayores de 76 años, que los más jóvenes. En los casos en los que el agresor había sido el cónyuge o un familiar, la agresión había ocurrido en el domicilio, cuando fue la víctima, había sucedido en la residencia donde vivía y si era un desconocido, había ocurrido en la calle (28).

Fueron priorizados con código rojo en la unidad de triage y había evidencia de parte de juzgado, en la historia clínica, en los casos en los que el motivo de consulta había sido lesiones, contusiones, fracturas, los pacientes. Estudios realizados ponen de manifiesto las pocas denuncias efectuadas por los colectivos profesionales de los servicios socio-sanitarios, comunitarios y especializados. La resistencia a presentar

denuncias por sospecha de maltrato surge quizás por el temor a la intervención legal, a la escalada de conflictos intrafamiliares e institucionales, la negación del paciente y sin embargo adoptando las medidas necesarias se protegerá al mayor. La no denuncia implica complicidad y al menos en Andalucía es sancionable por la ley (4).

Los que conviven con la familia acuden más al SUH por maltrato físico, mientras que los que viven en residencias lo hacen por autolisis y/o agresividad, siendo el agresor en el primer caso la familia y en el segundo la víctima y el grado de dependencia es mayor en los que viven en residencias. Todas las investigaciones demuestran que por regla general la familia crea un ambiente cálido y seguro para los individuos que la forman. Sin embargo, en ocasiones, las relaciones interpersonales/familiares contienen altos niveles de violencia y una vida familiar puede constituir un peligro para sus miembros más frágiles. De hecho la violencia física se produce con mayor frecuencia en el seno familiar que en el ámbito institucional (4).

Se observa en la revisión junio-noviembre de 2009 que en los casos en los que la agresión se producía en el domicilio de la víctima o en la calle, la víctima era más joven que cuando la agresión sucedía en una residencia. Si el agresor había sido un desconocido, la víctima acudió al hospital acompañado por la familia y cuando era la familia y/ cuidador el agresor, lo hacía sola. Los pacientes que habían visitado en varias ocasiones en el año el SUH estudiado por el mismo motivo, eran más dependientes para las actividades de la vida diaria. Cuando la víctima era independiente para las actividades de la vida diaria, vivía con su familia o pareja y en los casos en los que era dependiente, lo hacía en la residencia.

La tasa de participación de los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería del SUH analizado, en la identificación de actitudes hacia los mayores de 65 años que acuden a él, fue más elevada en marzo de 2009 (74%) que en diciembre del mismo año (51%), pero siempre representativa del SUH estudiado.

El perfil en ambos casos responde a un profesional sanitario de más de 45 años, mujer, casada/o o convive con pareja, con contrato fijo, con más de 16 años de ejercicio en la profesión y más de 11 años de antigüedad en el SUH.

Mientras en la primera muestra un 76% de los profesionales conviven o han convivido durante años con personas mayores de 65 años (padres, abuelos, tíos, ...), tan solo un 62,7% lo habían hecho en la segunda evaluación, porcentajes superiores a los obtenidos en otros estudios (29-30).

Tan solo un 13,3% de la primera muestra y un 15,7% de la segunda, había recibido formación postgrado en geriatría y/o gerontología. La falta de formación en geriatría, de motivación y la elevada presión asistencial de los SUH llevan a veces a una escasa tolerancia a los pacientes mayores y a un manejo inadecuado de estos, con mayor consumo de recursos y estancias más prolongadas (30-34).

Los contenidos de este estudio, han sido parcialmente abordados en otros trabajos (8,30,34-39) pero de una forma más global se tienen elementos de comparación con otros estudios realizados (34-36, 38).

Los profesionales analizados en ambas evaluaciones (marzo 2009 y diciembre 2009) se alegran de recibir y atender a mayores tanto desde el punto de vista profesional como humano, no consideran que sus cuidados haga más agotador y desagradable su trabajo, ni que por ser mayores, precisen más atención, ni den sentimientos de lástima, además el trato con ellos no les genera más tensión (33-35).

En cuanto al ámbito económico, se observa como los profesionales asocian una mayor asignación presupuestaria a la sanidad pública, con una mejoría y un incremento en la prestación de los cuidados a los mayores, sin embargo, un aumento en su salario no condicionaría la calidad de sus cuidados a los mayores en el SUH. La asistencia prestada a los pacientes mayores debe basarse en la necesidad clínica real y no en criterios arbitrarios relacionados con la edad. Debe existir equidad de acceso a toda la gama de tecnologías diagnósticas, terapéuticas, cualquiera que sea el acuerdo local que define las responsabilidades clínicas, según se contempla en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002 (8, 34).

El tiempo es un elemento importante en los SUH, como queda clara en ambas revisiones y ocurre en otros estudios consultados (34, 36-37-39), la atención al mayor consume más tiempo, tanto en prepararse para recibir determinados procedimientos, en ofrecer explicaciones sobre sus cuidados, en aplicación de cuidados y tratamientos.

Pese a no vivir la atención al mayor como agotadora, ni desagradable, ni creer que los mayores están carentes de esperanza y que los objetivos planteados se cumplen igual que con cualquier otro paciente, en la primera evaluación los profesionales analizados, consideran que los mayores fallan a menudo al régimen terapéutico y no toman adecuadamente los fármacos que le son prescritos, quizás puede deberse a que llegue a veces al sistema con unas ideas preconcebidas acerca de los cuidados que debe recibir del profesional y por ello se asocia a una cierta reticencia a seguir sus indicaciones, coincidiendo con datos publicados previamente por otros autores (35).

Los profesionales sanitarios analizados, consideran que su preparación en geriatría no es adecuada y que sería necesaria para mejorar la calidad de los cuidados a los mayores, así como contar en el SUH con protocolos para mayores y con personal especialista en geriatría y/o gerontología (30, 33). La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) apunta la necesidad de una formación en geriatría y/o gerontología, así como la utilización de protocolos concretos y claves de actuación para mayores en cada nivel profesional, para evitar la indefinición de contenidos y la intercambiabilidad de profesionales, como la excesiva rigidez que incide en el descontrol de la atención (31).

En las relaciones significativas encontradas entre las variables socio-demográficas y socio-laborales y el resto de los cuestionarios, cabe destacar en ambas evaluaciones, que los médicos consideran que su preparación en geriatría/gerontología no ha sido adecuada y que ven necesario la presencia de personal sanitario especializado en geriatría/gerontología para los SUH (37). Los profesionales que tienen más de 16 años de ejercicio en la profesión, opinan que la atención a los mayores consume demasiado tiempo en estas unidades, que los objeti-

vos planteados con ellos se cumplen menos que con cualquier otro paciente (38-39) y que su preparación en geriatría no es adecuada (30, 35). En la línea de lo que plantean algunos autores (30, 35), la antigüedad en el SUH de más de 11 años parece corresponder con una actitud más negativa hacia el mayor en lo que se refiere a consumo de tiempo en prepararse para determinados procedimientos de la asistencia y también consideran que su preparación en geriatría no es adecuada.

Aunque los datos obtenidos en las historias clínicas son sumamente importantes como para seguir alertando a los profesionales sanitarios, muy sensibilizados hacia el mayor, acerca de un problema hasta ahora infravalorado y la necesidad de identificar y actuar en los casos de sospecha razonable de desatención y malos tratos en mayores, parece necesario la creación de un marco legal que ampare la actuación de los profesionales socio-sanitarios ante este problema, de protección a la víctima y asistencia al maltratador, formación específica de los profesionales sanitarios de los equipos multidisciplinares, dirigidos a la detección y al tratamiento del maltrato, la protocolización de la actuación, en cada nivel profesional, para una intervención más rápida y eficaz en las diferentes situaciones y controlar la calidad de la atención y una mayor coordinación entre todos los niveles asistenciales, sociales y sanitarios.

## AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias) por su inestimable y desinteresada colaboración tanto en la revisión del "protocolo de detección de malos tratos a personas mayores", como en la cumplimentación de las encuestas utilizadas en este estudio.

Este trabajo ha sido galardonado con el 1º Premio a Proyectos de Investigación en la XXIX edición del Certamen de Enfermería "San Juan de Dios" (2009) y concluido satisfactoriamente en el 2010.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Iborra Marmolejo. Concepto y tipos del maltrato de mayores. En: Iborra Marmolejo I. Violencia contra personas mayores. Ariel. Barcelona 2005; 17-28.
2. Glendenning F. ¿Qué entendemos por negligencia y maltrato a los ancianos? En: Decalmer P, Glendenning F. El maltrato a las personas mayores. Paidós. Barcelona 2000; 16-56.
3. O'Longhin A. Detección del maltrato de mayores: indicadores. En: Iborra Marmolejo I. Violencia contra personas mayores. Ariel. Barcelona 2005; 169-199.
4. Muñoz Tortosa J. Maltrato y negligencia en personas mayores. En: Muñoz Tortosa J. Personas mayores y malos tratos. Psicología-Pirámide. Madrid 2004; 14-40.
5. Bazo MT. Perfil de las personas mayores víctimas de violencia. En: Sanmartín J. El laberinto de la violencia: causas, tipos y efectos. Ariel. Barcelona 2004; 219-127.
6. Decalmer P. Presentación Clínica. En: Decalmer P, Glendenning F. El maltrato a las personas mayores. Paidós. Barcelona 2000; 57-87.
7. Iborra Marmolejo I. Incidencia y prevalencia del maltrato de mayores en la familia. En: Iborra Marmolejo I. Violencia contra personas mayores. Ariel. Barcelona 2005; 45-67.
8. Sancho MT. Malos tratos a personas mayores: Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, familia y discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 2007; 15-25.

9. Muñoz Tortosa J. Teorías explicativas de malos tratos en personas mayores: factores de riesgo. En: Muñoz Tortosa J. Personas mayores y malos tratos. Psicología-Pirámide. Madrid 2004; 41-59.
10. Muñoz Tortosa J. Prevención de los malos tratos en personas mayores. En: Muñoz Tortosa J. Personas mayores y malos tratos. Psicología-Pirámide. Madrid 2004; 101-115.
11. Marín Gómez N, Kessel Sardiñas H, López Martínez G, Barnsá Marín A, Montoya Vergel J, Navarro Corral A, Delgado Rodríguez M. Viejos, pobres, solitarios y marginados: vulnerabilidad geriátrica en un servicio de urgencias. An Med Intern 1998; 15: 349-352.
12. Ortiz Alonso J. Ancianos vulnerables en los servicios de urgencias. An Med Intern 1998; 15: 347-348.
13. Davies M. Detección del maltrato: una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. En: Decalmer P, Glendenning F. El maltrato a las personas mayores. Paidós. Barcelona 2000; 137-154.
14. Bazo MT. Mirando al futuro. En: Iborra Marmolejo I. Violencia contra personas mayores. Ariel. Barcelona 2005; 221-239.
15. Buitrago Ramírez F, Galán García ME, Garrote Florencio T. Reconocer y abordar el maltrato al anciano. FMC 2006; 13: 370-376.
16. Muñoz Tortosa J, Alix M, Motle C. Instrumentos de evaluación del maltrato y la negligencia en personas mayores: diagnóstico y tratamiento de casos. En: Muñoz Tortosa J. Personas mayores y malos tratos. Psicología-Pirámide. Madrid 2004; 135-169.
17. Muñoz Iranzo J, Orfila Pernas F, Mercé Tabueña C. Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores. Edita: Obra social de la Caixa Catalunya 2009.
18. Moya Bernal, Barbero Gutiérrez J. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad IMSERSO 2005.
19. Barba Martínez JM, Ferrer Prior V, Gea Serrano A, Guillén Martínez R, López Asensio C, Tourné García M. Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años. Edita: Instituto de la Mujer. Murcia.
20. Rueda Estrada JD, De la Red Vega N, Vega García C, Nieto Bedoya M, Niño Martín V, Arquigui Thireau R. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Edita: Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades 2008.
21. Rosario de Menezes M, Rodríguez Xavier Manco A, Partezani Rodríguez R.; Violencia contra el anciano. Silenciar es complicidad. Rev Rol Enf 1999; 22: 35-38.
22. Ruiz Sanmartín A, Conme Solé M, Boncompte Vilanova P, Altet Torner J, Porta Matín N, Duaso Izquierdo P, Postigo Lastrada P.; El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. Aten Primar 2000; 26: 641-646.
23. Sánchez del Corral F.; Maltrato a las personas mayores: alguna respuesta a algunos interrogantes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 151-153.
24. Sánchez del Corral F, García-Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I.; Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 72-93.
25. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 240-254.
26. Horrillo C, Rodríguez A, Heredia G, López-Gallardo S, Sanz E, Sánchez del Corral F. Aproximación al maltrato por profesionales en personas recluidas en domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 124-125.
27. Risco Romero C, Paniagua Vicioso MC, Jiménez Mendoza G, Poblador Curtó M, Molina Martínez L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. Med Clin 2005; 125: 51-55.
28. Muñoz Tortosa J, Giménez López D. Malos tratos en las instituciones. En: Muñoz Tortosa J. Personas mayores y malos tratos. Pirámide. Madrid 2004; 84-99.
29. Villar Posada F. Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del Envejecimiento). An Psicolog 1997; 13: 31-37.
30. Castro M et al. Actitudes de los profesionales de enfermería hacia los ancianos. Cuadernos Médicos Sociales 1994; XXXV: 32-36.
31. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39: 240-254.
32. Torralba Roselló F. Dos mundos en una casa: Una constelación de valores para compartir Edita: Obra Social de la Caixa Catalunya 2008.
33. Fisher RH. El papel de la geriatría en los servicios de urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:30-3.
34. Albaladejo R, Gómez Pavón J, Ruipérez I. Geriatría y urgencias hospitalarias. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38: 237-238.
35. Flores Boixades E, Nicolás Dueñas M. Actitudes y motivación de los enfermeros para la atención a los ancianos. Gerokomos 1995; VI: 95-101.
36. Tijerino García SB, Zavala Gutiérrez M. Actitud del profesional de enfermería hacia el anciano. Ciencia y Enfermería 1999; 1: 33-39.
37. Mariano Béjar P. Ancianos y enfermeras en los distintos niveles de atención. Gerokomos 1994; V(10): 11-15.
38. Montoro Rodríguez J. Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. Rev Multidisc Gerontol 1998; 8:21-30.
39. Molina del Peral JA. Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. Rev de Psicología y Aplicación 2000; 53: 489-501.

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

- Muñoz Sáez Francisca\*
- Moreno Carrión Esther\*\*
- Peinado Barraso M<sup>a</sup> Carmen\*\*\*
- Granados Matute Ana Eva\*\*\*\*

\* Enfermera Unidad de Ginecología Oncológica,

\*\* Enfermera Unidad de Investigación,

\*\*\* Enfermera Unidad de Coordinación Asistencial,

\*\*\*\* Enfermera Supervisora Unidad de Rehabilitación.

CENTRO DE TRABAJO: HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.

## Resumen

Estadísticamente el cáncer de mama supone en la mayoría de los países desarrollados el más frecuente en la mujer y primera causa de muerte por cáncer entre la población femenina. En nuestra cultura suele provocar un sentimiento de mutilación y disminución de la autoestima, que se une a los problemas de salud y limitaciones que el proceso conlleva. El papel enfermero a través de los cuidados es un elemento indispensable, que puede ayudar a una mejor recuperación y adaptación de la paciente al entorno familiar. El proceso enfermero es el instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre la enfermera, el paciente y la familia<sup>1</sup>.

Entendemos como "cuidados de enfermería" aquellos que tienen como objeto la atención integral del paciente, la incorporación a la familia en su estudio y estrategia, promocionar el principio de autonomía y promover una atención individualizada y continua<sup>2</sup>.

En el caso que presentamos hemos trabajado según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson<sup>3</sup> y usando las taxonomías NANDA<sup>4</sup> (North American Nursing Diagnosis Association), NOC<sup>5</sup> (Nursing Outcomes Classification) y NIC<sup>6</sup> (Nursing Interventions Classification).

### ABSTRACT:

The breast cancer is the more frequent between women and also, the more frequent cause of death by cancer in women in developed countries, where our culture become to made feel mutilation, risk of low self-esteem, who adds to health problems and body limitations of the case.

So, the nursing work (nursing cares and the nursing diagnoses) is the instrument used to interaction among the nurse, the patient and the family, and help to a better recovering of patient and a very good adaptation of family support.<sup>1</sup>

We believe as "nursing care", the ones who pursue the integral attention at patient, incorporate the family at study and strategy, and develop the autonomy's principle, growing a personal and continue attention.<sup>2</sup>

In this case we have work by the relationships of Basic Needs of Virginia Henderson<sup>3</sup> using the taxonomies NANDA<sup>4</sup> (North American Nursing Diagnosis Association), NOC<sup>5</sup> (Nursing Outcomes Classification), and NIC<sup>6</sup> (Nursing Intervention Classification).

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Pacientes
- ✓ Cuidados
- ✓ Cáncer de mama
- ✓ Proceso Enfermero
- ✓ Virginia Henderson
- ✓ NANDA
- ✓ NIC
- ✓ NOC

### Key words:

- ✓ Patients
- ✓ Care
- ✓ Breast cancer
- ✓ Nursing Process
- ✓ Virginia Henderson
- ✓ NANDA
- ✓ NOC
- ✓ NIC

## INTRODUCCIÓN

### Presentación del caso

Paciente de 27 años que ingresa para una segunda intervención de Mama tras ser diagnosticada de Cáncer Ductal Infiltrante con necrosis extensa.

### Antecedentes:

No enfermedades crónicas. No alergias conocidas.

Presentó tumoración grande en mama derecha y afectación axilar, que se diagnosticó de Cáncer de Mama Ductal Infiltrante.

### Tratamiento Quimioterápico:

Debido al tamaño de la tumoración, se decidió tratamiento quimioterápico previo. Recibió cuatro ciclos y se consiguió reducir la tumoración, pero hubo que suspenderlo por Neurotoxicidad, por lo que se optó por el tratamiento quirúrgico.

### Tratamiento Quirúrgico:

Se le realizó cuadrantectomía con vaciamiento axilar de mama derecha. El resultado del estudio de anatomía patológica, refirió tumor de 3 cm que respetó márgenes de resección.

### Evolución:

- Se remitió a Radioterapia, pero no llegó a recibirla, por induración de la zona de la herida quirúrgica, a través de ecografía, se diagnosticó hematoma quirúrgico, posiblemente infectado.
- Se instauró Tratamiento Antibiótico + AINES. No presentando mejoría, se repitió ecografía, con resultado de tumoración de 5 cm. Según resultado del estudio de anatomía patológica se diagnosticó Cáncer Ductal Infiltrante con necrosis extensa.
- Comenzó con dolor punzante y enrojecimiento progresivo de casi toda la mama, considerada no quirúrgica por las características inflamatorias.
- Se reinició Quimioterapia.
- Presentó Neutropenia tras el 2º ciclo, lo que retrasó el tratamiento.
- Presentó ulceración de la mama, con dolor, que precisó Fentanyl, transdérmico.
- Se plantearon cambios en el tratamiento, por la progresión del cuadro local.
- La paciente reingresó con inflamación, ulceración y dolor.
- Durante su ingreso, se tomaron cultivos con resultado positivo a infección por *Pseudomona Aeruginosae*, que se trató con Ciprofloxacino y analgésicos según indicación de la Unidad de Dolor.
- Se le realizó TAC y Estudio Pre Anestésico para una segunda intervención y se programó, junto con Cirugía Plástica, para injerto y reconstrucción mamaria.

### Valoración Inicial de Enfermería

Al ingreso la enfermera referente realiza una valoración integral. Los datos de la valoración se recogen de la Historia Clínica, de la observación y exploración física, y principalmente de la entrevista que realiza con la paciente, según las necesidades de Virginia Henderson<sup>3</sup>:

1. **Necesidad de respiración:** sin alteración observada.
2. **Necesidad de Alimentación e Hidratación:** consumo diario entre 1000-1500 c/c, capacidad funcional para la alimentación, completamente independiente, apetito normal.
3. **Necesidad de eliminación:** número de deposiciones diarias: 1, tipo de heces: formadas.
4. **Necesidad de Movilización:** situación habitual deambulante. Capacidad funcional para la actividad/movilidad completamente independiente por el esfuerzo de la paciente en ser autosuficiente. Actividad física habitual: pasea ocasionalmente.
5. **Necesidad de reposo-sueño:** nº de horas diarias de sueño 6. Sueño intranquilo, poco reparador, debido al dolor.
6. **Necesidad de vestirse-desvestirse:** capacidad funcional para quitarse-ponerse ropa y calzado, completamente independiente, aun con su limitación local.
7. **Necesidad de termorregulación:** sin alteración observada.
8. **Necesidad de higiene e integridad de la piel:** capacidad funcional para el baño e higiene en general completamente independiente. Recidiva de cáncer de mama.
9. **Necesidad de Seguridad:** nivel de conciencia: consciente; nivel de orientación: orientada; estado anímico: ansiosa, nerviosa y preocupada.

10. **Necesidad de Comunicación:** estado de la visión: sin alteraciones. Estado del oído: sin alteraciones. Cuidador principal: Familia; muy implicada.

11. **Necesidad de Valores-Creencias:** no valorables.

12. **Necesidad de ocio:** preferencias: lectura y televisión.

13. **Necesidad de Trabajar-Realizarse:** situación laboral: trabaja y ama de casa.

14. **Necesidad de aprendizaje:** sin alteración observada.

## METODOLOGÍA

Etapa diagnóstica y planificación. Según taxonomías (NANDA)<sup>4</sup>, (NOC)<sup>5</sup>, (NIC)<sup>6</sup>

### Diagnósticos de Enfermería:

- **00146 Ansiedad** r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p demanda de presencia física, dificultad para conciliar el sueño, incertidumbre y temor.

**Criterio de Resultado (NOC):** 1402 Autocontrol de la ansiedad.

#### Indicadores:

- Busca información para reducir la ansiedad; A veces manifestada.
- Controla la respuesta a la ansiedad: A veces manifestada.

#### Intervenciones de Enfermería (NIC):

- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 7310 Cuidados de enfermería al ingreso.

- **00126 Conocimientos deficientes** r/c falta de información m/p verbalización del problema.

**Criterio de Resultado (NOC):** 1803 Conocimientos: proceso de la enfermedad.

#### Indicador:

- Descripción del proceso de la enfermedad: Escaso.

#### Intervenciones de Enfermería (NIC):

- 5618 Enseñanza. Procedimiento/Tratamiento.
- 5602 Enseñanza. Proceso Enfermedad.

- **00085 Deterioro de la movilidad física** r/c malestar o dolor m/p dificultad para realizar las actividades de autocuidado.

**Criterio de Resultado (NOC):** 0208 Nivel de movilidad.

#### Indicadores:

- Mantenimiento de la posición corporal: independiente con ayuda de dispositivos.
- Deambulación: Camina: requiere ayuda personal.

#### Intervenciones de Enfermería (NIC):

- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicios prescritos.

### Problemas de Colaboración:

- Dolor.
- Infección.

#### Intervenciones de Enfermería (NIC):

- 2210 Administración de analgésicos.
- 6540 Control de infecciones.

### Complicaciones potenciales:

- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.

## EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se le realiza intervención quirúrgica: Mastectomía Radical Ampliada con Resección parcial del músculo pectoral mayor + Injerto libre con piel mallada de muslo derecho.

La paciente presenta afectación extensa con inflamación y ulceración en mama derecha que abarca desde el hombro hasta esternón, costillas y toda la zona axilar, con dolor e impotencia funcional del miembro superior derecho.

El postoperatorio transcurre sin complicaciones.

Presenta molestias por la obligada inmovilización del brazo. El injerto cutáneo evoluciona favorablemente.

Requiere apoyo de Salud Mental, por labilidad emocional.

### Revisión del Plan de Cuidados:

- **00146 Ansiedad** pasa a ser un problema multidisciplinar o de colaboración.
- **00126 Conocimientos deficientes**, queda resuelto.
- Se mantiene activado: **00085 Deterioro de la movilidad física** r/c prescripción de restricción de movimientos m/p dificultad para realizar las actividades de autocuidado.

*Criterio de Resultado (NOC):* 0208 Nivel de movilidad

Indicadores:

- Mantenimiento de la posición corporal: independiente con ayuda de dispositivos.
- Deambulación: Camina: requiere ayuda personal.

*Intervenciones de Enfermería (NIC):*

- 1800 Ayudas al autocuidado

- Se activa: **00153 Riesgo de baja autoestima situacional** r/c alteración de la imagen corporal.

*Criterio de Resultado (NOC):* 1200 Imagen corporal

Indicadores:

- Adaptación a cambios en el aspecto físico: raramente.
- Voluntad de usar estrategias que mejoren el aspecto y la función: en ocasiones.

*Intervenciones de Enfermería (NIC):*

- 4920 Escucha activa.
- 5220 Potenciación de la imagen corporal.
- 5270 Apoyo emocional.
- 5400 Potenciación de la autoestima.

**Problemas de Colaboración:**

- Ansiedad.

*Intervenciones de Enfermería (NIC):*

- 5820 Disminución de la ansiedad.

**Complicaciones potenciales:**

- Dolor.
- Infección.

- Fiebre.
- Estreñimiento.
- Náuseas.
- Vómitos.

## CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Para garantizar la continuidad de los cuidados que precisa la paciente en su domicilio al alta, se explican y entregan por escrito recomendaciones de enfermería, y se cumplimenta un informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta que se envía a la enfermera de Atención Primaria de su Centro de Salud, presentando activos los diagnósticos: **00146 Ansiedad**, **00153 Riesgo de baja autoestima** y **00085 Deterioro de la movilidad física**. La implementación de este documento se refuerza con una llamada telefónica a su enfermera gestora de casos comunitaria.

## SESIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

El caso se expuso en una sesión clínica para presentarlo al resto de profesionales de la unidad. El objetivo principal de la misma es disminuir la variabilidad de la práctica clínica ante situaciones similares.

## CONCLUSIONES

Los ciudadanos se han convertido en una exigencia social, además de un imperativo ético para los profesionales. Dotar de una nueva dimensión a la coordinación de las actuaciones profesionales, procurando el acompañamiento, la cercanía y la anticipación a sus necesidades, producen en las personas sensaciones de seguridad y cuidado, elementos esenciales de esta nueva forma de entender la atención sanitaria.

Es fundamental la planificación, seguimiento y evaluación de todas aquellas acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro en la coordinación de los cuidados y favorecer una mejora en la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros ciudadanos.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Alfaro-LeFebre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2005.
- 2 Planes de Cuidados Estandarizados. Dirección de Enfermería. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla 2008. Disponible en INTRANET HH UU VR.
- 3 Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el s.XXI. 3ª ed. Barcelona: ed. Mason, 2005.
- 4 NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España; 2005.
- 5 Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- 6 McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.

# PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON CHOCK CARDIOGÉNICO

## HEALTH CARE PLAN FOR PATIENT WITH SHOCK CARDIOGENIC

- Cristina Fernández Maestre
- Rosario Palomo Macías
- M<sup>a</sup> de las Mercedes Bejarano Moreno

Diplomadas en Enfermería. UCI Hospital General Virgen del Rocío. Sevilla.

### Resumen

#### RESUMEN

El shock cardiogénico es un estado de hipoperfusión tisular de causa cardíaca que se ve con relativa frecuencia en una unidad de cuidados críticos cardiológicos. Debido a su complejidad es necesaria una buena formación para poder dar unos cuidados adecuados, así como detectar precozmente complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Pretendemos dejar unos conceptos básicos claros sobre esta patología y desarrollar un plan de cuidados estandarizado basándonos en la taxonomía NANDA-NOC-NIC para unificar criterios y que sirva de guía para profesionales de nueva incorporación.

#### Summary

Cardiogenic shock is a state of tissue hypoperfusion of cardiac origin. It is seen frequently at the cardiac intensive care unit. Due to its complexity a good professional training is required to give the appropriate attention to detect possible complications in advance that could risk the life of the patient.

We pretend to give some clear concepts about this pathology and develop a standardized plan in health care based on the taxonomy NANDA-NOC-NIC to agree in our criterion and to use it as a guide for new professionals.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Shock cardiogénico
- ✓ Gasto cardíaco disminuido
- ✓ Plan de cuidados
- ✓ Diagnósticos enfermeros

#### Key words

- ✓ Cardiogenic shock
- ✓ Low Cardiac Output
- ✓ Health Care Plan
- ✓ Nurse Diagnosis

## INTRODUCCIÓN

El shock cardiogénico es un estado de hipoperfusión tisular debido a una disfunción cardíaca. La causa más frecuente de shock cardiogénico es el IAM y el shock cardiogénico es a su vez la causa de muerte más importante en el infarto de miocardio.

Actualmente la mortalidad en pacientes con síndrome coronario es alta del orden de 50-80%. En los últimos años la mortalidad ha disminuido gracias a las nuevas técnicas de reperfusión en fase temprana que disminuyen el tamaño del infarto. Una rápida evaluación y el inicio temprano de medidas y del tratamiento definitivo mejora su supervivencia.

Dada la importancia del inicio de la toma de medidas para la supervivencia del paciente y la implicación que el personal de enfermería tiene en ellas presentamos este plan de cuidados como guía para nuestro desarrollo profesional y para la mejora de los cuidados prestados.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración del plan de cuidados tomamos como referencia los diagnósticos de enfermería de la NANDA 2007-2008, la clasificación de resultados de enfermería 4ª edición y la clasificación de intervenciones 5ª edición.

## OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es un plan de cuidados para el paciente con shock cardiogénico que pueda servir como guía de referencia para las posibles actuaciones en el campo de la enfermería y para poder unificar criterios y mejorar la calidad de los cuidados prestados a nivel hospitalario, especialmente en unidades de cardiología y cuidados intensivos. Teniendo siempre en cuenta que se trata de un plan estandarizado y que debemos personalizarlos según las características.

## DEFINICIÓN

El shock cardiogénico se caracteriza por una disminución del gasto cardíaco, el cual resulta en una hipoperfusión tisular a pesar de un volumen intravascular adecuado.

Los criterios hemodinámicos que lo definen son una presión arterial sistólica (PAS) < 90 mm Hg durante una hora que no responde a la administración de volumen, un índice cardíaco < 2,2 l/min/m<sup>2</sup> en presencia de una presión de enclavamiento de la arteria pulmonar > 15-18 mm Hg con mediciones a través de un catéter de Swan-Ganz.

## ETIOLOGÍA

En nuestra unidad de cuidados intensivos existe un porcentaje bastante alto en la que los pacientes que desarrollan un shock cardiogénico es debido a un IAM especialmente el anterior extenso que provoca una disfunción sistólica extensa del ventrículo izquierdo y/o derecho y como consecuencia el fallo de la bomba.

Otras causas pueden ser pequeños infartos que pueden conducir a estados de hipoperfusión en pacientes con fracción de eyección previamente disminuida, miocarditis severa, miocardiopatías en estadios avanzados, patologías valvulares,....

## CLÍNICA

- TAS < 90 mm Hg durante al menos 30 minutos o disminución de al menos 30 mm Hg habitual del paciente.
- Taquicardia sinusal
- Alteraciones EKG
- Pulsos periféricos disminuidos, filiformes.
- Oligoanuria.
- Relleno capilar disminuido durante más de 2 segundos.
- Alteraciones del estado mental.
- Piel fría y sudorosa. Cortejo vegetativo (Náuseas, vómitos, sudoración,...)
- Hipotermia.
- Signos de compromiso respiratorio.

## VALORACIÓN

Tras la llegada a la unidad del paciente la primera medida a tomar es la monitorización del paciente (mediante EKG, Sat.O<sub>2</sub>, Frecuencia Respiratoria y Tensión Arterial) en la primera hora, que el paciente está más inestable, se tomarán controles cada 15 minutos; para posteriormente, si el paciente se encuentra más estable se realizarán controles cada 30 minutos o cada hora según precise. (cuadro 1).

La segunda medida que realizaremos es valorar la vía aérea. El enfermo con shock cardiogénico con frecuencia presenta dificultad respiratoria, si el paciente presenta Sat.O<sub>2</sub> > 90% se administrará oxígeno suplementario a través de V.Mask o Reservorio según precise el paciente, si por el contrario las Sat.O<sub>2</sub> son menores del 90% se valorará la necesidad de V. Mecánica (Invasiva o no Invasiva).

La tercera medida a tomar es la valoración del acceso vascular. Se canalizará una vía venosa central, ya que la precisamos para la instauración del tratamiento farmacológico (agentes vasoactivos) y para la monitorización hemodinámica de determinados parámetros, entre ellos la PVC. Tras la canalización de la vía central, procederemos a la monitorización hemodinámica invasiva a través de un catéter arterial (para medir las presiones arteriales) y un catéter de Swan- Ganz para controlar las presiones pulmonares, pues aporta información sobre el índice cardíaco y la presión capilar pulmonar, que resulta de gran ayuda para el diagnóstico definitivo y el posterior tratamiento del shock.

Por último valoraremos la diuresis. Se procederá al sondaje vesical del paciente a través de un catéter Foley. El control horario de la diuresis del paciente con shock cardiogénico es fundamental, ya que normalmente estos pacientes suelen presentar oligoanuria, siendo recomendable el uso de diuréticos para la descongestión pulmonar.

Se completará el protocolo de ingreso con una analítica completa del paciente, una RX de tórax y un EKG.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El fármaco de 1ª elección en el shock cardiogénico es la dobutamina, que aumenta la contractilidad miocárdica, el volumen sistólico, y como consecuencia de ello, el gasto cardíaco, sin elevar marcadamente ni la frecuencia cardíaca ni las resistencias vasculares periféricas (elevadas ya de por sí en el shock cardiogénico). Por ello, se debe usar como primera opción siempre y cuando el paciente mantenga una presión arterial sistólica (PAS) > 90 mm Hg.

Estos fármacos se administrarán, obligatoriamente, en perfusión continua (bombas de perfusión) pues en cuanto se detiene su administración cesa su efecto terapéutico. Por

*Plan de cuidados del paciente con shock cardiogénico*

turnos se revisarán las bombas de perfusión continua, las dosis prescritas y nos aseguraremos de su correcta dilución.

El fármaco de 2ª elección es la dopamina, agente inotrópico, cronotrópico y vasodilatador renal, se puede usar a dosis inotrópica (5-10µg/kg/min) si el paciente presenta una PAS < 90 mm Hg, mejorando la presión arterial sin elevar en exceso las resistencias vasculares periféricas. También puede usarse asociada a la dobutamina a dosis renales (< 5µg/kg/min) si el paciente presenta una PAS > 90 mm Hg para mejorar la diuresis.

El fármaco de 3ª elección: la noradrenalina. Por su elevado efecto vasoconstrictor periférico, se debe usar sólo en caso de que el paciente mantenga una PAS < 80 mm Hg, presentando riesgo de isquemia tisular y aumento de la poscarga.

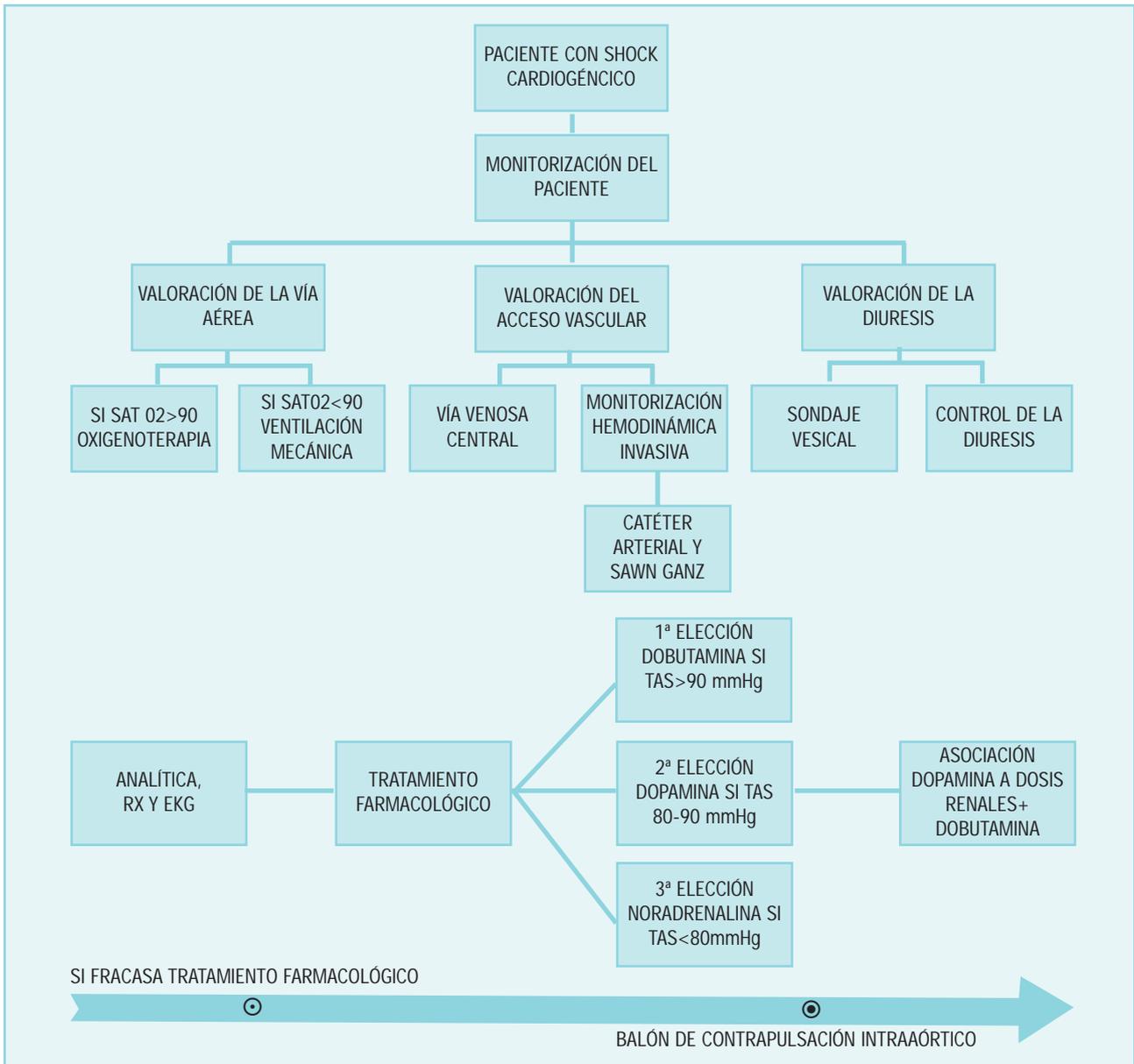
En los pacientes con shock cardiogénico además de los fármacos anteriormente mencionados es frecuente el uso de

vasodilatadores, tales como nitroglicerina o el nitroprusiato sódico, que mejoran la perfusión coronaria, no deben emplearse si el paciente una PAS < 90 mm Hg.

Al administrar nitroglicerina se protegerá de la luz, no es estable a temperatura ambiente y se debe cambiar cada 12 horas; se preparará en recipientes de vidrio.

La perfusión de nitroprusiato sódico se cambiará cada 4 horas, se protegerá de la luz con jeringa opaca y se vigilarán los cambios de color, así como los principales efectos adversos.

El uso de diuréticos también es recomendable para la descongestión pulmonar. Dado el efecto hipotensor de los diuréticos, estos no deben utilizarse tampoco si la PAS < 90 mm Hg.



Cuadro 1.

### BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAAORTICO (BCIA)

Dispositivo mecánico de asistencia circulatoria indicado en situaciones de shock cardiogénico refractario al tratamiento farmacológico.

Consiste en un catéter intra-arterial que dispone de un globo o balón en su porción distal que es inflado sincrónicamente con el latido cardíaco a través de una consola.

Con su utilización se consigue el aumento de la presión diastólica, la mejora de la perfusión miocárdica y la disminución de la resistencia a la eyección ventricular y el trabajo miocárdico.

Se emplea cuando la terapia farmacológica es ineficaz y como medida previa de soporte hasta la implantación de asistencia ventricular mecánica.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

<b>000146 ANSIEDAD R/C CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD.</b>	
<i>NIC 5820</i> <i>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EXPLICAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, INCLUYENDO LAS POSIBLES SENSACIONES QUE SE HAN DE EXPERIMENTAR.</li> <li>• CREAR UN AMBIENTE QUE FACILITE LA CONFIANZA.</li> <li>• ANIMAR LA MANIFESTACIÓN DE SENTIMIENTOS, PERCEPCIONES Y MIEDOS.</li> </ul>
<i>NIC 5340</i> <i>PRESENCIA</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESCUCHAR LAS PREOCUPACIONES DEL PACIENTE</li> <li>• PERMANECER CON EL PACIENTE PARA FOMENTAR SEGURIDAD Y DISMINUIR MIEDOS.</li> </ul>
<i>NOC 1402</i> <i>AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INDICADOR 140217 CONTROLA LA RESPUESTA DE ANSIEDAD</li> <li>• INDICADOR 140214 REFIERE DORMIR DE MANERA ADECUADA</li> <li>• <i>ESCALA LIKERT:</i></li> <li>• <i>NUNCA DEMOSTRADO</i></li> <li>• <i>RARAMENTE DEMOSTRADO</i></li> <li>• <i>A VECES DEMOSTRADO</i></li> <li>• <i>FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO</i></li> <li>• <i>SIEMPRE DEMOSTRADO</i></li> </ul>
<b>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C INMOVILIZACIÓN.</b>	
<i>NIC 3540</i> <i>Prevención de úlceras por presión</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar herramienta de valoración de riesgo de aparición de úlceras por presión. Escala Braden en nuestro servicio.</li> <li>• Mantener la piel limpia y seca.</li> <li>• Uso de colchoneta de aire alternante.</li> <li>• Administración de ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo.</li> <li>• Aplicar protectores en codos y talones si procede.</li> </ul>
<i>NIC 3590</i> <i>Vigilancia de la piel</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>• Vigilar el color y temperatura de la piel.</li> <li>• Registrar el estado de la piel al ingreso y cada día</li> </ul>
<i>NOC 1101</i> <i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 110113 Piel intacta</li> <li>• <i>Escala likert:</i></li> <li>• <i>Gravemente comprometido</i></li> <li>• <i>Sustancialmente comprometido</i></li> <li>• <i>Moderadamente comprometido</i></li> <li>• <i>Levemente comprometido</i></li> </ul>

DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: 00108 Baño/higiene, 00102 Alimentación, 00110 Uso del wc	
NIC 1801 Ayuda con los autocuidados: baño e higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la higiene y cambio de sábanas del paciente ya que se encuentra en reposo absoluto por su patología.</li> </ul>
NIC 1710 Mantenimiento de la salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar al paciente a cepillarse los dientes.</li> <li>Enjuague bucal con clorhexidina para prevenir infecciones</li> <li>Aplicar lubricante en los labios si es necesario</li> <li>Si el paciente se encuentra entubado: lavado de boca con torundas y enjuagues de clorhexidina así como cambio de fijación cada 8 horas. Mantener la cabeza elevada para evitar neumonías nosocomiales.</li> </ul>
NIC 1680 Cuidado de las uñas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas y a cortarlas de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.</li> </ul>
NIC 1670 Cuidado del cabello	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavar el cabello cada vez que sea necesario.</li> <li>Secado del cabello con secador.</li> <li>Peinar el cabello a diario.</li> </ul>
NOC 0300 Actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 030006 Higiene</li> <li>Indicador 030001 Come</li> <li>Indicador 030007 Higiene bucal</li> <li>Escala liker:</li> <li>Gravemente comprometido</li> <li>Sustancialmente comprometido</li> <li>Moderadamente comprometido</li> <li>Levemente comprometido</li> <li>No comprometido</li> </ul>
00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C DESEQUILIBRIO ENTRE APOORTE Y DEMANDA DE OXIGENO	
NIC 0180 Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte del personal de enfermería.</li> <li>Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol/regulación de la actividad.</li> <li>Favorecer el reposo.</li> <li>Limitar los estímulos ambientales y la cantidad de visita si procede.</li> </ul>
NIC 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar al paciente en posición cómoda.</li> <li>Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario.</li> <li>Crear ambiente adecuado durante la hora de la comida.</li> <li>Dar la alimentación según la necesidad del paciente.</li> <li>Anotar la ingesta.</li> <li>Si el paciente presenta alimentación por sonda: Valorar la presencia de ruidos intestinales, cabecero de la cama elevado más de 30°, valorar la existencia de residuos cada 8 horas y si es necesario bajar el ritmo de infusión o retirar según protocolos de restos.</li> </ul>
NIC 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la higiene y cambio de sábanas del paciente ya que se encuentra en reposo absoluto por su patología.</li> </ul>
NOC 0005 Tolerancia a la actividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador 000501 Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad</li> <li>Indicador 000502 Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad</li> <li>Escala liker:</li> <li>Gravemente comprometido</li> <li>Sustancialmente comprometido</li> <li>Moderadamente comprometido</li> <li>Levemente comprometido</li> <li>No comprometido</li> </ul>

00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE

NIC 0450  
Manejo del estreñimiento/  
impactación

- Registro de deposiciones
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento/impactación.
- Aumentar la ingesta de líquidos y la fibra en la dieta si el estado del paciente lo permite.
- Administración de laxantes según prescripción médica (en estos enfermos se les pauta a diario para evitar esfuerzos).
- Administrar enemas si es necesario

NIC 0430  
Manejo intestinal

- Valorar sonidos intestinales.
- Observar signos de diarrea, estreñimiento e impactación.
- Evaluar la incontinencia fecal si es necesario.

NOC 0501  
Eliminación intestinal

- Indicador 050101 Patrón de eliminación
- *Escala likert:*
- *Gravemente comprometido*
- *Sustancialmente comprometido*
- *Moderadamente comprometido*
- *Levemente comprometido*
- *No comprometido*

00006 HIPOTERMIA R/C MALA PERFUSIÓN PERIFÉRICA

NIC 3900  
Regulación de la temperatura

- Registrar la temperatura cada 2 horas.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Utilizar manta térmica si el paciente lo precisa.

NOC 0800  
Termorregulación

- Indicador 080015 Comodidad térmica referida
- *scala Likert:*
- *Gravemente comprometido*
- *Sustancialmente comprometido*
- *Moderadamente comprometido*
- *Levemente comprometido*
- *No comprometido*
- Indicador 080018 Disminución de la temperatura cutánea
- *Escala likert:*
- *Grave*
- *Sustancial*
- *Moderado*
- *Leve*
- *Ninguno*

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

**DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO**

- *La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.*

4040 Cuidados cardiacos:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</li><li>• Observar la tolerancia del paciente a la actividad.</li><li>• Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión/eliminación y peso diario)</li></ul>
4044 Cuidados cardiacos agudos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio)</li><li>• Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.</li><li>• Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor y la isquemia, si están pautados.</li></ul>
4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad)</li><li>• Ayudar en la inserción e implantación del dispositivo.</li><li>• Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto.</li><li>• Disponer de un equipo de reserva en todo momento</li></ul>
4254 Manejo del shock cardiaco.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Favorecer una precarga óptima para mejorar la contractilidad a la vez que se minimiza la insuficiencia cardiaca (administrar nitroglicerina y mantener la presión capilar/arterial enclavada dentro del margen prescrito)</li><li>• Administrar medicamentos inotrópicos de contractilidad positivos.</li></ul>
4150 Regulación hemodinámica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar el gasto cardiaco o índice cardiaco e índice de trabajo ventricular izquierdo, si procede</li><li>• Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, si procede.</li><li>• Monitorizar la presión enclavada capilar pulmonar/arterial y la presión venosa central/ de aurícula derecha, si corresponde.</li><li>• Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea.</li></ul>
4210 Monitorización hemodinámica invasiva.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar en la inserción y extracción de las líneas hemodinámicas invasivas.</li><li>• Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, si procede, con el transductor a nivel de aurícula derecha.</li><li>• Obtener el gasto cardiaco mediante la administración de una solución inyectada dentro de los 4 segundos, y la media de las tres inyecciones que están por debajo de 1l. cada una.</li></ul>
2080 Manejo de líquidos-electrolitos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.</li><li>• Observar si ha y signos y síntomas de retención de líquidos.</li><li>• Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.</li></ul>

## DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

- Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación y/o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolo-capilar.

3350  
Monitorización respiratoria.

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Anotar los cambios de  $\text{SaO}_2$ ,  $\text{SvO}_2$  y  $\text{CO}_2$  y los cambios de los valores de gases en sangre arterial, si procede.

3140  
Manejo de las vías aéreas.

- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Abrir la vía aérea mediante técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o succión.
- Realizar la aspiración nasotraqueal o endotraqueal, si procede.

3320  
Oxigenoterapia.

- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.

3300 Ventilación mecánica.

- Iniciar la preparación y aplicación del respirador.
- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador.
- Colaborar con el médico en el uso de CPAP o PEEP para minimizar la hipoventilación alveolar, si es el caso.
- Vigilar las lecturas de presión del ventilador y los sonidos respiratorios.
- Vigilar la vigilancia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier España, S.A; 2007.
- Jhonson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería 4ª edición. Barcelona: Harcourt Brace, S.A; 2009.
- Buleckek G.M, Butcher H.K. Clasificación de intervenciones de Enfermería 5ª edición. Barcelona: Harcourt Brace, S.A; 2009.
- P. Camacho Laraña, A. Herruzo Avilés, R. Hinojosa Pérez. Fallo cardiaco en el postoperatorio de cirugía cardiaca. Medicina crítica práctica. Editorial Edikamed. Madrid 2007: 107-131.
- José Enrique Hernández Rodríguez, Maximino Díaz Hernández, Judith Sánchez García. Guía de intervenciones rápida de enfermería en cuidados intensivos. Madrid: DAE, S.L; 2007
- Raúl Barcudi, Víctor Bocanera, Marcelo Jiménez, Héctor Luciardi, Fernando Nolé, Walter Quiroga et al. Shock cardiogénico. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/guiafac/bonos/barcu2e.htm>
- Hernández Méndez Al. Cuidados al paciente coronario agudo. Boletín informativo de la AEEC [enferm cardiol] 1997; AÑO IV (9): 13-15.
- Fdez Ayuso, Molano Álvarez. Cuidado integral del paciente crítico de la extrahospitalaria a la UCI. Elsevier-Masson. 2008.
- Esteban A., Martín C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Springer. 1996.
- Vizuet Gallango F.J. Shock cardiogénico. Guía de actuación en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria. Nure-Revista de investigación 2004.
- Cendales Rey J.E: Shock cardiogénico. Fundación Santa Fe Bogotá. Cap. XIII. Pág. 483-487. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/3500189/CARDIOLOGIA>.
- Gawlinski, Anna. Salvar al paciente con shock cardiogénico. Nursing - Ed esp- 1990 oct.
- Mower-Wade, Donna M; Bartley, Marilyn; Chiari-Alwein, Jennifer Lynn. ¿Sabe como responder ante un shock? Nursing-Ed esp-2001 Abril.
- Castillo Hernández, Elsa; Vázquez Lazo, Carmen; Quintana Ramírez, Mileydi. Comportamiento clínico epidemiológico de la cardiopatía isquémica en la unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev. Cubanoenfermer2008 ene-mar 24(1):
- Muñoz, Isabel; Buj Fernández, Amparo. Balón de contrapulsación intraaórtico. Rev. Rol enferm. 1990 jun XIII (142):77-80.
- Müllner M, Urbanek B, Havel C, Losert H, Waechter F, Gamper G. Vasopresores para el shock (Revisión Cochrane traducida). En: la Biblioteca Cochrane plus, 2008. Número 4.OXFORD: UPDATE SOFTWARE. Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.(Traducida de the Cochrane Library, 2008 Issue 3. CHICHESTER, UK: John Wiley and sons, Ltd.).

# UTILIDAD DE LA CONSULTORÍA TELEFÓNICA PARA LOS PACIENTES DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

## UTILITY OF THE TELEPHONE CONSULTANCY FOR THE PATIENTS OF LATERAL SCLEROSIS AMIOTRÓFICA TO THE MANAGING NURSES OF HOSPITABLE CASES.

- Carmen Arispón García<sup>1</sup>
- Nuria Navajas Rodríguez de Mondelo<sup>1</sup>
- Carmen Talaverón Guerrero<sup>2</sup>
- Juan José Benítez Pulido<sup>3</sup>  
(Enfermera Gestora de Casos del H.U. Valme Sevilla)<sup>1</sup>  
(Enfermera de Familia C.S. Don Paulino García Donas Alcalá de Guadaíra)<sup>2</sup>  
(Supervisor General del H.U. Valme Sevilla)<sup>3</sup>  
Centro donde se realiza el trabajo: Hospital Virgen de Valme de Sevilla.

### Resumen

La Esclerosis Lateral Amiotrófica es una enfermedad neurológica progresiva que afecta a las neuronas que controlan los músculos voluntarios. Los afectados, van perdiendo la capacidad para moverse, para respirar, para deglutir y para hablar. Conforme avanza el proceso, produce una dependencia parcial o total de otras personas.

El deterioro progresivo, genera un impacto a nivel físico, emocional y social al paciente y a su familia, que es preciso la atención directa y continuada de un equipo multidisciplinar, para ayudarlos a vivir día a día.

Para mejorar la calidad de vida y protocolizar la atención a éstos pacientes, las Enfermeras Gestoras de Casos del Hospital de Valme en el año 2008 realizamos junto al equipo, un Circuito de Atención Interniveles.

Se activa desde atención especializada durante el ingreso, incluyéndolos en el programa de Gestión de Casos potenciando la atención integral y desde atención primaria cuando están en el domicilio. Somos los profesionales referentes para pacientes y cuidadores. Mediante consultoría telefónica, les gestionamos consultas multidisciplinarias de acto único y se les atiende a todas las demandas en todo momento. Por ello hemos realizado un estudio descriptivo del año 2009, analizando las diferentes utilidades del contacto telefónico y la ayuda facilitada con nuestras intervenciones enfermeras.

### SUMMARY

The Lateral Sclerosis Amiotrófica is progressive a neurological disease that affects the neurons that control voluntary muscles. The affected ones are losing the capacity to move, to breathe, to swallow and to speak. In agreement it advances the process; it produces a partial or total dependency of other people. The progressive deterioration generates an impact at physical, emotional and social level to the patient and his family, who is precise the attention direct and continued of equipment to multidiscipline, to help them to live day to day. In order to improve the quality of life and to protocolizar the attention to these patients, the Managing Nurses of Cases of the Hospital of Valme in year 2008 we made next to the equipment, a Circuit of Interniveles Attention. One activates from attention specialized during the entrance, including them in the program of Management of Cases harnessing the integral attention and from primary attention when they are in the address. We are the referring professionals for patients and caretakers. By means of telephone consultancy, we managed consultations you will multidiscipline to them of unique act and it is taken care of to them at any moment all the demands. For that reason we have made a descriptive study of year 2009, analyzing the different utilities from the telephone contact and the aid facilitated with our interventions nurses.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Esclerosis Lateral Amiotrófica,
- ✓ Enfermeras Gestoras de Casos,
- ✓ Equipo multidisciplinar,
- ✓ Consultas de acto único

### Key words

- ✓ Lateral sclerosis Amiotrófica,
- ✓ Managing Nurses of Cases,
- ✓ Equipment to multidiscipline,
- ✓ Consultations of unique act

## INTRODUCCIÓN:

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa, irreversible, que afecta a las motoneuronas, que son las encargadas de controlar todos los movimientos voluntarios del cuerpo. Los pacientes pueden consultar inicialmente por no poder caminar o usar los brazos y manos (debilidad muscular) o por dificultad al tragar (disfagia) o por problemas respiratorios o por disartría, disfonía y anartria (incapacidad para el lenguaje). El 80% de los pacientes diagnosticados de ELA desarrollan antes o después, estos signos y síntomas.

Los afectados tienen limitada la esperanza de vida. Es una enfermedad invalidante con un alto nivel de dependencia, por lo que van a necesitar cuidados permanentes, complejos y cambiantes.

Mantienen intactas las funciones de la vejiga, del intestino, de los sentidos, el intelecto y los músculos de los ojos.

### Incidencia de la ELA:

Afecta a adultos entre 40-70 años, la proporción Hombres-Mujeres es de 3/1. En España ronda los 4.000 casos. La mayoría fallecen por fallo respiratorio. La supervivencia se establece de 2-5 años desde la detección de la enfermedad y sólo un 1% sobreviven 10 años.

Una vez diagnosticados, pasan por diferentes fases:

- 1ª Fase: Atención neurológica y coordinación con otros profesionales.
- 2ª Fase: Evolutiva, que requiere la atención además de otros especialistas (Neumólogos, Nutrición, Psiquiatra, Rehabilitador), más el soporte social.
- 3ª Fase: Final. Unidades de Cuidados Paliativos o programas asistenciales para que el paciente no sufra.

No existe como Proceso Asistencial Integrado, pero sí hay Guías y Vías clínicas para protocolizar la atención.

Por ello, es imprescindible que el abordaje y la atención sea a través de un equipo multidisciplinar y que exista una buena coordinación del mismo para que la respuesta sea única y eficaz a todas las necesidades que se les plantean. Es muy importante anticiparnos a las habilidades de comunicación con el paciente y con la familia, para poder optimizarlas. En la familia, el cuidador principal es pieza clave en los cuidados, y es necesario atenderlos como un binomio inseparable paciente-cuidador.

Para protocolizar nuestras actuaciones en ambos niveles de atención (especializada y primaria), organizamos en el año 2008 un grupo de trabajo de pacientes ELA, compuesto por Neurólogos, Neumólogos, Nutricionista, Médico de la Unidad de Continuidad Asistencial del H. Tomillar (U. C. A.) y las Enfermeras Gestoras de Casos del hospital universitario de Valme, con el fin de elaborar una Vía Clínica. Realizamos un

circuito interniveles que potencia la atención integral, en el cual, las Enfermeras Gestoras de Casos somos los profesionales de referencia para los pacientes, sus cuidadores y para el equipo de salud tanto si están en el domicilio como cuando ingresan en el hospital.

El médico de Neurología en las primeras consultas, proporciona nuestros teléfonos corporativos a los pacientes. Si entran en fases más evolutivas de su proceso y requieren la valoración y el tratamiento de las tres especialidades nos llaman, los captamos y les coordinamos citas de acto único con los especialistas de Neumología, Neurología y Nutrición, y se unen con los que requieran en esos momentos.

En el ingreso hospitalario, los incluimos en el programa de Gestión de Casos, al ser población diana, ya que son pacientes muy vulnerables, con gran necesidad de cuidados continuos y complejos, con un alto nivel de dependencia y con seguimiento continuado por parte de ambos niveles de atención.

El objetivo fundamental de éste artículo es doble, por un lado es dar a conocer el trabajo que se está realizando en el Hospital de Valme desde hace aproximadamente 2 años, fruto del esfuerzo y del interés del equipo multidisciplinar en mejorar la atención integral a los pacientes de ELA y comprobar la utilidad que tiene el contacto telefónico con las Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalaria (EGCH). Por ello realizamos un estudio descriptivo de un año, analizando los datos de nuestros registros enfermeros así como los recogidos de las llamadas de los pacientes durante el año 2009.

## OBJETIVOS GENERALES DEL CIRCUITO Y FUNCIONAMIENTO:

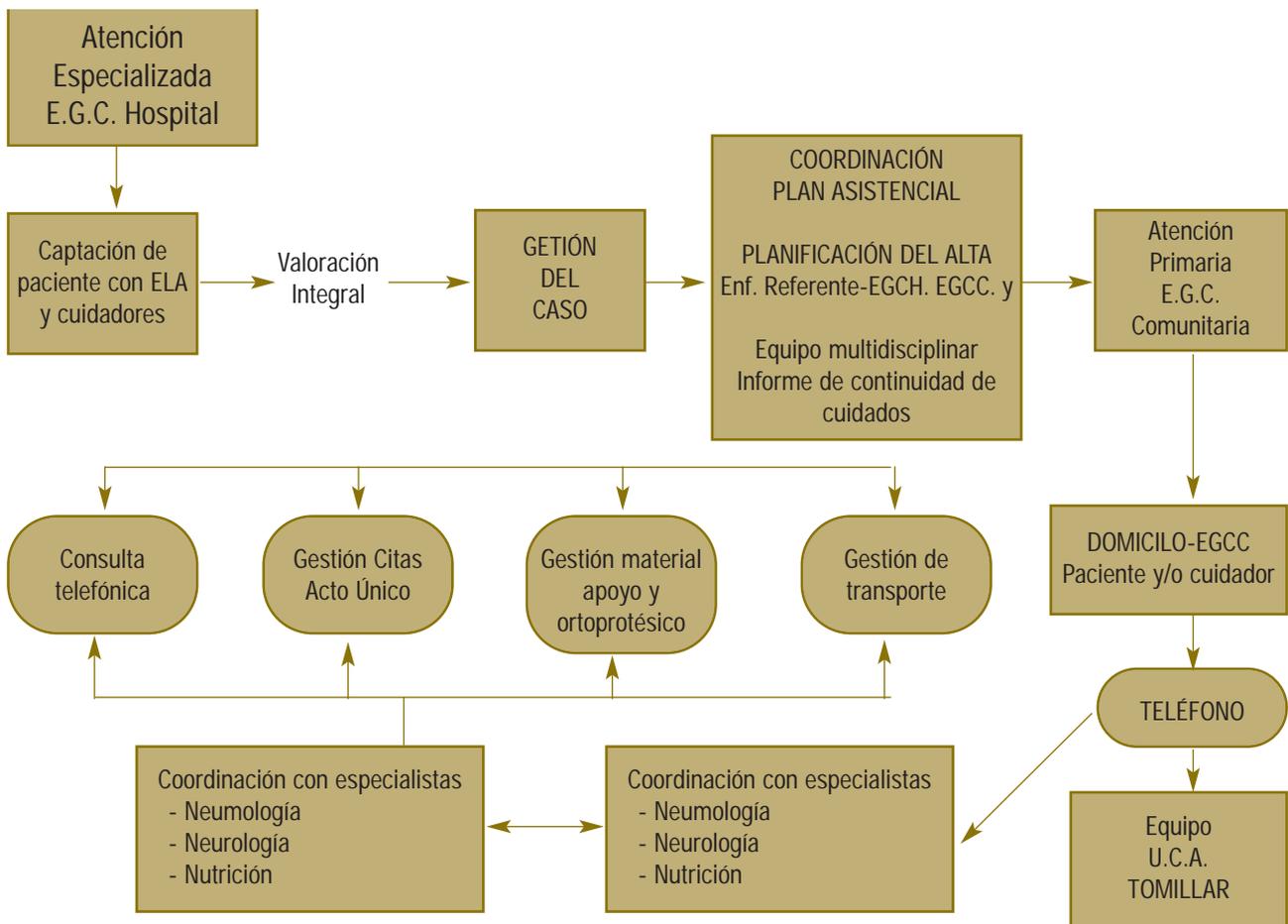
Los objetivos generales del circuito interniveles son:

1. Coordinar la atención con el equipo multidisciplinar.
2. Asegurar la captación de los pacientes afectados de E.L.A. y cuidadores para inclusión en el Circuito.
3. Potenciar la Gestión del caso desde el primer ingreso hospitalario (Atención integral) y el seguimiento en Atención Primaria (Continuidad interniveles)

El funcionamiento del circuito interniveles se activa tanto en A.Especializada como en A. Primaria y las intervenciones de las EGCH van encaminadas a conseguir los objetivos generales del mismo.

Al ingreso del paciente en la unidad de Neurología o de Neumología del Hospital de Valme es cuando procedemos a su captación. Cuando las Enfermeras Gestoras de Casos iniciamos el primer contacto con ellos, somos los profesionales que velamos y facilitamos el camino por el sistema para garantizar y potenciar su atención integral, por ello, los incluimos en el programa de GESTIÓN DE CASOS. El intercambio de la comunicación y la coordinación con el equipo multidisciplinar es continuo, para lograr los resultados previstos en la trayectoria clínica del paciente.

**Circuito de Atención interniveles a Pacientes de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) H.U.Valme**



Por Meses / 2009 CONTACTO TELEFÓNICO	E	F	M	A	MY	J	JL	A	S	O	N	D	TOTAL
Citas Acto Único	3	1	3	1	1	8	5	1	6	5	4	0	38
Otras Consultas	3	3	1	2	3	1			1		4	2	20
Gestión Material		1					1				2	3	7
Gestión de Transporte				1	1	1	1			1	1		6
Apoyo Emocional	3	2	3	2	3	6	4		5	5	5	3	41

La valoración es integral e individualizada al paciente y a la persona cuidadora, para establecer los diagnósticos enfermeros N.A.N.D.A, Criterios de resultados (N.O.C.) e Intervenciones (N.I.C.). Siempre apoyamos el plan de cuidados de su enfermera referente donde paciente y cuidador deben participar activamente en el mismo. Elaboramos el Plan Asistencial ajustándolo a sus necesidades, lo proponemos a los demás profesionales referentes y facilitamos su coordinación.

La enfermería tiene el deber de apoyar, acompañar, informar, asesorar, enseñar y formar (educación sanitaria) al paciente y a la persona/s cuidadoras, para que conozcan los

cuidados necesarios con vistas al domicilio. Planificamos el alta desde el primer día de ingreso, ya que tienen que estar preparados para enfrentarse y adaptarse a los nuevos cambios en todas las esferas vitales y que en ocasiones se producen rápidamente.

¿Qué es importante valorar en el paciente? Lo primero, qué saben de la enfermedad y como la empiezan a asimilar y asumir sus limitaciones. Al conservar sus facultades mentales íntegras hasta el final, la comunicación con el paciente es fundamental. Si necesitamos saber el nivel cognitivo, el test de Pfeiffer nos ayudará. Tenemos que estar atentos a sus preocupaciones,

temores, conocimientos y preferencias, ya que pierden la capacidad del habla. ¿Qué podemos hacer? Darles la oportunidad que se expresen verbalmente o no. Facilitar la colaboración del equipo para además del apoyo sanitario, se les ofrezca el apoyo emocional que tanto necesitan o derivar a profesionales de salud mental, si detectamos problemas de depresión o de angustia excesiva. Aportarles en cada momento la información que nos demandan, ayudar a la familia a obtener habilidades o ayudas técnicas para que se comuniquen con su familiar afectado de ELA. A veces tienen que ir superando el pacto de silencio y el estrés del primer impacto a nivel emocional que les dificulta esa comunicación entre ellos. Nuestra misión como enfermeras es establecer una buena relación de confianza con ambos para que sientan seguridad y fluyan las interrelaciones PACIENTE – CUIDADOR - EQUIPO DE SALUD.

Otro punto a tener en cuenta es conocer el grado de autonomía que tiene el paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, la podemos medir con el índice de Barthel. Nuestra intervención enfermera, es fomentarla o proporcionarle soporte ortoprotésico para ayudarlo. Si la va perdiendo, adiestrar al cuidador para que supla parcial o totalmente en sus tareas, cuidados o actividades de la vida diaria.

Cada miembro del equipo, aporta la información y la formación según sus competencias. En la unidad donde ingrese será valorado y tratado por las tres especialidades: Neurología, Neumología y Nutrición. Si lo requiere Cirugía, Anestesia, Digestivo, Rehabilitación, Psiquiatra por derivación médica o si en la valoración integral de las EGCH detectamos que existe un riesgo social solicitaremos la intervención de la Unidad de Trabajo Social. Haremos gestiones para facilitar la coordinación de los profesionales y servicios para potenciar la atención integral y que se continúe.

Del plan de cuidados establecido por su enfermera referente sabemos que una gran parte de nuestras intervenciones enfermeras son secundarias a problemas de colaboración, ya que hay que atender los numerosos síntomas de la enfermedad para aliviar, paliar y controlar. Detectamos también los riesgos potenciales que pueden tener a consecuencia de su proceso de ELA y para prevenirlos, realizamos intervenciones de educación sanitaria.

De la valoración neurológica, nutricional y respiratoria por los especialistas, se derivarán tratamientos, cuidados enfermeros y dispositivos de soporte que en un proceso de colaboración con todo el equipo que atiende al paciente velamos para que se impliquen en el adiestramiento teórico y práctico del cuidador principal, la familia y el paciente si tiene posibilidad de aprenderlos o al menos explicarle el porqué y para qué se le proporcionan esos cuidados específicos y que sienta seguridad en su cuidador familiar domiciliario.

¿Qué es importante valorar en la familia?

La valoración a la familia, está centrada en conocer el apoyo familiar real que tiene el paciente y fomentar su implicación desde el principio. Cuando tenemos identificado al cuidador principal, valoramos el grado de conocimientos que tiene de la enfermedad, la disposición para ejercer el rol de cuidador,

la disponibilidad, si tiene problemas bio-psico-sociales que le impiden ejercerlo y las habilidades para empezar su formación sin perder de vista a sus familiares. El respiro del cuidador principal tiene que comenzar desde el mismo momento que lo asume, pues así se evitan algunos problemas de riesgo o cansancio derivados del rol de cuidador. También intentaremos aumentar las redes sociales formales, en caso necesario o les ofertaremos contactos con Asociaciones para aumentar los sistemas de apoyo.

La enseñanza de los cuidados básicos y específicos se les imparte en el momento del ingreso, de forma teórica y práctica. Es labor de enfermería motivar a los pacientes y a las personas cuidadoras, para que participen activamente en el adiestramiento de los cuidados que van a continuar en el domicilio.

- Reforzaremos el conocimiento de la enfermedad, el tratamiento prescrito tanto neurológico como sintomático.
- A los problemas de disfagia y desnutrición tenemos que hacer intervenciones de refuerzo en colaboración, de la dieta adecuada que indique el servicio nutrición y nos coordinaremos para que las recetas de espesantes, o suplementos nutricionales los lleven al alta.

Si son portadores de dispositivos tipo sonda nasogástrica o ingresa para colocación de sonda de alimentación de Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG), la enfermería de nutrición se hará cargo del adiestramiento del cuidador en los cuidados, forma de administración, recetas y material para el domicilio.

- Por los problemas secundarios a retención de secreciones, hipoventilación, incapacidad para toser, disnea... se les enseña tos asistida o la VMNI (Ventilación Mecánica no Invasiva). En fases avanzadas cuando se les practica traqueotomía, los cuidados de la misma, el uso de respirador, el manejo del aspirador, la oxigenoterapia... Todos los cuidados los impartimos de forma conjunta los enfermeros con los especialistas y los dispositivos de soporte domiciliario, nos coordinamos con el Servicio de Prestaciones Sanitarias.

El soporte educativo es una herramienta muy útil, que les ayuda a disminuir el estrés, controlar la ansiedad y aumentar el afrontamiento del impacto que les produce la enfermedad. - Valoramos el grado de adaptación que tienen ambos a estos cambios de salud, a veces tan bruscos y rápidos. Las EGCH junto a los demás profesionales los ayudamos a que encuentren el equilibrio y vayan superando obstáculos día a día, porque en estas personas confluyen diferentes aspectos: sociales, emocionales, laborales, familiares, que tiene que ir organizando y encajando. Cada familia tiene sus propias capacidades de respuesta, esas respuestas son las que tienen que encontrar a sus numerosas preguntas, si realizamos intervenciones de apoyo, asesoramiento, orientación, información y enseñanza que son tan necesarias como útiles en los problemas de afrontamiento.

Los diagnósticos enfermeros (problemas de independencia) de Afrontamientos inefectivos familiares y que afectan al cuidador principal, son los que tenemos que intervenir de forma precoz y eficaz, por ser los cuidadores informales los

pilares para que el paciente se adapte mejor. Además sin olvidar nunca, cuidar al cuidador en todo momento. Es nuestro cliente también.

Conjuntamente realizamos con la enfermera referente el Informe de alta de enfermería para derivar al siguiente nivel de cuidados de Atención Primaria. Su Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC) participará tanto en la planificación del alta como en el seguimiento domiciliario.

En el hospital de Valme tenemos un código de nivel de cuidados que va en el informe de alta enfermera:

Nivel 1 - sin necesidad de continuidad de cuidados, solo captación para su Enfermera Gestora Comunitaria

Nivel 2 - con necesidad de cuidados domiciliarios, con dependencia parcial y con continuidad de cuidados, con la atención por su enfermera de familia o E.G.C.C y el Nivel 3 que son pacientes con gran necesidad de cuidados, más dependientes y atención prioritaria por las E.G.C.C. en 24 horas tras el alta. Casi siempre coincide con las fases de enfermedad ya mencionadas en la introducción.

Si reingresa el paciente lo captamos de nuevo, realizamos el mismo circuito y en las últimas fases de su enfermedad que requiere cuidados paliativos, el alta se planificará con la Unidad de Continuidad Asistencial (U. C. A.), que también tienen soporte telefónico, Unidad de Día e ingresos directos cuando contactan desde el domicilio o su equipo de salud de A. Primaria.

En las últimas fases del proceso, tienen que afrontar decisiones muy difíciles para ellos y sus familiares, los profesionales sanitarios debemos apoyarlos en la toma de decisiones. Atender a sus necesidades espirituales y su situación terminal con la dignidad que se merecen. Abordar a las familias ante las situaciones de duelo anticipado o real. En definitiva tanto si el paciente está en el hospital como en el domicilio siempre tiene que sentir que estamos a su lado.

## DIAGNÓSTICO ENFERMERO MÁS PREVALENTE EN LOS CASOS VALORADOS:

00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c la continuidad de cuidados domiciliarios m/p desconocimiento de los cuidados domiciliarios, agotamiento del cuidador por la prolongación de la enfermedad o desorganización de la familia previa al alta.

Criterios de Resultados que consideramos más apropiados para este diagnóstico:

- NOC: 2202 Preparación del cuidador principal domiciliario.  
2600 Afrontamiento de los problemas familiares.  
2508 Bienestar del cuidador principal.  
3003 Satisfacción del paciente con la continuidad de los cuidados.

## INTERVENCIONES ENFERMERAS CONJUNTAS MÁS FRECUENTES DURANTE EL INGRESO:

- 4920 Escucha activa.
- 5270 Apoyo emocional.
- 8100 Derivación a otros profesionales en caso necesario.
- 5230 Aumentar el afrontamiento de ambos.
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones.
- 5510 Educación sanitaria.
- 5602 Enseñanza del proceso de la enfermedad a ambos y de los cuidados.
- 5616 Enseñanza del tratamiento prescrito
- 5614 Enseñanza de la dieta prescrita
- 5612 Enseñanza del ejercicio/actividad prescrita
- 3540 Prevención de UUPP
- 6490 Prevención de caídas
- 5240 Asesoramiento.
- 7400 Guías del sistema sanitario.
- 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 7140 Apoyo a la familia.
- 7110 Fomento de la implicación familiar.
- 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados.
- 5440 Aumentar sistemas de apoyo. Ofrecer contactos con asociaciones, sobre todo para atención psicológica y rehabilitación.
- 6485 Manejo ambiental (preparar el hogar).
- 7370 Planificar el alta con antelación.
- 7960 Intercambio de información de cuidados de salud.
- 8190 Seguimiento telefónico.
- 8180 Consulta telefónica: De los pacientes y cuidadores a las EGCH para la gestión de consultas multidisciplinarias de acto único. Aquí se activa el circuito desde Atención Primaria por los pacientes o por su EGCC.
- Gestión de material ortoprotésico (andador, silla de ruedas, cama articulada con su E.G.C.C)
- Gestión de material de soporte en domicilio (oxígeno, aspirador, BIPAP, respirador, bomba de nutrición...) y material fungible, de curas...

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

1. Conocer el tipo de demandas reales de los pacientes y sus cuidadores familiares, a través del contacto telefónico con las E.G.C.H.
2. Comprobar si son de utilidad nuestras intervenciones enfermeras en el circuito para garantizar su atención.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

- Tipo de estudio: Descriptivo y retrospectivo.
- Tiempo de duración: un año.
- Material, Selección de la muestra y método:

- Confeccionamos una plantilla del circuito para visualizar de forma esquemática el funcionamiento del mismo y fue propuesto en el grupo de trabajo multidisciplinar.
- En las consultas externas de Neurología y durante el ingreso, se les proporcionó a los pacientes los teléfonos corporativos de las dos Enfermeras Gestoras de Casos, para que llamaran desde el domicilio.
- Informamos del circuito e implicamos a todos los profesionales de las unidades de hospitalización de Neurología, Neumología y al Servicio de Nutrición, así como a las Enfermeras Gestoras de Casos comunitarias del Área Hospitalaria de Valme en la Comisión de Cuidados del Área, para que compartan el mismo protocolo.

### Selección de la muestra:

Seleccionamos el grupo de pacientes que se han captado a través de las llamadas telefónicas del año 2008 al 2009 y han necesitado contactar con Atención Especializada a través de las E. G. C. Hospitalarias, en principio para coordinar consultas multidisciplinarias de acto único.

Se excluyen del estudio, los que están en fases que no necesitan revisión por las tres especialidades, ya que no han contactado aún.

Hemos elaborado una tabla mensual cuantitativa donde se distribuye el número de contactos por teléfono y tipo de demanda requerida.

Recogimos información de nuestras valoraciones integrales a los pacientes y a los cuidadores principales para la gestión del caso durante el ingreso.

De los pacientes que tenemos actualmente, hemos hecho una distribución por sexo, edad, año de diagnóstico, nivel de cuidados que tienen al alta hospitalaria y profesional que los capta en el ingreso.

## RESULTADOS:

### De los datos de los registros de las valoraciones enfermeras:

- Número de pacientes que están incluidos en el circuito: Actualmente tenemos 20 pacientes.
  - De los cuales: 18 son pacientes con ELA y 2 con Distrofias musculares.
  - Se distribuyen por sexo: Hay 11 hombres y 9 mujeres.
  - Edad media oscila entre 50-70 años.
  - Diagnosticados de ELA entre los años 2007-2009 son 13. Y 5 su diagnóstico fue anterior a éstos años.
- Número de pacientes captados en el ingreso durante el año 2009:
  - 18 ingresos hospitalarios en unidades de Neurología y Neumología. Solo uno de ellos en unidad de cirugía. 5 de los 18 son reingresos o programados.
  - Profesionales que favorecen la captación a las EGC: Enfermeras/os referentes: 3, Médicos: 3, Familia: 2, EGCH: 6, EGCC: 4.

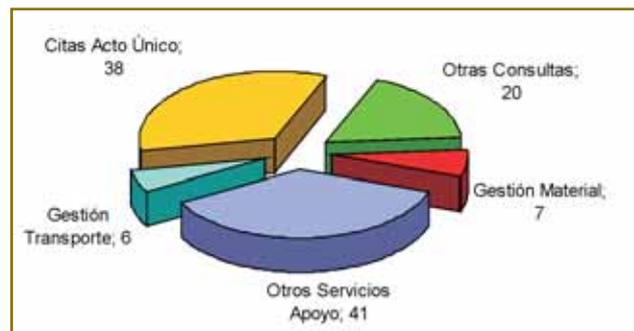
A los 18 pacientes y cuidadoras se les realizó la GESTIÓN del CASO y se derivó a su E.G.C.C. De los 18, en el informe de continuidad de cuidados se registran como nivel 3 de cuidados a 11 y 7 nivel 2.

### De los datos recogidos de los contactos telefónicos:

Número de llamadas telefónicas:

73 contactos telefónicos se realizaron aproximadamente durante el año 2009 a las EGCH, sobre todo de cuidadoras familiares y sólo 2 pacientes pudieron llamarnos directamente.

De la tabla de distribución se obtienen los siguientes datos:



(Gráfico 1)

## CONSULTAS MULTIDISCIPLINARES:

De los 20 pacientes que tenemos en el circuito: actualmente, 19 están en seguimiento de consultas multidisciplinarias.

Como media de citas acto único gestionadas por las Enfermeras Gestoras de Casos de Enero del 2009 a diciembre del 2009 son de 2-3 por mes, algunas recitadas, coordinando los tres especialistas: NEURÓLOGO-NEUMÓLOGO-NUTRICIÓN. 38 citas en total

### OTRAS CONSULTAS:

- Citas agilizadas con algún especialista: 4 (neumología 3 y Nutrición 1)
- Con UCA: 1
- Sobre tratamientos de neurología: 2
- Sobre los cuidados del paciente que han requerido de asesoramiento y refuerzo en la enseñanza: 2
- Con otros profesionales / Unidades: 3 (Trabajo social, Hematología, Psicólogo de Asociación ELA)
- Comunicación de Ingreso programado por la familia: 4
- Comunicación de ingreso por Urgencias por la familia: 2
- Comunicación de Exitus: 2

### GESTIÓN DE MATERIAL:

- Gestión de material de soporte: 1 aspirador para enseñanza por parte de enfermeras de atención primaria al domicilio, 1 humidificador, 1 mochila de oxígeno.
- Material de protección taloneras: 2.
- Material ortoprotésico: 1 andador, con su especialista cuya receta ha sido enviada por correo y 1 silla de ruedas.

## OTROS SERVICIOS DE APOYO:

- En 41 ocasiones, sobre todo a cuidadoras, coincidiendo con otras consultas identificamos problemas a nivel emocional. Éstas manifestaban temores, preocupaciones, sentimientos no liberados, situaciones de duelo... que necesitaron de nuestra intervención con escucha activa, apoyo emocional y asesoramiento.

## CONCLUSIONES

Hemos conseguido todos los objetivos del circuito: CAPTACIÓN, GESTIÓN DEL CASO (atención integral y continuidad interniveles) Y COORDINACIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

- Con la puesta en marcha del circuito interniveles hemos asegurado la captación de los todos los pacientes de ELA, que por las fases de enfermedad por las que están pasando han necesitado revisión en consultas multidisciplinarias. Por lo general la revisión es cada 3 meses. La entrada ha sido desde Atención Especializada por sus especialistas o por Atención Primaria por su EGCC o desde el domicilio por comunicación telefónica por ellos directamente y siempre se la hemos devuelto.
- Se ha fomentado el compromiso de los profesionales enfermeros para el trabajo en equipo, en la detección de los pacientes de ELA y en la enseñanza conjunta de los cuidados a los cuidadores durante el ingreso .El poderlos incluir en el programa de Gestión de Casos nos permite, potenciar la coordinación del plan asistencial para atenderlos de forma integral, con la continua intervención del equipo multidisciplinar y planificar el alta para asegurar la continuidad en la atención interniveles. Cuando se fueron de alta todos se derivaron a su E.G.C.C. con independencia del nivel de cuidados y se les facilitó el teléfono corporativo de la E.G.C.H. de referencia durante el ingreso. A todos se realizó el informe de alta de enfermería de su Enfermera referente y Gestora de Casos.
- El contacto telefónico desde el domicilio de los pacientes y /o cuidadores a las EGCH, facilita la agilidad en las respuestas para atender las demandas que tienen de atención Especializada y el tenernos como referentes, favorece la accesibilidad al sistema y a los profesionales.
- Otra conclusión extraída de los datos, es que el Circuito de atención a pacientes ELA se inició como un medio para protocolizar la atención y sobre todo coordinar citas multidisciplinarias de acto único, pero con la oferta de consultoría telefónica a las EGCH y el seguimiento telefónico se comprueba las diferentes utilidades que puede tener. Las citas acto único, que ha sido posible gracias al esfuerzo de todos los profesionales para Neurología, Neumología y Nutrición también las hemos hecho coincidir con otros profesionales o servicios y se les ha proporcionado en el mismo día las atenciones que han requerido.
- Otro tipo de consultas solicitadas desde el domicilio, han sido las preferentes o agilizadas, porque la situación de salud del paciente no podía esperar a la revisión. Hemos coordinado al profesional necesario, obteniendo respuestas en la intervención del especialista rápidas y eficaces, atendiéndolos en el mismo día, sin necesidad de acudir a urgencias. Las dudas en los tratamientos o de cuidados se resol-

vieron en el momento, de manera que quedan aliviados en el problema causante de la llamada.

- La solicitud de ambulancias y material ortoprotésico o de soporte, las gestionamos sin necesidad de que tuviera que intervenir el cuidador, ya que las recetas se enviaron por correo.
- Para nosotros, una de las utilidades más importantes que tiene el contacto telefónico con las enfermeras gestoras de casos, es que ha servido para que los pacientes y sus cuidadores tengan un punto de encuentro con un profesional enfermero que siempre los escucha, los atiende, los entiende, los asesora y los guía con sensibilidad enfermera, ante sus preguntas. Hemos realizado numerosas intervenciones de escucha activa, de apoyo emocional y de asesoramiento a todos los familiares y pacientes que nos han llamado. Este tipo de ayuda que le ofrecemos reduce en gran parte la sobrecarga emocional que sienten, porque liberan sentimientos de todo tipo y el aislamiento social que padecen la mayoría. Al poder comunicarse con nosotros por teléfono y el estar accesibles, les ayuda a ir superando poco a poco las diferentes fases del afrontamiento de la enfermedad, el ir sobrellevando los problemas del día a día y por lo tanto su adaptación. Establecen con las EGCH una relación de confianza que es muy importante para que sientan seguridad. Si el cuidador tiene menos estrés, repercute positivamente en su salud y por consiguiente en el cuidado y el paciente estará más satisfecho con los mismos.
- Como conclusión final decir que las Enfermeras Gestoras de Casos, somos profesionales que ocupamos un lugar privilegiado dentro del equipo de salud, facilitamos el contacto más directo y el más humano con el sistema, teniendo en cuenta que los usuarios son centro del mismo. En la actualidad seguimos trabajando por y para ellos .Necesitamos que participen en líneas de mejora y estamos recogiendo sus opiniones, que en un futuro servirán para aumentar la calidad de su atención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. North American Nursing Diagnosis Association: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2003-2004 Madrid: Elsevier, 2003.
2. Jonsos M, Maas M, Morread S, Clasificación de Resultados de Enfermería, Madrid: Elsevier España, 2005.
3. Mc. Closkey jc, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Madrid. Elsevier 2005.
4. Decreto 137/2002, 30 de Abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín de la Junta de Andalucía (Boja).4-5 2002, nº 52.
5. Manual de Gestión de Casos en Andalucía en el Hospital. Servicio Andaluz de Salud Sevilla. Noviembre 2006. (D. R.D. I. C.).
6. Dirección Regional de Innovación y Cuidados. Cuestionarios, test, índices, para la Valoración del Paciente. S. A. S. 2ª Edición Sevilla 2004.
7. Boletín Científico Fúndela 5. (www.fundela.info)
8. Sclerosis Lateral Amiotrófica. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (<http://español.ninds.gov/>).
9. Taller de Cuidadoras .Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación
10. SCS Enero 2003. (Documento PDF).
11. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria .Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicio de Atención Primaria. "Atención al Paciente inmovilizado". Atención al Paciente terminal. (Documento PDF).
12. Valoración focalizada de la inmovilidad .Comisión para el desarrollo de la Enfermería en el S. A. S. (Manuela Lacida Baro).
13. Index de Enfermería. Ayudar a las familias a afrontar situaciones difíciles. (Bonill de las Nieves Candela).
14. Guía para la atención de la Esclerosis Lateral Amiotrófica en España.

# REVISIÓN SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE PARTO

## REVIEW ON SUPPORT IN THE PROCESS OF CHILDBIRTH

■ **Ángeles María Márquez Carrasco**

Matrona Residente, Unidad de dilatación y paritorios en Hospital de la Mujer, de Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### Resumen

En este artículo se realiza una revisión bibliográfica sobre el acompañamiento durante el parto. Se tratan temas como sus diversas dimensiones, los beneficios que aporta a la parturienta y las características de las diversas personas que puede ofrecerlo.

Entre las conclusiones se destaca que, debido al gran número de beneficios para la gestante, el acompañamiento debería ser la norma y toda mujer debería poder elegir a su acompañante. Además el acompañamiento aumenta la satisfacción de la usuaria, dejando una experiencia positiva que influye en los siguientes partos.

#### Summary:

This article reviews the literature on support during childbirth. It covers topics such as its various dimensions, the benefits to the mother and the characteristics of the people who can offer it.

Among the findings highlighted that due to huge benefits for pregnant women, support should be the rule and every woman should be able to choose their partner. In addition, the accompanying increases user satisfaction, leaving a positive experience to influence the following births.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Acompañamiento,
- ✓ Apoyo,
- ✓ Parto

#### Keywords:

- ✓ Accompaniment,
- ✓ Support,
- ✓ Childbirth

## INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico de la mujer, influenciado por el contexto social, cultural<sup>1</sup> y temporal en el que vive.

En España, hasta los años cincuenta la mayoría de los partos tenían lugar en los domicilios y constituían un acontecimiento familiar. La parturienta se encontraba en su entorno, rodeada del calor afectivo de los suyos<sup>1,2</sup> (que le brindaban soporte y apoyo<sup>3</sup>) y asistidas por una comadrona, la cual era ayudada por una mujer de la familia. Esta familiar hacía de testigo directo del nacimiento, daba apoyo emocional a la parturienta y prestaba servicios de asistente/ colaboradora durante el trabajo de parto<sup>2,4</sup>.

De forma progresiva y exponencial, a mediados de los sesenta, las embarazadas empezaron a acudir a los hospitales para ser atendidas allí. Sin embargo, el parto pasó a convertirse en un acto público, vivido entre extraños, donde la madre permanecía sola y encamada, y era asistida por matronas y

obstetras que acudían de forma intermitente para controlar la evolución, mientras el padre esperaba en una sala, y sólo era avisado una vez que el parto había finalizado.<sup>1,2</sup>

Condiciones como el control durante el embarazo, la mejora de la alimentación y de las condiciones de vida y la utilización de medios de vigilancia materno-fetal, contribuyeron de manera sustancial a la disminución de la morbimortalidad perinatal. Es un hecho que el parto hospitalario proporcionó seguridad a las parejas.

Continuando con la progresión en el tiempo, existen dos elementos que crean los cimientos necesarios para trabajar por una mejora de la experiencia de parto para la mujer y su familia en España, los cuales son:

- En 1966, se empiezan a publicar trabajos que señalan la deshumanización del parto y la influencia positiva que tiene, sobre la evolución de éste, el acompañamiento continuo de la mujer y la libertad de movimiento en los periodos de dilatación y expulsivo.<sup>1</sup>

- En 1995, se publica en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (Boja) de 18 de Abril, el decreto de ley 105/1995, el cual dicta el derecho que tiene la embarazada a estar acompañada por una persona de su confianza, durante el parto, parto y posparto, salvo que las condiciones no lo permitiesen.<sup>5-7</sup>.

Fuera de las fronteras españolas, no es hasta 2001 que en Uruguay el Parlamento aprobó la Ley nº 17.386, de acompañamiento de la mujer durante su trabajo de parto y parto. Dispone que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.<sup>8</sup>

Hoy en día, en España, la excesiva estandarización de los cuidados y cierta invisibilización de las propias mujeres en el proceso de nacimiento es un punto central denunciado por usuarias/os y profesionales, y una preocupación de las instituciones y políticas sanitarias que ha concluido recientemente en un documento de consenso interterritorial, como es La Estrategia de Atención al Parto Normal, que refrenda un compromiso de mejora de la atención sanitaria en este campo.

En el ámbito andaluz, desde la Consejería de Salud se está desarrollando el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal, con objeto de desarrollar las recomendaciones establecidas en tal estrategia.<sup>7,9</sup>

En éste artículo se va a llevar a cabo un repaso bibliográfico a las diferentes dimensiones que conforman el acompañamiento en el parto, de las diferentes figuras que pueden proporcionar, y de los beneficios que le aporta a la parturienta.

## 1. DIMENSIONES DEL ACOMPAÑAMIENTO

El apoyo continuo y personalizado tiene cuatro elementos básicos según las funciones del apoyo social descritas por Schaefer y los estudios de Lazarus y Folkman.

Son:

- **Apoyo informativo.** Consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología que sea comprensible sobre las diferentes actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones, la evolución del parto y el estado del feto.
- **Apoyo físico o tangible.** Se trata de ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, como mantener la ropa de la mujer y la cama limpia y seca, facilitar la eliminación de fluidos, mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta, u ofrecer la posibilidad de baños o duchas; así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales.

- **Apoyo emocional.** Consiste en la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el lenguaje verbal y no verbal, potenciar la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y animarla y tranquilizarla si es necesario.
- **Representación.** Se basa en ayudar a que la mujer pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.

## 2. BENEFICIOS DEL ACOMPAÑAMIENTO

El estudio elaborado por la prestigiosa Cochrane Collaboration, demuestra que la presencia de un acompañante durante el parto (de manera continua<sup>10</sup>) es sinónimo de un menor intervencionismo.

Éste meta-análisis, denominado “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto” elaborado por Hodnett y col., incluye<sup>16</sup> ensayos clínicos controlados realizados desde el año 1966 hasta 2007.<sup>8</sup>

Los resultados demuestran que el acompañamiento dado por una persona entrenada:

- Reduce la necesidad de medicación para el dolor<sup>2,8,11,12,13,14</sup>
- Reduce la necesidad de uso de oxitócicos<sup>2,8,10,14,15</sup>
- Reduce la necesidad de partos instrumentales y cesáreas<sup>2,8,12,13,14,16</sup>
- Menor número de recién nacidos con test de Apgar <7 a los 5 min de vida<sup>8,12,16</sup>
- Da una ligera disminución en la duración del trabajo de parto<sup>1,2,8,13,14</sup>.

También produce notables efectos positivos en el estado de ánimo, como son la reducción de la ansiedad y desesperación, aumento del autocontrol, aumento del índice de inicio de la lactancia materna y prolongación exclusiva de ésta a las 4-6 semanas del alumbramiento.

Son menos las mujeres que caracterizan su parto como complicado, difícil y doloroso, mejorando el grado de percepción del nacimiento, evaluando positivamente su experiencia de parto y favoreciéndose un recuerdo agradable que repercutirá en partos posteriores.<sup>1,8,13</sup>

A mediano y largo plazo, se reduce la depresión postparto<sup>2,8</sup>, mejora la autoestima<sup>2,8</sup> e intensifica la sensibilidad por parte de la madre hacia las necesidades del bebé.

Las mujeres deberían contar con personas próximas y profesionales que las apoyen durante el trabajo de parto y el nacimiento, ya que este apoyo mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna.

Dicho apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido.<sup>16</sup> Hemos de saber que la ansiedad durante el parto se asocia con altos niveles de epinefrina (adrenalina), la hormona del estrés, que, a su vez, puede ocasionar una disminución de la contractibilidad uterina, originando un retraso en el progreso del parto<sup>10,17</sup>.

Asimismo, las catecolaminas, al estimular la vasoconstricción, reducen la perfusión del espacio intervelloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal<sup>11,16,18</sup>, dando patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar.

Según Cochrane, el apoyo continuo de un cuidador durante el trabajo de parto parece otorgar más beneficios cuando el prestador no es un empleado de la institución, cuando la analgesia epidural no se usa de forma sistemática y cuando el apoyo comienza en una etapa temprana del trabajo de parto.<sup>16</sup>

### 3. EL ACOMPAÑANTE IDEAL

El apoyo social a la mujer lo puede ofrecer indistintamente personal profesional (matronas, enfermeras) o no profesional (doula, familiares, amigos).<sup>1</sup>

Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga.<sup>11</sup>

#### 3.1. La Matrona

La matrona es el profesional que brinda el apoyo social continuo a las mujeres durante el parto, parto y puerperio inmediato.<sup>1</sup> El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan estas.<sup>11</sup>

Por la relación de empatía que se establece entre este profesional y la pareja completa, y por la formación que tiene, la matrona es la persona indicada para prestar información sobre la evolución del proceso, necesaria para que la gestante y su compañero puedan participar en las decisiones relativas al nacimiento.<sup>3</sup>

Las evidencias disponibles indican que las parturientas que reciben cuidados continuados de sus matronas presentan partos de mejor evolución física y emocional<sup>3</sup> y que las mujeres valoran como muy positiva la atención y los cuidados emocionales prestados por estas.<sup>12</sup>

Sin embargo, la matrona tiene ciertas dificultades para otorgar el apoyo continuo. A menudo tiene la responsabilidad simultánea de más de una mujer en trabajo de parto, pasan un tiempo importante administrando tecnología y confeccionando registros, empiezan o concluyen los turnos de trabajo en medio del trabajo de parto de la parturienta, y pueden trabajar en ámbitos con escaso personal.<sup>16</sup>

A su vez, hay que especificar que la presencia continua de la matrona no significa que necesariamente haya un acompañamiento eficaz. Para ello debe realizar una escucha activa de la mujer.<sup>11</sup>

#### 3.2. La Doula

Las doulas son mujeres que se caracterizan por tener experiencia en nacimientos<sup>1</sup>, y ofrecer apoyo individualizado, según las circunstancias y preferencias, tanto emocional (estar presente, escuchar, dar consuelo y confianza), físico (medidas que brinden comodidad a través de la respiración, relajación, posición, movimientos, contacto físico, etc.) como información continua, acerca de lo que está aconteciendo, a la mujer y a su pareja.<sup>1,8,10,14</sup>

No se especializan en destrezas médicas ni tareas clínicas como tactos vaginales, no diagnostican ni dan segundas opiniones o sugerencias médicas. Tampoco toman decisiones por sus clientes, ni proyectan sus propios valores y metas en la mujer de parto.

En un meta-análisis de Pubmed se relaciona el apoyo de la doula con un menor tiempo de trabajo de parto, menor uso de medicación para alivio del dolor, menos partos instrumentales y cesáreas (en primigestas sanas a término). A las 6 semanas tras parto tenían más tiempo de lactancia materna efectiva, mejor autoestima, menos depresión, mejor valoración hacia sus hijos y hacia su capacidad para cuidarlos.<sup>15,17</sup>

Otro estudio con muestra de 420 mujeres a las que se acompañó con doula a 224 de estas, llega a la conclusión que el acompañamiento por doula supone una disminución en las tasas de cesáreas y de epidural administrada. A su vez destaca que para todas fue una experiencia positiva<sup>19</sup>. Valoran el parto como menos difícil y doloroso.<sup>15</sup>

La figura de la doula en estos estudios obtiene los mismos beneficios que da el acompañamiento continuo de manera general. La única diferencia es que especifica cuál es la figura que da el apoyo a la parturienta.

Actualmente, en la mayoría de los lugares del mundo, las mujeres embarazadas tienen acceso limitado a doulas. Cuando está disponible, el costo de los servicios de la doula es frecuentemente financiado por la familia de la embarazada, lo cual puede significar una barrera para acceder al servicio.<sup>16</sup>

En España esta figura no forma parte de los servicios de atención materno-infantil.<sup>11</sup>

#### 3.3. La Pareja

En España la mayoría de las mujeres decide antes del parto la persona que les acompañará durante este proceso y, por lo general, la persona elegida es la pareja (94%).<sup>11</sup>

Normalmente, la pareja completa no desea la presencia de más familiares porque lo viven como una intromisión en la intimidad.<sup>18</sup>

El acompañamiento de la pareja se asocia con un soporte emocional suficiente, pues la mera presencia de éste hace que la mujer se sienta más relajada y tengan mejor autocontrol de la ansiedad/miedo, (disminuyendo el estrés y teniendo una mejor comprensión y colaboración de las indicaciones que la matrona le va proporcionando sobre respiración, pujos, etc.).

Las gestantes quieren que la pareja sea su acompañante por la necesidad de compartir la experiencia y reforzar los lazos afectivos entre ellos. También para que éste sea testigo del nacimiento y tenga un contacto temprano con el bebé, fortaleciendo el lazo afectivo con éste y sintiéndose más comprometido en su cuidado, crianza y protección.<sup>7,18</sup>

En los hospitales españoles se alienta a los compañeros a que asuman un papel activo realizando labor de acompañante en la asistencia al parto. Además, los padres desean involucrarse en el nacimiento y crianza del hijo, participando en los controles del embarazo y estando presentes en el momento del parto pero no todos se sienten preparados.<sup>2</sup>

Aunque las matronas imparten las sesiones específicas a las parejas para que asuman un papel activo en el parto, realizando una labor de acompañamiento, un 87% de las parejas no asiste, aunque más de la mitad considera necesaria una preparación específica para ser acompañante.<sup>11</sup>

Por tanto, se aconseja a los futuros padres participar en los cursos de preparación al parto, pues los comportamientos ante situaciones novedosas pueden adquirirse mediante intervenciones educativas.

Según Alemany, "favorecer que los padres reciban al neonato y le expresen ese torrente de emociones, abrazos y contacto físico que habían preparado durante los meses de gestación es una apuesta fuerte por el inicio del aprendizaje emocional en este ser humano. La explosión de emociones que significa el encuentro entre la madre, el recién nacido y el padre es una vivencia que no se debería negar ni a la pareja que recibe a su hijo, ni a este pequeño ser tan necesitado de afecto y ternura, para que se sienta bien acogido y con ánimo ante el esfuerzo que significa la aventura de vivir".<sup>3</sup>

En definitiva, para ambos padres la experiencia es positiva, les supone gran satisfacción y calidad percibida en cuanto a su vivencia del parto y las parejas se sienten con ello útil y de ayuda a sus respectivas parejas.<sup>7</sup>

## 4. EL PADRE EN LOS PARTOS INSTRUMENTALES Y CESÁREAS

En su estudio, Alemany comenta que cuando se preguntó a los padres sobre sus sentimientos en el momento del parto, los que tuvieron que salir del paritorio porque tenía que realizarse un parto instrumental manifestaron que se sintieron muy nerviosos y preocupados porque sabían que algo iba mal; por el contrario, los padres que en ningún momento se separaron de su pareja, aunque hubo que instrumentar, valoraron su

vivencia del parto como muy positiva, porque observaron cómo los profesionales actuaban en cada momento para solucionar el problema planteado.<sup>11</sup>

Con respecto a la asistencia del padre a la cesárea, El Hospital 12 de Octubre de Madrid, según un artículo de El mundo de Abril de 2009, va a permitir la presencia dentro del quirófano del padre o cualquier otra persona que la mujer determine durante la realización de este procedimiento quirúrgico y se va a implicar a dicha persona en el cuidado del recién nacido. El artículo comenta que este proyecto es impulsado por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Federación de Asociaciones de Matronas de España y el Observatorio de la Mujer, que abogan por la atención natural al parto en las maternidades de los hospitales públicos, debido al elevado número de cesáreas registradas en los últimos años.<sup>20</sup>

## 5. OPINIÓN SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO

### 5.1. De la madre o puérpera

Cuando las mujeres evalúan su experiencia de parto, predominan cuatro factores: la cantidad de apoyo de los cuidadores, la calidad de la relación con los cuidadores, la participación en la toma de decisiones y el cumplimiento de sus expectativas.<sup>16</sup>

Con respecto a los profesionales, antes de conocer a las matronas, las gestantes sienten preocupación por cómo serán atendidas y tratadas por ellas; sin embargo, después la mayoría está satisfecha con la relación establecida con la profesional.<sup>18</sup>

Con respecto al acompañamiento, aquellas que estuvieron acompañadas durante el parto estuvieron mucho más satisfechas que las que estuvieron solas.<sup>11</sup> La importancia que han otorgado a poder estar acompañada es la mayor de todo el estudio realizado en hospitales de Sevilla por Román en 2007 (4,94 de puntuación media sobre 5.00).<sup>2</sup>

Por tanto, desean estar acompañadas durante el parto, la persona de su elección es el marido o pareja y refieren tenerlo decidido antes de iniciarse el parto.<sup>18</sup> Al finalizar éste, suelen estar contentas con el apoyo recibido y volverían a elegir al padre en otro parto.

Con respecto a la información a la gestante y su acompañante, que ésta sea suficiente es evaluado con un grado muy elevado de importancia.

El apoyo emocional es más valorado que el tangible o informativo. Las gestantes opinan que los principales cometidos de los acompañantes son los de apoyar, ayudar y tranquilizar.<sup>18</sup>

### 5.2. De la pareja

En el estudio cualitativo de Maroto que relaciona la paternidad con el servicio de salud queda recogido que los padres

estudiados no muestran una actitud proactiva, sino que más bien quedan a la espera de que los servicios sanitarios les asignen un espacio y un papel que desempeñar en dilatación y parto.<sup>9</sup>

Ellos esperan ser dirigidos para servir de apoyo a las madres, aunque más allá del papel auxiliar asignado y asumido, demandan también atención directa a sus necesidades y emociones, sobretodo en el momento en que el hombre ya es padre, en el cual emergen nuevas demandas sin respuesta por parte de unos servicios profesionales que se vuelcan exclusivamente en el/la bebé y la madre.<sup>9</sup>

Como cometido importante, los acompañantes eligen apoyar a su pareja. Apoyar es sostener, proteger y auxiliar, pero se cuestiona si están preparados para acometer la labor de vigilancia y protección asignada.<sup>18</sup>

La mayoría de las parejas refieren la vivencia como agradable y les reporta un alto grado de satisfacción.<sup>7</sup> Se sienten útiles con su labor de acompañante por la tranquilidad que proporcionan a la mujer.<sup>11</sup>

Viven la paternidad como una experiencia de extrema exaltación. Se encuentran eufóricos, con un elevado grado de autoestima, se sienten orgullosos de sus hijos, están deseosos de vivir la experiencia que identifican con felicidad y son conscientes de haber asistido a una situación irrepetible.<sup>18</sup>

### 5.3. Del profesional

El personal del Servicio de Partos facilita e incentiva la presencia de un acompañante, de forma que la gran mayoría de las gestantes nunca están solas, a menos que sea una decisión de ésta.

También opinan que los acompañantes no siempre proporcionan ayuda a las gestantes, pero ante una solicitud de colaboración responden con presteza.<sup>18</sup>

Se debe resaltar la relación que existe entre la presencia de acompañante y la calidad percibida por el usuario, de manera que aumenta la satisfacción del usuario cuando está presente un familiar.<sup>5</sup>

### 5.4. De las políticas públicas y sociales

Consideran el acompañamiento importante por lo que están elaborando diferentes documentos para respaldar esta práctica, entre ellos encontramos la iniciativa Better Births americana o la Estrategia de Atención al Parto Normal española.

## 6. CONCLUSIONES

El acompañamiento continuo a la gestante durante el parto le supone grandes beneficios, como son una menor utilización de fármacos analgésicos y oxitócicos, y menor número de partos vaginales instrumentales y cesáreas. Así mismo, las

mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. Por tanto debe ser la norma, en lugar de la excepción.

Todas las mujeres deben poder elegir la persona que les proporcionará éste apoyo durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga.

Además, éste cuidado complementa el dado por la matrona.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera M.T. Acompañamiento en el parto. Rev. Matronas Prof. 2001; 2 (extra): 9-11.
2. Román J, Espinaco MJ, Espinaco FJ. Opinión de las mujeres sobre los cuidados del parto en hospitales Públicos. Hygia Enferm. 2007; 67(XIV): 5-12.
3. Fernández M.ª A, Fernández R, Pavón I, López L. La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. Matronas Prof 2003; 4(13): 29-34.
4. Fernández M.A., Pavón I. La pareja en el trabajo de parto. Influencia sobre la gestante. Hygia Enferm. 2002; 50(XV): 31-6.
5. Nuñez AM. El apoyo durante el trabajo de parto tiene beneficios para la madre y el recién nacido. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/1/articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
6. Maroto G, Castaño E, García MM, Hidalgo N, Mateo I. Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Rev. Esp Salud Pública 2009; 83(2): 267-78.
7. El Apoyo en el Parto En: FAME. Iniciativa al parto normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.63-8. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3792>.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Fecha de la modificación significativa más reciente: 18 de abril de 2007.
9. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labour: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180 (5): 1054-9.
10. Rangel YY. Influencia del acompañamiento sobre la percepción del dolor durante el trabajo de parto. Desarrollo Cientif Enferm. 2005 ;13 (3):79-81.
11. Alemany MJ, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. Matronas Prof 2005; 6(4): 23-27.
12. Linares M, Serrano J, García MC, Bruno A, Ortega MC, Ríos AB et al. El padre en la experiencia del parto: valoración del acompañamiento a su pareja. Revista de Enfermería. 1999; (10):5-10.
13. Mastis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. La biblioteca de Salud reproductiva de la OMS. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/rmc/m/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmc/m/es/)
14. Pugin E, Kopplin E, Larrain C, Gallego V, Aramayo M, Ortiz J. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. Rev. Chil Obstet Ginecol 2008; 73(4):250-6.
15. Scott K, Klaus P, Klaus M. The obstetric and postpartum benefits of continuous support during childbirth. J Womens Health Gend Based Med. 1999; 8(10):1257-64.
16. Linares M, Gálvez A, Linares M. La relación de ayuda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del primer hijo. Index Enferm (edición digital) 2002; 38. Disponible en [http://www.index-f.com/index/enfermeria/38revista/38\\_articulo\\_9-14.php](http://www.index-f.com/index/enfermeria/38revista/38_articulo_9-14.php)
17. Klaus M, Kennel J. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. Acta pediatr. 1997 ; 86(10): 1034-6.
18. Ibáñez M.B. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matronas Prof 2004; 5 (16): 25-31.
19. Bellido JC, Aguila JC. Estudio de validación clínica sobre los cuidados especializados en el parto. Hygia Enferm, 2008; 69(XV):10-21.
20. El 12 de Octubre permite por primera vez al padre entrar en los partos por cesárea. El mundo.es. 24/4/09. Sanidad. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2009/04/23/madrid/1240477925.html>
21. Mc Grath S, Kennel J. A randomized controlled trial of continuous labour support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. Birth 2008;35(2):92-7.

# ANÁLISIS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ANTICOAGULACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

## ANALYSIS OF THE ANTI-COAGULATION NURSES' CONSULTING ROOM AT THE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS IN THE ALJARAFE

- Jesús Gil Gutiérrez.<sup>1</sup>
- Manuel Guzmán Peña.<sup>1</sup>

1. Enfermero del área de Consultas Externas, del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

### Resumen

Este trabajo versa sobre el estudio de los diversos tipos de usuarios que acuden cada día a la consulta de enfermería de anticoagulación de nuestro hospital. Con él se intentan conocer los tiempos de atención requeridos para cada tipo de usuario, ya que son muy dispares en función de si son habituales del servicio o usuarios que acuden por primera vez.

Con ello, se pretende poder programar bien los recursos tanto humanos como materiales. Se ha estudiado también la frecuencia de derivación de usuarios sin hueco en la agenda desde los servicios que prescriben los tratamientos anticoagulantes. Esto ha permitido saber exactamente a qué enfrentarse todos los días y a su vez detectar áreas de mejora y déficits de comunicación e información entre departamentos.

#### Abstract:

This paper approaches an analysis of a variety of patients who daily attend the anti-coagulation nurses' office at our hospital. Our aim is to find out the amount of time each type of patient requires, which varies to a considerable extent depending on the fact whether they attend the service regularly or they come for the first time.

The ultimate goal of this survey is to contribute to the correct organization of both human and material resources. The analysis also focuses on the frequency with which patients with no appointment in the agenda are referred from the services prescribing anti-coagulant treatment to other departments. This has allowed us to know exactly what we are faced with everyday, as well as to detect those areas that can be improved and the deficits of inter-departmental communication.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Anticoagulación,
- ✓ Recursos,
- ✓ Consulta,
- ✓ Usuarios.

#### Keywords:

- ✓ Anticoagulation,
- ✓ Resources,
- ✓ Consultation,
- ✓ Users

### INTRODUCCIÓN:

Este estudio nace de la necesidad de analizar los tiempos de consulta en cada tipo de usuario, con el fin de ubicar a éstos en turnos específicos de atención, ya que muchos de los usuarios acuden a la consulta sin un hueco horario concreto, y los diversos tipos de atención conllevan unos tiempos muy dispa-

res de ocupación de consulta, provocando esperas muy largas, las cuales unidas a los tiempos necesarios de paso de las muestras por el laboratorio, y la revisión por las hematólogas, dilata en exceso los períodos totales de estancia en el hospital.

Además, estudiamos también las asistencias y derivaciones sin hueco en la agenda, necesarias para la correcta planificación de la consulta.

## OBJETIVOS:

Demostrar que hay tipos de atención que exigen mucho mas tiempo de dedicación hacia el usuario, y que sería necesario habilitar horarios y tiempos de consulta específicos .

Intentaremos demostrar que el alto porcentaje de usuarios que acuden a la consulta sin hueco en la agenda, hace que sea difícil preveer las necesidades de personal necesario para atenderla.

## METODOLOGÍA:

Lo primero sería clasificar a los usuarios para definir los tiempos de atención.

En el día a día de nuestra consulta de Anticoagulación, se dan distintos tipos de atención a los usuarios en función de las necesidades que presenten. Básicamente, y salvando las particularidades de cada caso, se pueden clasificar en cuatro grupos, con la siguiente nomenclatura:

### • REVISIONES:

Pacientes que acuden a una revisión rutinaria, necesaria hasta que están en un rango terapéutico.

### • PRIMERA VEZ

Usuarios que vienen por primera vez tras serle diagnosticada su patología de base por el especialista, y derivarlo a hematología para ponerle sus pautas.

### • PROTOCOLOS

Usuarios que ya están en rango terapéutico, que se controlan habitualmente en sus centros de atención primaria, y que por tener que realizarse alguna prueba diagnóstica o cualquier otra intervención mínimamente invasiva en la que haya riesgo de sangrado, deben solicitar un protocolo para la detención y posterior reanudación de su tratamiento una vez concluida su prueba.

### • REINICIOS

Usuarios que independientemente del tiempo que lleven con el tratamiento de anticoagulación, han tenido que interrumpirlo por cualquier motivo, habitualmente una hemorragia por sobredosificación, y que tras superar el episodio, deben reiniciar el tratamiento. La diferencia fundamental de estos y los PRIMERA VEZ, es que LOS REINICIOS ya cuentan con el número TAO, que es el número de historia de Anticoagulación (Terapia de Anticoagulación Oral).

Una vez clasificados los usuarios, se hace necesario estandarizar la recogida de datos, para lo cual se ha creado el protocolo de recogida de datos (anexo 1) y la hoja de recogida (Anexo 2), los cuales se dieron a conocer al resto de profesionales.

Estas hojas reflejan:

- Datos de identificación de los pacientes
- Hora de entrada en consulta
- Hora de salida
- Tipo de atención recibida conforme al protocolo creado
- Si tenía cita previa o no.

Se han recogido datos durante siete meses, que han incluido un total de 957 usuarios.

Por último se han analizado los datos, se han promediado y redondeado los tiempos de atención y porcentajes, dando el siguiente resultado.

## RESULTADOS:

Se han analizado un total de 957 atenciones a usuarios en estos siete meses. (gráfico 1).

De éstas, un total de 751 han sido REVISIONES, que han promediado un tiempo de atención de 5 minutos, con un porcentaje de atendidos sin cita previa del 21%. La media del estudio ha sido de 19 revisiones al día.

115 atenciones han sido del grupo de PRIMERA VEZ, con una media de tiempo de consulta de 14 minutos, y un porcentaje de usuarios no citados del 75%. La media del estudio a sido de 3 primeras veces al día.

Se han atendido a 44 usuarios del grupo PROTOCOLOS, para los que se ha dedicado una media de 6 minutos de atención por consulta, y de los cuales ha habido un 93% de usuarios no citados. La media final ha sido de 1 protocolo al día.

Por último, el grupo de los REINICIOS ha englobado a 44 usuarios, con 7 minutos de media en la atención, acudiendo a consulta un 86% sin cita previa. La media del estudio ha sido de 2 al día.

En el total de pacientes estudiados (957), el 36% ha acudido sin que estuvieran previsto a consulta y han necesitado 7 minutos de media para su atención. El promedio ha sido de 25 usuarios al día.

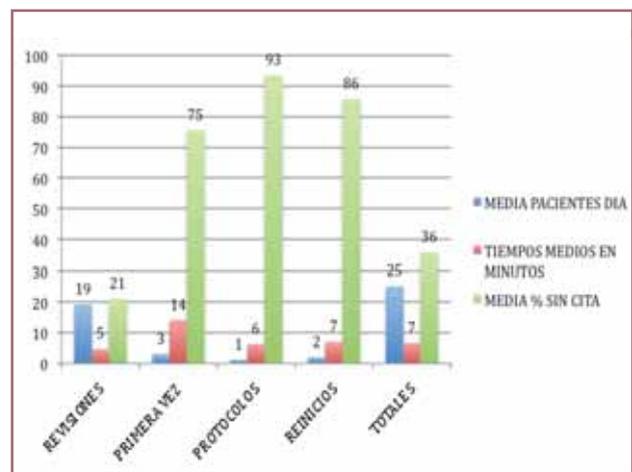


Gráfico 1: Medias en función del tipo de usuario

Los datos por meses (gráfico 2), nos indican un descenso en la demanda de consulta, originado por varios motivos que no afectan al estudio, desde Abril, con una media de 38 atenciones al día, hasta Septiembre, con una media de 19.

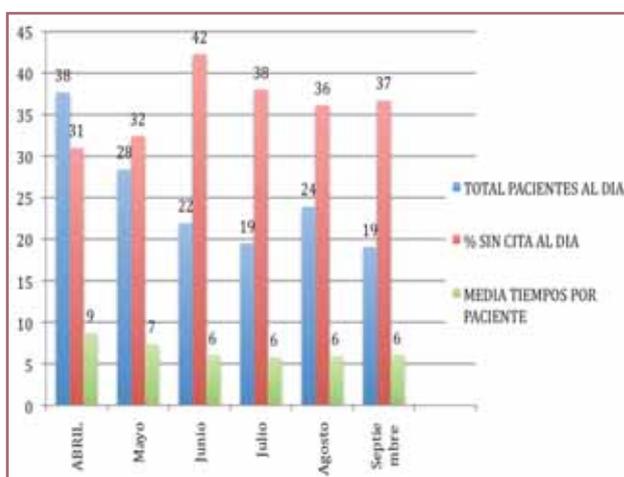


Gráfico 2: Promedios diarios en cada mes estudiado.

También indican los registros, que los porcentajes de usuarios sin programar en la agenda han crecido en los últimos meses. (gráfico 3).

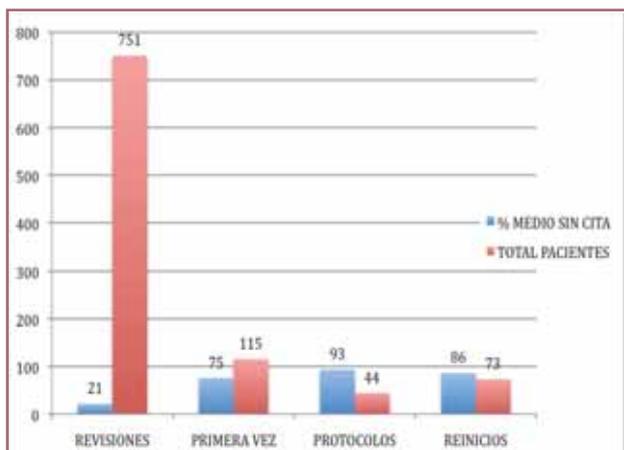


Gráfico 3: Porcentajes medios no citados por tipo de usuario.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Como datos más significativos de este estudio, encontramos aquello que queríamos constatar:

Todos los días que hay consulta, acuden un gran número de usuarios que no aprecian reflejados en la agenda de trabajo del día. Esto dificulta una buena previsión de los recursos. También provoca grandes demoras, ya que no podemos prever la clase de usuarios que tendremos, y por lo tanto el tiempo que tendremos que dedicarle a cada uno.

Queda claro por los datos obtenidos, que las atenciones denominadas PRIMERA VEZ, son las que demandan más tiempo de atención. Estos usuarios, vienen como bien indica su epígrafe, por primera vez a nuestra consulta, por lo que debemos entrevistarles, recogerles datos, registrarlos en las diversas historias, sacarles muestra si lo precisan, y sobre todo darles FORMACIÓN en la anticoagulación y en el funcionamiento de nuestra consulta. Estos usuarios habitualmente vienen derivados desde las consultas de Cardiología, neumología y Medicina interna, también pueden venir desde planta tras una hospitalización o desde el SCCU. Dentro de este grupo se pueden distinguir dos tipos de pacientes los que han tomado ya han empezado a tomar la medicación y los que no, pero los dos requieren el mismo tiempo dedicado para la explicación del funcionamiento de la consulta y la información sobre el tratamiento con anticoagulantes.

La gran cantidad de este grupo de usuarios que acude sin haber sido programada su asistencia a la consulta, dificulta la dinámica de la consulta, ya que ralentiza la bajada de muestras a laboratorio al aumentar los tiempos de atención. Por ejemplo: si entre el número de pacientes que tenemos estipulado atender para bajar muestras a laboratorio, atendemos a tres primeras veces, aumentamos el tiempo de esas muestras sin analizar en casi una hora, aumentando respectivamente los tiempos de espera de resultados y de abandono del hospital por los usuarios afectados.

El grupo de PROTOCOLOS y de REINICIOS, los analizaremos juntos, ya que lo constituyen usuarios de un mismo tipo, aunque sean atenciones diferentes. Estos, son usuarios que llevan habitualmente mucho tiempo siendo controlados en su centro de atención primaria, y que no tienen asumido el deber de pedir cita para ser atendidos en la consulta. De hecho siempre que vienen, aunque no dispongan de hueco en la agenda del día, son atendidos. De ahí, que casi el 90% en ambos grupos es atendido sin cita previa. Cierto es que su atención no es complicada, sobre todo en los protocolos, pero ocupan un hueco, y demoran efectivamente a todos los demás que si están citados.

Hay que reseñar, que el trabajo diario en la consulta de enfermería de Anticoagulación, se realiza en ACTO ÚNICO, aunque tiene dos partes bien definidas en la atención de cada usuario,

- Parte primera: Es esta parte la protagonista del estudio, y en la que hemos medido los tiempos de atención. En ella, recibimos a cada usuario, y en función de su necesidad, le damos un tipo de atención u otro.
- Parte segunda: Tras ser cada caso revisado por las hematólogas, recogemos los resultados y se los hacemos llegar a cada usuario, explicándole los pormenores de sus pautas de tratamiento, así como despejando las dudas que hayan podido surgir en el primer contacto de la mañana. Esta parte es habitualmente más rápida, conllevando aproximadamente una media de dos minutos por usuario.

La espera de los usuarios entre las dos partes de nuestra atención, es decir, desde que entran por primera vez en la consulta, y les extraemos muestra, se van a la sala de espera, y posteriormente vuelven a entrar para recoger su nueva pauta, se ha medido aleatoriamente en algunos días, registrándose una permanencia en el hospital de aproximadamente dos horas de media.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dentro del día a día de nuestra consulta, consideramos que los siguientes son los principales diagnósticos de enfermería, con sus correspondientes objetivos (NOC) y sus actividades más usuales (NIC)

### 00126 Conocimientos Deficientes R/C el tratamiento

- NOC:
  - 1808 Conocimiento de la medicación
- NIC
  - 5616 Enseñanza sobre medicamentos prescritos
  - 5618 Enseñanza sobre el procedimiento/tratamiento

### 00146 Ansiedad R/C cambios en el estado de salud

- NOC:
  - 1302 Afrontamiento de problemas
  - 1402 Autocontrol de la ansiedad
- NIC
  - 5820 Disminución de la ansiedad

### 0078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C déficit de conocimientos

- NOC:
  - 1623 Conducta de cumplimiento de la medicación prescrita
  - 1813 Conocimiento del régimen terapéutico
  - 1802 Conocimiento de dieta adecuada al tratamiento
  - 1808 Conocimiento de la medicación
- NIC:
  - 5616 Enseñanza sobre medicamentos prescritos
  - 5618 Enseñanza sobre el procedimiento/tratamiento
  - 5614 Enseñanza sobre la dieta recomendada

## ÁREAS DE MEJORA DETECTADAS:

### Organización de la consulta:

#### Problema:

1. El sistema de asignación de números, provoca que gente que ha llegado con muy poca deferencia de tiempo al hospital, lo abandone al término de su atención en tiempos muy dispares, con incluso horas de diferencia entre el fin del proceso de unos y otros.
2. Se ha registrado un gran número de usuarios que acuden a nuestra consulta derivados de otros servicios del hospital sin cita previa. Esto dificulta la programación de los recursos.
3. Sala de espera prácticamente llena durante toda la mañana.

#### Propuestas de soluciones:

1. Dar citas previas con hueco horario, aunque este sea mínimo ( p.e. 5 minutos, citando entre las 8 de la mañana y las 11:00 a 39 usuarios de revisiones , reinicios y protocolos) Con esto conseguiríamos espaciar a lo largo de la mañana los usuarios. Se podría sin ningún problema disminuir el hueco para acoger a mas usuarios.  
Incluir en la hoja de pautas de tratamiento de los usuarios unas leyendas fijas con los horarios de consulta para PROTOCOLOS, REINICIOS etc. Así como la obligatoriedad de ponerse en contacto con el Hospital y solicitar cita previa en la consulta de anticoagulación.
2. Consensuar con las distintas especialidades que indican el tratamiento anticoagulante, que citen a los usuarios para nuestra consulta a partir de las 12, ya que requieren mas tiempo que las revisiones, y así no ralentizamos la consulta. Sería aconsejable montar el dispositivo informático para hacerlo obligatorio, además de dar la información a los diferentes jefes de servicio y profesionales.
3. No esperar a bajar muestras de sangre para recoger resultados y entregarlos. Se podría instaurar el hábito de informar desde Hematología a la consulta siempre que tengan usuarios completados, para así imprimirlos desde nuestra consulta y entregarlos, haciendo la entrega independiente de la bajada de las muestras. Con esto lograríamos dar salida a mas cantidad de usuarios en menos tiempo.  
Bajar las primeras muestras antes, en cuanto se intuya una disminución de la fluidez de la consulta. Con esto, las hematólogas tendrán antes resultados y se podrán entregar a los primeros usuarios, logrando menores tiempos globales.

## Información de los usuarios:

Problema:

1. Un gran porcentaje de usuarios que acuden por primera vez, aseguran no haber recibido ninguna información sobre la anticoagulación, esto le ha generado angustia y ansiedad desde el día que se lo indicaron hasta el día en que acude a nuestra consulta.

Propuesta de soluciones:

1. Instaurar una formación periódica para todos los pacientes nuevos, y aquellos antiguos que quieran hacerla.

Comprometer al resto de profesionales implicados en la labor de informar al menos someramente sobre el tratamiento de anticoagulación; que es, por que le anticoagulan, etc. Con ello evitaríamos la angustia previa a nuestra consulta.

## CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados, y siempre en pro de conseguir una mayor fluidez de la consulta, para beneficiar al usuario mejorando los tiempos de espera y permanencia en nuestro hospital, sería aconsejable el buscar un orden de citas previas que estuviese enfocado en el tipo de atención que requiera cada usuario.

Es decir. Se podría delimitar una franja horaria para la atención a los usuarios que acuden a revisarse, otra para los pacientes que acuden por primera vez, que podría ser la misma que utilizarasen los que nos visitan para solicitar protocolos y los reinicios.

Para ello, tendríamos que consensuar con los distintos servicios que nos generan usuarios el introducir en sus informes de alta, o derivación algún tipo de leyenda que recordase a los encargados de solicitar las citas los márgenes horarios a los que deben ceñirse. De la misma manera, podríamos incluir en las pautas de anticoagulación, otra leyenda advirtiendo de las horas de cita según la necesidad que presente el usuario.

Aunque ya se da información ampliamente de forma verbal, y se acompaña cuando son pacientes nuevos de varios escritos que reflejan la información dada, e incluso la amplían en lo referente a la alimentación, posología, etc.,. Acompañando a todo esto, sería interesante generar algún díptico o folleto informativo que estuviese disponible en las distintas áreas hospitalarias desde la que se derivan pacientes a nuestra consulta, y que pudiésemos dar a nuestros usuarios con información sobre la anticoagulación, así como de la forma adecuada de acudir a la consulta según su necesidad.

## AGRADECIMIENTOS:

A todos los compañeros del servicio de Consultas Externas

del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe que han contribuido a la recogida de datos.

## ANEXO 1

### PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS EN LA CONSULTA DE ANTICOAGULACIÓN

Estimados compañeros/as:

Como sabréis estamos realizando un estudio sobre la incidencia de las diferentes modalidades de visitas de los usuarios de la consulta de SINTROM, así como de otros aspectos relevantes a la misma, como son los tiempos de atención a cada una de las modalidades, la proporción de usuarios citados, etc.

En aras a conseguir un estudio lo mas correcto y válido posible, y dado que somos varios los que rotamos por esta consulta, necesitamos unificar los criterios para denominar la modalidad de visita de cada usuario, para que así no otorguemos en la hoja de control diaria distintas referencias a casos iguales el día en el que estemos en la consulta. Es por ello, por lo que de acuerdo con la Coordinación, me permito dejaros unas indicaciones ya establecidas para que no haya dudas y todos registremos los datos del mismo modo.

En el apartado *H Entr* de la hoja de Control diaria, hay que reseñar la hora de entrada de cada paciente, En el apartado *H Salid*, registramos la hora de salida. Con esto conseguimos anular los lapsus de tiempo si no existiese continuidad inmediata entre dos usuarios que figuren consecutivos en la hoja de registro.

En el apartado *Tipo de Atención* es donde debemos dejar claro el tipo de atención:

SÍ – Sin incidencias: Se asimila a *REVISIONES*. se puede anotar si nos hace falta cualquier otra consideración (Prurito, hematuria, o lo que nos indique el usuario) para nuestro control personal.

1ª VEZ – Usuarios que *NUNCA* han estado en nuestra consulta y hay que abrirle historia en el ATHIS. Da igual si es con muestra o no, si antes ha tomado Sintrom o no.

REINICIOS – Usuarios que *tienen* historia en ATHIS, y que por algún motivo han dejado de tomar el Sintrom, independientemente del tiempo y motivo.

PROTOSCOLOS – Usuarios que precisan una interrupción de su pauta habitual de Sintrom para realizar alguna prueba diagnóstica o intervención quirúrgica.

En el apartado *Observaciones*, reflejamos todo aquello que sea de nuestro interés para la consulta diaria.

Gracias por vuestra colaboración.

Jesús Gil Gutiérrez



# REGISTRO DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO Y PERSONALIZADO EN EL MARCO DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO “ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS”

## REGISTER OF PLAN OF CARES STANDARDISED AND CUSTOMISED IN THE FRAME OF THE INTEGRATED ASISTENCIAL PROCESS “ATTENTION TO PLURIPATOLOGICAL PATIENTS”.

■ **Sofía Vergara Santos.**

Enfermera asistencial de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna-B del Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla.

### Resumen

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Medicina Interna-B del Área Hospitalaria Virgen Macarena trabaja en la implantación del Proceso Asistencial Integrado “Atención a Pacientes Pluripatológicos”, el cual refleja que la atención de enfermería a dichos pacientes debe seguir una metodología científica basada en el Proceso de Atención de Enfermería.

En nuestra Unidad, no existe registro de Plan de Cuidados. Esta situación ha justificado el diseño e implantación del Registro de Plan de Cuidados para Pacientes Pluripatológicos.

Para ello se constituye un Grupo de Trabajo, se realizan estancias programadas en otras Unidades de Medicina Interna, implantamos y evaluamos distintos formatos de Planes de Cuidados en pacientes de nuestra Unidad y al final realizamos la elección del registro.

Con la puesta en marcha de este proyecto de mejora de la atención sanitaria aseguramos que la calidad esté implícita en la actividad habitual de los enfermeros/as.

#### ABSTRACT:

The Unit of Clinical Management of Internal Medicine-B of the Hospitable Area Virgin Macarena works in the implantation of the Integrated Asistencial Process “Attention to Pluripatological Patients”, which reflects that the attention of infirmary to said patient has to follow a scientific methodology based in the process of Attention of Infirmary.

In our Unit, doesn't exist Cares Plan Register. This situation has justified the design and implantation of the Cares Plan Register for Pluripatological Patients.

So is constituted a Work Group, stays programmed in other Internal Medicine Units are realised, we implant and evaluate distinct formats of Cres Plan in patients of our Unit and at the end we realise the election of the register.

With the set up of this project forwe improvement of the sanitary attention ensure that the quality was implicit in the usual activity of the nurses/ace.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Calidad Asistencial.
- ✓ Proceso Asistencial Integrado.
- ✓ Atención al Paciente Pluripatológico.
- ✓ Registro Plan de Cuidados.
- ✓ Proceso de Atención de Enfermería.

#### KEY WORDS:

- ✓ Asistencial Quality.
- ✓ Integrated Asistencial Process.
- ✓ Attention to the Pluripatological Patient.
- ✓ Cares Plan Register.
- ✓ Process of Attention of Infirmary.

## INTRODUCCIÓN:

En nuestra sociedad actual se habla constantemente de calidad, llegando a convertirse en el eje sobre el que debe gestionarse las Instituciones Sanitarias (1).

La calidad asistencial, se desarrolla a través de varios ítems:

- Práctica clínica basada en pruebas conforme a los conocimientos científicos y técnicos.
- Práctica con el menor riesgo para el paciente.
- Mejor práctica al más bajo coste.
- Realizada con la mayor satisfacción para usuarios y el personal de los servicios sanitarios

La "calidad ofrecida" en nuestra práctica asistencial diaria debe ser igual a la "calidad percibida", ya que se define como la que percibe el paciente independientemente de la que, potencialmente, nosotros pretendamos hacer. Tal cómo mencionó Lord H. T. Kelvin en su día, "cuando podemos medir y expresar en números aquello de lo que hablamos, sabremos algo de ello, pero si no podemos medirlo o expresarlo numéricamente, nuestro conocimiento es escaso o deficiente". Es decir, para poder comparar hace falta medir. Como instrumento de medida de la evaluación de la calidad asistencial, debemos utilizar los indicadores clínicos al aportar diversas ventajas:

- Miden aspectos concretos y específicos de la atención.
- Ofrecen resultados cuantitativos.
- Proporcionan una información válida, fiable y objetiva.
- Constituyen una alarma precoz cuando surge un problema.
- Permiten la comparación con otras organizaciones.

A su vez, el ciudadano-paciente constituye el centro del sistema por lo que, para ofrecer "gestión de calidad", hay que aplicar sistemas de "gestión por procesos" para asegurar el cumplimiento de los siguientes pilares de calidad (2):

- Unificar la asistencia de los pacientes en todo el sistema.
- Evitar la variabilidad en la práctica clínica.
- Ofrecer la misma oportunidad asistencial.
- Garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios.

En el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005/2008 (3) el ciudadano es el eje del sistema y para ofrecer gestión de calidad se fijan cinco sistemas de soportes a tal fin, entre los que se incluye vincular el desarrollo de la U.G.C. (Unidad de Gestión Clínica) a la implantación y gestión de los P.A.I. (Procesos Asistenciales Integrados).

Desde esta base, para garantizar calidad asistencial en la actividad habitual de los enfermeros/as tenemos que hacer uso del Proceso Enfermero, el cual facilita varios aspectos:

- Comunicación entre profesionales.
- Dejar patente la contribución específica.
- Evaluación y mejora de la calidad de los cuidados.
- Desarrollo del conocimiento.

La U.G.C. de Medicina Interna-B del AHVM (Área Hospitalaria Virgen Macarena) dentro del Mapa de Procesos del SSPA toma como referente el P.A.I. "Atención a Pacientes Pluripatológicos" (4), en base a las características de los pacientes atendidos. En general los pacientes pluripatológicos presentan una especial fragilidad clínica por la concurrencia de más de una patología, con síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes. Se caracterizan por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas. Suelen evolucionar desde la fragilidad hacia la dependencia cobrando importancia el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados, en el que quedarán reflejados la evolución y evaluación del plan de cuidados.

En nuestra Unidad, los enfermeros/as en su práctica asistencial diaria realizan los cinco pasos del Proceso de Atención de Enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), pero al no existir registro de las tres últimas fases no queda constancia en las historias clínicas de los pacientes de todo el trabajo enfermero ejecutado.

Es evidente la necesidad de diseñar e implantar un Registro de Plan de Cuidados para completar los registros enfermeros/as. Actualmente trabajamos con registros sanitarios en formato papel. Nuestro pilar para que la puesta en práctica de este proyecto de mejora de la atención sanitaria sea un éxito entre los enfermeros/as de la U.G.C. de Medicina Interna-B del AHVM y cumpla con todos los requisitos mencionados en el P.A.I. "Atención a Pacientes Pluripatológicos", es diseñar un Plan de cuidados teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

1) Elaborar los registros en formato papel de una sola hoja por ambas caras en el que se recojan:

- Los problemas de salud más frecuentes reflejados en el P.A.I.
- Contemplar la metodología enfermera en su elaboración: Taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC).
- Asegurar que su diseño permitiera personalizarlo a cada paciente y situación.

2) Configurar una herramienta de utilidad para la elaboración de los Informes de Continuidad de Cuidados.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

- Se adquieren conocimientos sobre la Taxonomía NNN a través de programa de formación "Estandarización y Mejora de los Cuidados Enfermeros en Atención Especializada".
- Se crea un "Grupo de Trabajo de Plan de Cuidados" con personal de enfermería de las tres Unidades integrantes de la U.G.C. de Medicina Interna-B del Área Hospitalaria Virgen Macarena (AHVM) (7ª A, 7ª B y 5ª B), con el fin de diseñar e implantar un Plan de Cuidados que cumpla los

objetivos definidos en la anterior introducción. Realizamos tres sesiones programadas con fecha 16/11/09, 26/01/10 y 25/02/10.

- Mediante 10 estancias programadas desde el 08/02/10 hasta el 24/02/10 a Unidades de Medicina Interna de tres centros sanitarios (Hospital Clínico "San Juan de Dios", Hospital Universitario "Virgen del Valme" y Hospital Universitario "Virgen del Rocío") comparamos nuestros diseños de formatos de Planes de cuidados con los allí vigentes. Con la comparación de esta práctica profesional entre mi Unidad y los estándares de otros centros, adquirimos más habilidad para diseñar Planes de Cuidados que garanticen la calidad asistencial una vez implantados.
- Durante un periodo seis meses, comprendidos desde el 01/09/09 hasta el 28/02/10, en la Unidad 7ª A perteneciente a la U.G.C. de Medicina Interna-B del AHVM se implantan en 34 pacientes pluripatológicos diferentes formatos de planes de cuidados de forma estandarizada y personalizada a cada paciente y situación, atendiendo a los problemas de salud más comunes que suelen aparecer en estos pacientes. A través de su desarrollo y seguimiento valoramos la eficiencia de los formatos utilizados en los mismos.

## RESULTADOS:

1) Fruto de la implantación de la metodología de trabajo descrita, se elaboró el diseño definitivo del Plan de Cuidados para Pacientes Pluripatológicos a implantar. Los datos recogidos en el mismo son los siguientes:

- Formato papel de una sola hoja por ambas caras en el que se incluye la identificación del paciente, la identificación de la enfermera referente y un promedio de estancia hospitalaria de siete días.
- Se exponen de forma independiente seis Problemas de Salud más comunes que suelen detectar los enfermeros/as de la U.G.C. objeto de estudio al ingreso del paciente pluripatológico tras la realización de la valoración integral y específica siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon completada con inclusión de cuestionarios y test de uso multidisciplinar de los mismos. Están recogidos en etiquetas diagnósticas en formato PES (problema, etiología y sintomatología) siguiendo la Taxonomía NANDA-I (5). Se proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.
- Por cada Problema de Salud se establecen de forma independiente unos cuidados de enfermería para prevenir, minimizar o eliminar los problemas detectados mediante la Taxonomía NOC (6) y Taxonomía NIC (7). Se registra el desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados:

- a) Registramos nuestra valoración del resultado y evaluación del indicador antes de la provisión de cuidados adecuados. Cada resultado representa un concepto y lo utilizamos para evaluar el estado de un paciente con el objeto de resolver el problema de salud detectado. Cada indicador describe el estado específico del paciente en relación al resultado y lo medimos mediante la escala de tipo likert de cinco puntos correspondiente.
- b) Cada intervención tiene sus actuaciones enfermeras específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Tras su ejecución, se registra y valoramos de nuevo el resultado y el indicador oportuno.

2) Antes de su implementación se realizan acciones formativas sobre "Presentación, formación y realización de los planes de cuidados en la U.G.C. de Medicina Interna-B del AHVM" dirigida al personal de enfermería perteneciente a dicha unidad durante tres días consecutivos (2, 3 y 4 de Marzo de 2010). Dicha formación contempla varios items:

- Elaboración de un cronograma: Se definen las actividades a realizar y el periodo en el que se realizarán dichas actividades.
- Preparación-sensibilización de los enfermeros/as: Se informa sobre los objetivos de la intervención y la manera en que se llevaran a cabo las actividades. Se fomenta la necesidad de compartir el plan de acción.
- Realización de capacitación específica de los enfermeros/as: Se enfoca hacia el adiestramiento en servicio del plan de acción.
- Indicación de fecha de inicio del Plan de ésta mejora: Se orienta sobre la forma distinta de trabajar que supone este plan de cuidados, al ser involucrado en el proceso de atención.

3) Con fecha 25/02/10 se aprueba el diseño del Plan de Cuidados propuesto y se decide ser implantado en la U.G.C. de Medicina Interna-B del AHVM a fecha del 05/03/10. Desde su implantación se adjunta dicho registro enfermero en un alto porcentaje de historias clínicas de enfermos. (gráfico 1 y 2).

## DISCUSIÓN:

Los resultados de este diseño de Plan de Cuidados para Pacientes Pluripatológicos hacen evidente que con su implantación en la U.G.C. objeto de estudio las enfermeras/os realizan y registran diariamente práctica clínica basada en evidencia científica ofreciendo cuidados enfermeros de forma dinámica, sistematizada, estandarizada y personalizada a cada paciente pluripatológico y situación con el menor riesgo para el paciente y con la mayor satisfacción para los pacientes, familiares y personal sanitario. El diseño permite evolucionar periódicamente el Plan de Cuidados facilitando a los enfermeros en su asistencia sanitaria diaria poder desde la valoración de resultados e indicadores ejecutar intervenciones y actividades de mejora continua y ser una herramienta útil para elaborar el Informe de Continuidad de Cuidados de los Pacientes Pluripatológicos ingresados en nuestra unidad.

	<b>PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE LA UGC MEDICINA INTERNA B DEL H.U. "VIRGEN MACARENA"</b>	<b>ETIQUETA IDENTIFICATIVA</b>
Enfermera/o referente:		

<input type="checkbox"/> <b>NANDA-I 00004 Riesgo de infección r/c catéter venoso periférico ( CVP ).</b>												
<b>NOC 0703 Severidad de la infección</b>	1) Grave 2) Sustancial 3) Moderado 4) Leve 5) Ninguno											
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
070307 Fiebre												
070333 Dolor												
<b>NOC 1902 Control del riesgo</b>	Demostrado: 1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre											
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
190204 Desarrolla estrategias control riesgo efectivas												
<b>NIC 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso</b> Inserción:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
2440,07 Cambiar los sistemas, vendajes y tapones cada 2 días. Realizado:												
2440,08 Mantener vendaje oclusivo.												
2440,09 Observar signos de oclusión del CVP.												
2440,14 Observar signos de flebitis/extravasación.												
2440,16 Instruir paciente/familia sobre cuidados CVP												
2440,17 Cambiar CVP cada 5 días.												

<input type="checkbox"/> <b>NANDA-I 00004 Riesgo de infección r/c catéter urinario ( CU ).</b>												
<b>NOC 0703 Severidad de la infección</b>	1) Grave 2) Sustancial 3) Moderado 4) Leve 5) Ninguno											
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
070306 Piuria												
070307 Fiebre												
<b>NOC 1902 Control del riesgo</b>	Demostrado: 1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre											
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
190204 Desarrolla estrategias control riesgo efectivas												
<b>NIC 1876 Cuidados del catéter urinario</b> Inserción:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
1876,01 Mantener sist .drenaje urinario estéril cerrado												
1876,02 Mantener permeabilidad del sistema												
1876,05 Cambiar CU modelo Foley cada 15 días												
1876,06 Cambiar sistema cada 10 días. Hecho:												
1876,07 Limpiar CU por fuera en el meato cada día.												
1876,08 Anotar características de la orina.												
1876,20 Instruir paciente/familia sobre cuidados CU.												

<input type="checkbox"/> <b>NANDA-I 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b> r/c a) deterioro de la movilidad b) incontinencia urinaria y/o fecal c) alt. estado nutricional d) alt. estado de consciencia y/o sensibilidad												
<b>NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b>	Comprometido: 1) Gravemente 2) Sustancialmente 3) Moderadamente 4) Levemente 5) No											
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
110113 Integridad de la piel												
<b>NOC 1902 Control del riesgo</b>	Demostrado: 1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre											
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
190204 Desarrolla estrategias control riesgo efectivas												
<b>NIC 3540 Prevención de las úlceras por presión</b>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
3540,01 Valorar con Escala EMINA												
3540,07 Vigilar cualquier zona enrojecida												
3540,08 Mantener la piel seca e hidratada.												
3540,10 Realizar cambios posturales, s/p.												
3540,18 Utilizar SAA, s/p												
3540,24 Aplicar protectores en codos y/o talones, s/p												
3540,28 Asegurar una nutrición adecuada.												
3540,30 Instruir paciente/familia sobre cuidados piel												

Gráfico 1: Anverso del Registro del Plan de Cuidados para Pacientes Pluripatológicos

<input type="checkbox"/> <b>NANDA-I a) 00102 Déficit de autocuidado: alimentación b) 00108 Déficit de autocuidado: baño c) 00109 Déficit de autocuidado: vestido d) 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro</b> r/c a) debilidad o cansancio b) det .musculoesquelético c) det perceptual o cognitivo d) det. neuromuscular e) ansiedad grave f) dolor m/p	
<b>NOC 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria ( AVD )</b>	Comprometido: 1) Gravemente 2) Sustancialmente 3) Moderadamente 4) Levemente 5) No
	/ / / / / / / / / /
030001 Come	
030002 Se viste	
030003 Uso del inodoro	
030004 Se baña	
<b>NIC 1800 Ayuda al autocuidado</b>	/ / / / / / / / / /
	M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N
1800,02 Considerar la edad del paciente al promover actividades de autocuidados.	
1800,03 Valorar con Índice de Barthel.	
1800,04 Valorar necesidad de dispositivos de adaptación para realizar AVD.	
1800,06 Proporcionar los objetos personales deseados	
1800,07 Ofrecer ayuda para asumir los autocuidados	
1800,10 Animar al paciente a realizar AVD ajustadas al nivel de capacidad	
1800,12 Enseñar a la familia a fomentar en las AVD la independencia del paciente	
1800,13 Establecer una rutina de actividades de autocuidados.	

<input type="checkbox"/> <b>NANDA-I 00092 Intolerancia a la actividad</b> r/c a) reposo en cama e inmovilidad b) debilidad generalizada c) desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno d) estilo de vida sedentario m/p	
<b>NOC 0005 Tolerancia de la actividad</b>	Comprometido: 1) Gravemente 2) Sustancialmente 3) Moderadamente 4) Levemente 5) No
	/ / / / / / / / / /
000518 Facilidad para realizar las AVD	
<b>NOC 0002 Conservación de la energía</b>	Demostrado: 1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre
	/ / / / / / / / / /
000204 Utiliza técnicas de conservación de energía	
<b>NIC 0180 Manejo de la energía</b>	/ / / / / / / / / /
	M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N
0180,01 Determinar limitaciones físicas del paciente	
0180,08 Controlar la ingesta nutricional.	
0180,11 Observar signos de fatiga física y emocional.	
0180,29 Favorecer el descanso.	
0180,40 Ayudar en la realización de las AVD, s/p	
0180,47 Instruir paciente/familia sobre técnicas de CE.	

<input type="checkbox"/> <b>NANDA-I a) 00015 Riesgo de estreñimiento b) 00011 Estreñimiento</b> r/c a) fármacos b) obesidad c) estrés d) malos hábitos alimenticios e) Alt. neurológica f) menor actividad física g) deshidratación h) entorno hospitalario	
<b>NOC 0501 Eliminación intestinal</b>	Comprometido: 1) Gravemente 2) Sustancialmente 3) Moderadamente 4) Levemente 5) No
	/ / / / / / / / / /
050101 Patrón de eliminación	
050121 Eliminación fecal sin ayuda	
<b>NOC 1902 Control del riesgo</b>	Demostrado: 1) Nunca 2) Raramente 3) A veces 4) Frecuentemente 5) Siempre
	/ / / / / / / / / /
190208 Modifica estilo de vida para disminuir el riesgo	
<b>NIC 0450 Manejo del estreñimiento/impactación</b>	/ / / / / / / / / /
	M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N
0450,01 Vigilar signos y síntomas de estreñimiento.	
0450,04 Vigilar la existencia de peristaltismo.	
0450,07 Instruir paciente sobre etiología del problema.	
0450,09 Establecer una pauta de aseo, s/p.	
0450,16 Instruir paciente/familia sobre relación entre dieta,ejercicio e ingesta líquidos para el estreñimiento	
0450,19 Sugerir uso laxantes/ablandadores heces,s/p.	

Gráfico 2: Reverso del Registro del Plan de Cuidados para Pacientes Pluripatológicos

Durante la realización de las acciones formativas se observa incertidumbre en la receptividad de los enfermeros/as, pero esto es inevitable cuando se trata de establecer un programa de garantía de calidad. Los pacientes pluripatológicos ocasionan excesiva demanda asistencial y nuestra labor enfermera está más sobrecargada en comparación a la atención prestada a otros tipos de enfermos. A pesar de este gran inconveniente, la implementación de esta mejora coincide con la entrega al personal de enfermería, por parte de los Gestores de Cuidados, de los objetivos individuales asignados al pertenecer a dicha U.G.C., entre los que se encuentra por primera vez la cumplimentación de planes de cuidados. Desde esta base se fomenta la receptividad de los enfermeros/as a la aceptación concreta de este plan de cuidados para pacientes pluripatológicos al ser diseñado por personal de enfermería asistencial de dicha Unidad sobre el cual ellos mismos tienen que trabajar, motivo que siempre ha primado en su diseño. Al impartir formación al personal asistencial fraccionado en tres días se facilita el acceso a todos ellos, con el fin de garantizar el ciclo completo de garantía de calidad de este proyecto de mejora de la atención sanitaria. Se explican los cambios, se escuchan las preocupaciones y se reasegura al equipo que con el paso del tiempo la resistencia cede el paso a los avances de calidad y éste proceso continuo de mejora se convertirá en práctica habitual en nuestra U.G.C. Se fomenta la participación del personal a todos los niveles, para asegurar la continuidad de las actividades de garantía de calidad. Una vez implantado en la planta 7ª A, concretamente durante el primer fin de semana, se observa que los enfermeros/as en un alto porcentaje de historias clínicas de enfermos adjuntan dicho registro enfermero. Con el tiempo los enfermeros/as van ampliando sus conocimientos y habilidades sobre Taxonomía NNN, obteniéndose mejor cumplimentación del registro del plan de cuidados.

Por ahora, no haremos ajuste sobre dicho formato. Dejaremos que sea la propia experiencia de los profesionales a través de su práctica asistencial diaria la que indique si hace falta hacer algún ajuste en esta mejora. Para ello se convocarán las correspondientes sesiones programadas.

En comparación con otros Planes de Cuidados para pacientes pluripatológicos, este destaca por ser innovador al contemplar en cada problema de salud desde el principio hasta el final en su recuadro correspondiente la Taxonomía NNN siempre de forma codificada incluso en las actividades de enfermería, detalle que la mayoría de las veces es obviado en otros formatos de Planes de Cuidados implantados en otras Unidades.

## CONCLUSIONES:

Es obvio que con el diseño e implantación del Plan de Cuidados para Pacientes Pluripatológicos se han alcanzado los dos objetivos definidos en este estudio mencionados en la anterior introducción, y tras su ejecución en las historias clínicas se deja patente la contribución específica enfermero/a realizada durante las fases de planificación, ejecución y evaluación del Proceso de Atención de Enfermería a dichos pacientes garantizando la calidad asistencial.

Este Plan de Cuidados está disponible en Microsoft Word y Microsoft Excel para ser incluido en la Intranet hospitalaria cuando sea posible. En un futuro cuando los registros enfermeros estén informatizados este plan de cuidados tiene la opción de ser ampliado para recoger más problemas de salud frecuentes en estos pacientes tal como refleja el P.A.I. "Atención a Pacientes Pluripatológicos".

El nivel y el alcance de las actividades iniciales de garantía de calidad depende de los recursos disponibles para el esfuerzo, el marco temporal para la ejecución y la receptividad del personal de programa a la idea de garantía de calidad. Deseamos que con el tiempo podamos adjuntar este Plan de Cuidados en el 100% de las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra Unidad para evidenciar que el mencionado proyecto de mejora de la atención sanitaria es parte integral de nuestra labor enfermera dentro de nuestra U.G.C.

## AGRADECIMIENTOS:

- Gestores de Casos y Enfermeros/as Asistenciales integrantes del "Grupo de trabajo de Plan de Cuidados" de la U.G.C. de Medicina Interna-B del AHVM.
- Subdirección de Calidad, Dirección de Enfermería y Centro Coordinador de Procesos Estratégicos del AHVM.
- Dirección de Enfermería y Enfermeros Asistenciales de los centros sanitarios Hospital Clínico "San Juan de Dios", Hospital Universitario "Virgen del Valme" y Hospital Universitario "Virgen del Rocío".

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa 2010-2013. Sevilla: Consejería de Salud; 2010.
2. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Contrato Programa de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2008.
3. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
4. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
5. Herdman, T. Heather, Ph.d. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
6. S. Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
7. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

# PLAN DE ACTUACIÓN DIETÉTICO ANTE UNA ENFERMEDAD “RARA”

- Isabel Sofía Briviesca Pérez<sup>1</sup>
- Vanessa Peña Amador<sup>1</sup>
- Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>
- Lucía Torres Valera<sup>2</sup>

Diplomada en enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.<sup>1</sup>  
Diplomada en enfermería. C.S. “El cachorro” Sevilla.<sup>2</sup>

## Resumen

La enfermedad de Wilson es un trastorno hereditario poco común. En caso de que ambos padres porten un gen anormal para la enfermedad de Wilson, hay un 25% de posibilidades de que cada uno de los hijos desarrolle el trastorno (la enfermedad de Wilson es autosómica recesiva).

La enfermedad de Wilson hace que el cuerpo absorba y retenga cantidades excesivas de cobre, que se deposita en el hígado, cerebro, riñones y en los ojos. Dichos depósitos de cobre ocasionan daño tisular, muerte del tejido y cicatrización, lo cual provoca una disminución en el funcionamiento de los órganos afectados. Los efectos más peligrosos y predominantes de este trastorno son la insuficiencia hepática y el daño al sistema nervioso central (cerebro, médula espinal).

Dicha enfermedad es más común en los países de Europa oriental, Sicilia y la parte sur de Italia, aunque se puede presentar en cualquier grupo. Este trastorno aparece más comúnmente en personas menores de 40 años y, en los niños, los síntomas comienzan a manifestarse alrededor de los 4 años.

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Cobre,
- ✓ Dieta,
- ✓ Degeneración hepatolenticular.
- ✓ Intervención enfermera.
- ✓ Pruebas diagnósticas.
- ✓ Educación para la salud.

## INTRODUCCIÓN:

En el presente estudio hemos querido reflejar, lo que sería una actuación a nivel nutricional, ante una enfermedad poco conocida, como es la enfermedad de Wilson, que se encuentra dentro de las hepatopatías crónicas<sup>1</sup>.

La enfermedad de Wilson es una enfermedad genética rara causada por un defecto congénito, en el transporte del cobre, que provoca un exceso del mismo que se deposita en los diferentes tejidos del organismo, sobre todo en el hígado, el cerebro, y las córneas<sup>2</sup>. La enfermedad aparece como consecuencia de un déficit en la excreción biliar del cobre. El gen defectuoso responsable de la enfermedad se localiza en el cromosoma 13<sup>5</sup>. En el caso de que ambos padres sean portadores de este gen, hay un 25% de posibilidades en cada embarazo de que el niño desarrolle esta enfermedad. Si no se detecta a tiempo, es mortal<sup>2</sup>.

## PREVALENCIA

Presenta una prevalencia de 1/40.000 a 1/100.000 nacidos vivos<sup>3,4</sup>. O sea 25 casos por millón de habitantes. Para los portadores sanos heterocigóticos, la cifra está entre 1 de cada 90-100<sup>4</sup>.

En los niños menores de 10 años la sintomatología inicial es la de un fallo hepático agudo (que tiene un curso breve y relativamente grave) o subagudo (entre agudo y crónico, que tiene un curso prolongado por mucho tiempo), confundiendo frecuentemente con una hepatitis infecciosa. Este trastorno aparece más comúnmente en personas menores de 40-50 años y en niños los síntomas aparecen sobre los 4-5 años<sup>2,4,5</sup>.

Las manifestaciones neurológicas suelen aparecer en la segunda década de la vida, siendo el síntoma inicial una distonía progresiva, seguido de temblor en las extremidades, que primero es unilateral y puede llegar a ser generalizado y discapacitante recibiendo el nombre de “temblor aleteante”, se

acompaña de síntomas debidos a la afectación progresiva de los ganglios basales, como son: babeo, retracción del labio superior que se traduce en una sonrisa fija, disartria, disfonía, rigidez, contracturas, distonía y coreoatetosis (que participa a la vez de corea, contracciones clónicas lentas o bruscas, involuntarias de los músculos, y de atetosis, trastorno neuromuscular caracterizado por movimientos de torsión lentos e involuntarios de las extremidades). A nivel ocular aparece el anillo de Kayser Fleischer que es patognomónico (signo que no se encuentra más que en un estado mórbido determinado y es suficiente por sí mismo para caracterizar este estado mórbido

y para establecer su diagnóstico) y se debe al depósito de cobre en la membrana de Descemet (una de las 5 capas de la córnea)<sup>1,5</sup>.

La enfermedad es progresiva y, si no se trata evoluciona hacia una hepatopatía crónica (enfermedad del hígado), y demencia por disfunción del sistema nervioso central. En estos casos los pacientes presentan una gran invalidez, acaban por estar confinados en una cama y su evolución es mala, llegando incluso a la muerte al cabo de pocos años de comenzar la enfermedad. (Tabla 1 y 2).

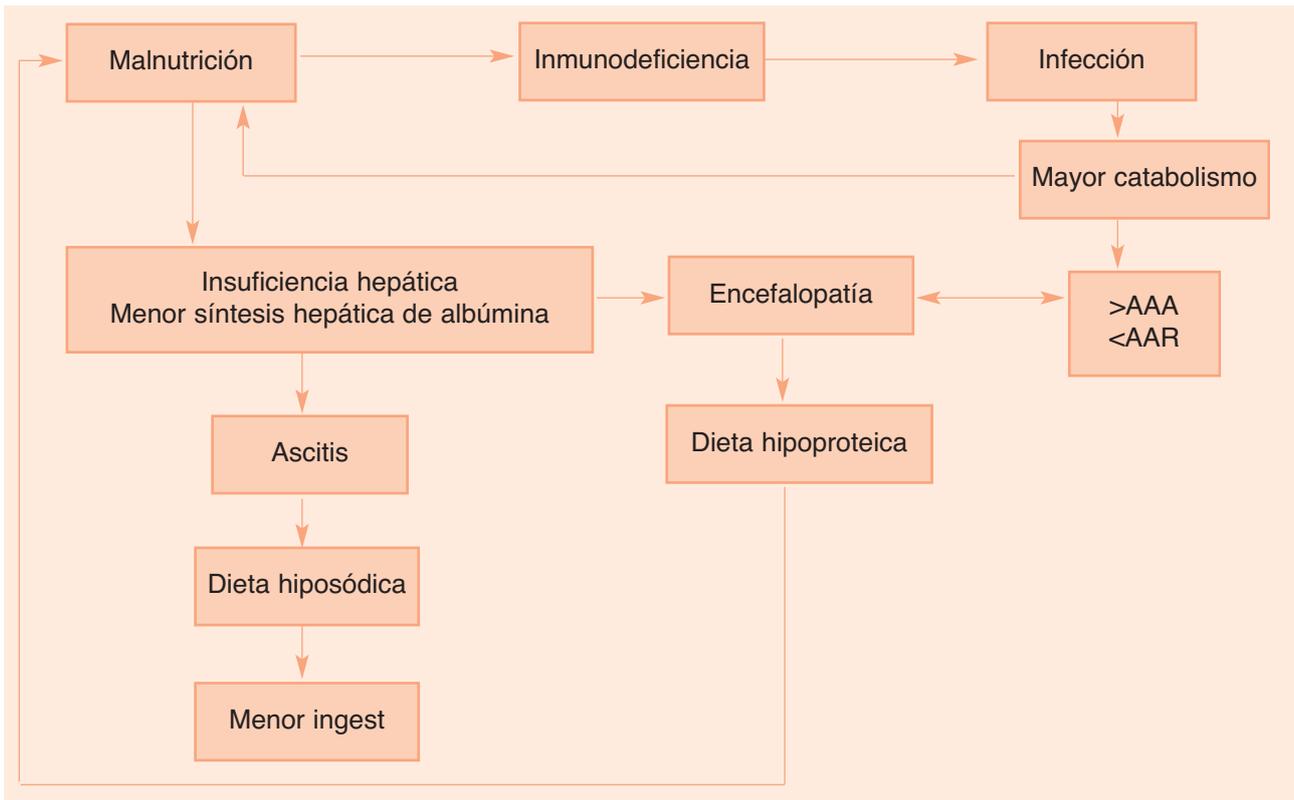


Tabla 1. Relación entre malnutrición proteico calórica y hepatopatías

Ingesta inadecuada	• Anorexia
	• Alteraciones del gusto y olfato (déficit de zinc)
	• Dietas hiposódicas
	• Calorías vacías (alcohol)
Malabsorción	• Hipertensión portal
	• Menor síntesis de ácidos biliares
	• Alteraciones de la mucosa intestinal
	• Fármacos (Colestiramina, por ej.)
Pérdidas intraluminales	• Hipertensión portal y linfática
Aumento de las necesidades energéticas	• Complicaciones sépticas
	• Aumento del tono simpático
	• Mayor uso del ATP
	• Alteración de la fosforilación oxidativa
	• Oxidación del etanol
Otras	• Alteración del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas
	• Menor síntesis de proteínas

Tabla 2. Causas de malnutrición en hepatopatías

## EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precoz y el tratamiento pueden prevenir las complicaciones discapacitantes y que ponen en peligro la vida. El diagnóstico se establece mediante: Orina de 24 horas (cupruria), para la enfermedad de Wilson arroja valores superiores a 100 microgramos /24horas.

Detección del anillo de Kaiser Fleischer, de detección con lámpara de hendidura y lo presenta el 90% de los afectados neurológicamente.

Cobre sérico (cupremia), para dicha enfermedad ha de ser inferior a 5 mg/dl.

Finalmente, la confirmación del diagnóstico se establece si todo lo anterior no es concluyente, se realizaría la biopsia hepática<sup>4</sup>.

## TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en reducir la cantidad de cobre que se ha acumulado en el organismo y en el mantenimiento posterior de los niveles de cobre dentro de la normalidad mediante una dieta pobre en cobre. Aunque también existe un tratamiento farmacológico:<sup>4</sup>

- D-penicilamina (Cupripen ®)
- Trientina (Syprine®).
- Sales de Zinc, acetato de zinc, y sulfato de zinc.
- Tetratiomolibdato amónico.
- Dimercaprol.

La intervención enfermera más importante y en la que más se está trabajando con este tipo de pacientes es la educación sanitaria ya que el autocuidado influye favorablemente en la evolución de esta enfermedad de ahí mostrar un ejemplo de la dieta y tipo de alimentos recomendables para estos pacientes<sup>6,7</sup>.

Existe una serie de alimentos que deben Excluirse de las dietas de pacientes con enfermedad de Wilson en estado avanzado o cualquier enfermedad de aparato digestivo inclusive hepatopatías crónicas que requieren una restricción de Cobre muy marcado:

### → Grupo de alimentos de **alto** contenido en cobre:

- Bebidas: Té, cacao, bebidas alcohólicas.
- Carnes: Todas las carnes de despojo: hígado, sesos, corazón, riñón.
- Mariscos: Todos incluidos.
- Grasa: Todas las nueces, aguacate.
- Leche: Leche chocolateada.
- Fécula: Germen de trigo, productos de salvado, judías secas.

- Verdura: Lentejas y setas.
- Fruta: Frutos secos, aguacate, coco.
- Sopa: Caldo de cubitos, caldo y sopas deshidratadas.
- Postres y dulces: Los que tengan chocolate, regaliz, jaleas.
- Varios: Polvo de curry.

### → Grupo de alimentos de **moderado** contenido en cobre:

- Pescados: Todos incluidos.
- Grasa: Aceite de oliva, aceitunas.
- Fécula: Panecillos ingleses, barquillos de azúcar, patatas fritas, maíz, guisantes.
- Verdura: Espárragos, remolacha, espinacas, tomates y zumos derivados.
- Fruta: salsa de manzana, plátanos, todas las bayas, cerezas, pera.
- Sopas: Sopas comerciales en lata.
- Varios: Pimienta y pimientos, Ketchup, escabeches.

De lo anterior cabe desprender que una dieta con alimentos:

### → Bajo en cobre ( $\leq 1$ mg / día) estarían contenido en el siguiente grupo:

- Bebidas: Café, café descafeinado, limonada, bebidas carbónicas.
- Carnes: Todas las demás carnes: vacuno, cordero, aves, fiambres y embutidos (salvo aquellos que lleven pimentón).
- Leche: todas y sus derivados, (excepto las chocolateadas).
- Grasas: Aceite de semillas: girasol, soja, etc.
- Huevos: huevos de gallina.
- Fécula: Todo tipo de panes (salvo los panecillos ingleses), cereales, galletitas, pasta italiana, arroz.
- Verduras: Todas la demás (coliflor, acelga, judía verde, etc.).
- Fruta: Citricos, ciruelas.
- Sopa: Todo tipo de cremas.
- Postres y dulces: Azúcar, miel, confituras y todo aquello que no lleve chocolate.
- Varios: Sal, especias, hierbas aromáticas, mostaza, picantes, vinagre. (tabla 3).

• Bajo contenido (trazas-0,1 mg/100 g de porción comestible)			
Frutas	Verduras/hortalizas	Carnes, huevos, lácteos	Otros
Ciruelas	Lechuga	Pollo	Aceitunas
Dátiles	Patata	Huevo	Nata
Melocotón	Repollo	Leche	Miel
Moras			
Naranja			
Pera			
Sandía			
Uvas			
• Contenido medio (0,1-0,5 mg/100 g de porción comestible)			
Frutas	Verduras/hortalizas	Carnes, pescados, huevos, lácteos	Otros
Aguacate	Acelga	Atún	Avena
Cerezas	Ajo	Carne de oveja	Castañas
Frambuesas	Apio	Cerdo	
Higos	Calabacín	Conejo	
Limón	Cebolla	Dorada	
Melón	Col	Gallina	
Piña	Coliflor	Gambas	
Plátano	Espárragos	Higado	
	Espinacas	Lenguado	
	Judías verdes	Paloma	
	Pepino	Pato	
	Pimiento	Pavo	
	Remolacha	Pescadilla	
	Tomate	Rodaballo	
	Zanahoria		
• Contenido medio-alto (0,5-1 mg/100 g de porción comestible)			
Frutas	Verduras/hortalizas	Carnes, pescados, huevos, lácteos	Otros
	Alcachofa	Cangrejo	Alubias
	Brécol	Langosta	Arroz
	Setas	Yema de huevo	Chocolate
		Garbanzos	
		Lentejas	
• Contenido alto (> 1 mg/100 g de porción comestible)			
Frutas	Verduras/hortalizas	Carnes, pescados, huevos, lácteos	Otros
	Guisantes	Ternera	Almendras
	Habas		Cacahuetes
	Rábanos		Harina de soja
			Nueces

Tabla II.A. Contenido en cobre de distintos alimentos

## Plan de ACTUACIÓN DIETÉTICO:

Conforme a lo expuesto plantearemos un plan de actuación dietético para una semana planteando siete menús, intercambiables en días y distribuidos en cinco comidas a los días:

### → **Primera comida: DESAYUNO:**

Menú 1:

- 200 ml Producto lacteado sin chocolate (1 vaso).
- 75 gr. Pan
- 15 gr. de mantequilla.

Menú 2:

- 200 ml de Café con leche.
- 50 gr. Pan.
- 1 loncha jamón cocido de pavo.

Menú 3:

- 200 ml de te con leche.
- 75 gr. pan.
- 15 gr. de margarina.
- 1 pieza de fruta (naranja, excluir pera).

Menú 4:

- Infusión o café solo.
- Zumo natural (200 ml).
- 75 gr. de pan
- 20 gr. de margarina o mermelada.

Menú 5:

- Zumo natural (200ml).
- Yogur natural.
- Pan (75gr).
- Queso fresco o margarina.

Menú 6:

- Yogur batido con frutas (1 yogur, 200 gr. de fruta podemos incluir sin abusar en cuanto a días la pera).
- Pan con mantequilla o jamón cocido (75 gr. de pan, 15 gr. de mantequilla, 1 loncha de jamón cocido).

Menú 7:

- Yogur natural o producto lácteo (250 ml, vaso grande).
- Fruta (1 naranja).
- Pan con mantequilla o confitura.

### → **Segunda comida: Media Mañana** (11:30- 12:00 horas aprox.).

Pieza de fruta, excluyendo la pera y el plátano, si ya lo hemos tomado en el desayuno, y solo en el caso de ser la primera vez que se toma en la semana.

Yogur batido.

Producto lacteado enriquecido en esteroides.

### → **Tercera comida: Almuerzo.**

Menú 1:

- Arroz con tomate frito (70 gr. arroz, 100 gr. de tomate frito).
- Pollo asado, cocido o a la plancha (100 gr. de pollo).
- 15 ml de aceite de girasol o soja.
- 50 gr. de pan
- 100 gr. de fruta excluyendo de alto o moderado contenido en cobre.

Menú 2:

- Puré de patatas y zanahorias (200 gr. de patata, 100 gr. de zanahoria, 10 gr. de mantequilla).
- Pescado en salsa verde (125 gr. de pescado azul, 20 gr. de cebolla, ajo, etc. (componentes de la salsa que puede ser sustituida por una simple mayonesa o salsa de soja).
- 15 ml de aceite de girasol.
- 50 gr. de pan.
- 100 gr. de fruta.

Menú 3:

- Tallarines (macarrones o lazos) con pollo (60 gr. de pasta, 50 gr. de pollo).
- Ensalada (50 gr. de lechuga, 50 gr. de zanahoria, 100 gr. de queso fresco, atún).
- 15 ml aceite de girasol.
- 50 gr. de pan.
- Macedonia.

Menú 4:

- Menestra de verduras.
- Tortilla de jamón cocido y queso (2 huevos, 25 gr. de jamón cocido y 25 gr. de queso).
- 15 ml de aceite de girasol.
- 50 gr. de pan.
- 100 de fruta.

Menú 5:

- Patatas con bechamel ( 200 gr. de patatas, 100 ml de leche, 5 de margarina flora, 10 gr. de harina)
- Coliflor aliñada (200 gr. de coliflor).
- 15 ml de aceite de soja.
- Vinagre de Módena.
- 50 gr. de pan
- Flan casero.

Menú 6:

- Cintas nido (o macarrones) con verduras y supremas de salmón con zanahorias y alcaparras.
- Ternera a la plancha con albahaca (125 gr. de ternera, 15 gr. de albahaca polvo).
- 15 ml de aceite de soja.
- 50 gr. de pan
- Raja de sandía.

Menú 7:

- Fideos en cazuela (60 gr. de pasta nido, 30 gr. de carne picada, salsa).
- Calabacines rellenos (dos piezas, relleno: cebolla, jamón cocido, queso, y zanahoria).
- 15 ml de aceite de girasol.
- 50 gr. de pan.
- Raja de melón.

→ **Cuarta comida: Merienda:**

- Café, ó zumo de naranja, ó leche ó pieza de fruta.

→ **Quinta comida: Cena.**

Menú 1:

- Tortilla francesa (1 huevo).
- Queso fresco 125 gr.
- 100 gr. de fruta.

Menú 2:

- Espaguetis con queso batido 300 gr.
- Ensalada de verduras (calabacines, zanahorias, habichuelas verdes, etc.).
- 15 ml aceite de soja
- Mouse.

Menú 3:

- Sopa clara de limón y queso de soja (250 ml de caldo vegetal, medio limón y 50 gr. de tofu (queso de soja).
- Croquetas de arroz.
- 2 rodajas de piña.

Menú 4:

- Alcachofa rebozada en aceite de soja.
- Arroz blanco 100 gr.
- Yogurt blanco

Menú 5:

- Calabacines rellenos de la abuela.
- 100 gr. de queso fresco.
- Mouse de limón.

Menú 6:

- Lazos con salsa boloñesa.
- Coliflor aliñada.
- 15 ml de aceite de soja.
- Requesón 100 gr.

Menú 7:

- Tortilla de patatas (2 huevos, 150 mg de patatas).
- 15 ml de aceite de soja.
- Fruta fresca variada.

Para cualquiera de los días y sin sobrepasar en más de uno, se podrá exceder en la ingesta de alimentos ricos en cobre, como legumbres, por contener ese tipo de guisos otros minerales también ricos para dicha dieta. En cualquier caso dicha dieta es solo un ejemplo, pudiendo así ser sustituido cualquiera de los menús a conveniencia del bienestar.

## CONCLUSIONES:

La esperanza de vida de un enfermo/a de Wilson, siempre y cuando siga las pautas marcadas por el médico en la toma de la medicación junto con una dieta correcta es igual que el de una persona con una calidad de vida aceptable, puede llegar a ser alta.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Requejo, ATM.; Ortega, R.M. Nutriguía. Manual de nutrición clínica en atención primaria. Ed.Complutense. Madrid 2000.
2. Medline Plus, Enciclopedia Médica <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000785.htm>.
3. [Http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/000785.htm](Http://www.umm.edu/esp_ency/article/000785.htm).
4. Asociación Española de Familiares y enfermos de Wilson. ¿Que es la enfermedad de Wilson?- Disponible En: <http://www.enfermedaddewilson.org/pagina.php?id=2>
5. Enfermedad de Wilson [www.aeeh.org/trat\\_enf\\_hepaticas/c-19.pdf](http://www.aeeh.org/trat_enf_hepaticas/c-19.pdf).
6. Ibáñez Muñoz, J. Conferencia de consenso: Educación sanitaria al paciente con hepatopatía crónica. EGEH, 5:23-30. Mayo 2005.
7. Müller MJ. Diet therapy in acute and chronic liver diseases. Ther Umsch 1995, Aug;52(8):528-35.

# ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA PEDIÁTRICA

## NURSING IN THE PEDIATRIC URINARY TRACT INFECTION PREVENTION

- Inmaculada Cruz Cabrera.<sup>1</sup>
- Dolores Serrano Martín.<sup>1</sup>
- M<sup>a</sup> José Valdivieso Arcenegui.<sup>2</sup>

DE. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.<sup>1</sup>

DE. Urgencias. Centro de Salud Las cabezas. Sevilla.<sup>2</sup>

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Servicio de Urgencias. Sevilla

### Resumen

La infección del tracto urinario es, después del aparato respiratorio, la que con mayor frecuencia se presenta en las edades pediátricas en la práctica diaria.

A pesar de su alta incidencia, puede pasar con facilidad desapercibida, debido a la falta de sospecha clínica. De ahí, la importancia del personal de enfermería, que en general juega un papel primordial en la prevención de la infección urinaria, promoviendo estilos de vida sanos para preservar la salud. Las infecciones del tracto urinario son fáciles de tratar pero hay que diagnosticarlos pronto para evitar lesiones renales, sobre todo en niños menores de 6 años.

#### SUMMARY

Urinary tract infection's, after the respiratory system, which most often occurs in the paediatric ages in daily practice.

Depite its high incidence, it can easily pass undetected due to lack of clinical suspicion. Hence the importance of nurses who generally plays a major role in preventing urinary y tract infection. Fostering healthy lifestyles to preserve health.

Urinary tract infections are easy to diagnose tartar pero must be earty to avoid kidney damage especially in children under 6 years.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ ITU (Infección del Tracto Urinario)
- ✓ Clínica (signos y síntomas)
- ✓ Prevención
- ✓ Labor Educativa

#### KEYWORDS

- ✓ Urinary tract Infection
- ✓ Clinical (sings and symptoms)
- ✓ Prevention
- ✓ Educational

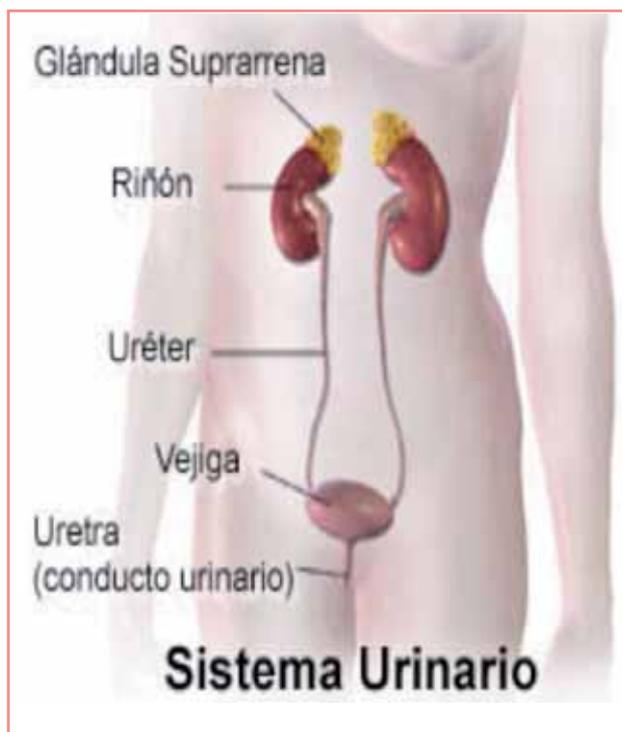
## DEFINICIÓN Y DESARROLLO

La infección urinaria, ITU, se define como la invasión, multiplicación y colonización del tracto urinario por gérmenes que habitualmente provienen en la región perineal (lo que rodea ano y genitales).

Las infecciones del tracto urinario son frecuentes en la población infantil y pueden aparecer a cualquier edad.

La mayoría de estas infecciones están provocadas por bacterias. También puede ser la causa, pero raramente, vírica.

El tracto urinario está compuesto por los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra, y cada una de estas partes desempeña una función específica en el proceso de eliminación de los productos de desecho líquidos del cuerpo. Los riñones filtran la sangre y producen la orina, los uréteres llevan la orina de los riñones a la vejiga y la vejiga almacena la orina hasta que es eliminada del cuerpo a través de la uretra.



La infección puede afectar a cualquier parte del tracto urinario, riñones, uréteres, vejiga urinaria o uretra.

Cuando afecta a uretra y vejiga, es una infección de vías bajas, que se llama cistitis, y suelen ser las zonas más afectadas. Cuando la infección se extiende más hacia arriba, afecta al riñón y se llama pielonefritis.

A pesar de que las bacterias no suelen estar presentes en la orina, pueden entrar fácilmente en el tracto urinario, desde la piel que rodea el ano. Las infecciones del tracto urinario de origen bacteriano no son contagiosas.

En contadas ocasiones, las bacterias pueden llegar hasta la vejiga o los riñones a través de la sangre.

## ETIOLOGÍA

Son varios los agentes etiológicos causantes de ITU:

- Eschericia coli
- Proteus mirabilis
- Klebsiella pneumoniae
- Pseudomona aeruginosa
- Staphilococo coagulasa negativo
- Enterococcus
- Enterobacter aerogenes
- Citrobacter

El germen causal más común es la Eschericia coli, especialmente en el primer episodio. Sin embargo, otros microorganismos como Klebsiella, Proteus, Pseudomona, Enterobacter o Enterococos pueden ser también responsables de infecciones urinarias, aún cuando se trate del primer episodio evidenciado clínicamente.

En niños con infecciones urinarias recurrentes, se aíslan con mayor frecuencia gérmenes diferentes a la Eschericia coli. El Streptococcus del grupo B, ha sido aislado en algunos recién nacidos y el Staphilococo saprophyticus es causa frecuente de infección urinaria en niñas adolescentes.

## FACTORES PREDISPONENTES DE PADECER ITUS

Son varios los factores que pueden predisponer a un niño a padecer ITU:

1. Malformaciones del tracto urinario. Anomalía en la estructura o función del tracto urinario:
  - Reflujo vesicoureteral: es un reflujo anormal de la orina de la vejiga hacia arriba a los uréteres.
  - Estenosis ureteropielica
  - Estenosis ureterovesical
  - Valvas de uretra posterior
  - Ureterocele
  - Divertículos vesicales
2. Son mucho más frecuentes en las niñas que en los niños, sobre todo durante la etapa en la que están aprendiendo a usar el váter, porque en las niñas la uretra (por donde sale la orina) es más corta y está más cerca del ano.
3. En los niños menores de 1 año, a los que no se les ha extirpado el prepucio del pene, también tiene un riesgo ligeramente más alto, de padecer ITU.
4. Hábitos higiénicos y uso inadecuado del váter.
5. Uso de baño de burbujas o jabones que irritan la uretra.

## CLÍNICA

La clínica de las infecciones del tracto urinario es variable en función de la edad, del sexo, del niño y de la parte del tracto urinario afectada. En los lactantes y niños pequeños, los síntomas pueden ser muy generales. El niño puede parecer irritable, perder el apetito o vomitar. A veces el único síntoma es una fiebre aparentemente inexplicable y persistente.

Atendiendo a las distintas edades, nos podemos encontrar con los siguientes signos y síntomas:

- Recién nacido. Alternan irritabilidad con fuerte decaimiento, rechazo de alimentación, vómitos, diarreas, ictericia (color amarillo de la piel). La fiebre puede estar ausente, incluso tener poca temperatura, manchas rojizas en el pañal o falta de progreso en el peso.
- Lactantes (niños de 1 mes a los 24 meses). Presentan fiebre alta sin causa aparente, vómitos, dolor abdominal, no ponen peso, falta de apetito, esfuerzo al orinar (orina en gotas o de forma entrecortada), pañales muy pesados, orina maloliente, estreñimiento o cólicos abdominales.
- Niños preescolares y escolares. Son síntomas referidos a las vías urinarias, como disuria o dolor al orinar, poliururia o aumento de la frecuencia de micción, urgencia, es decir, entre querer y hacer es sólo cosa de segundos, no pueden retener, orina nocturna después de haber controlado, fiebre, dolor abdominal por debajo del ombligo.

Cuando las infecciones son de riñón, a menudo, los niños parecen más enfermos y es más probable que cursen con fiebre acompañada de tiriteras, dolor en el costado o la espalda, fatiga intensa o vómitos.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la infección urinaria se basa en la obtención de un urocultivo positivo en una muestra de orina tomada con las medidas y procedimientos adecuados según la edad del paciente. El examen simple de orina elemental, es de gran utilidad en el momento inicial, pero se requiere del urocultivo para la confirmación del diagnóstico.

En la muestra de orina se determinará la existencia o no de bacterias.

La forma de recoger la muestra dependerá de la edad del niño. En niños mayores, bastará con pedirles que orinen en un recipiente estéril. A los niños más pequeños que todavía llevan pañales, habrá que colocarles una bolsa colectora de orina que se fija sobre los genitales. Aún así, con este método la orina que entre en contacto con la piel puede contaminarse con las mismas bacterias que están provocando la infección, por lo

que se suele preferir utilizar un catéter, es decir, se obtiene muestra mediante sondaje vesical. La sonda se introduce en la uretra hacia la vejiga para obtener la muestra de orina. La muestra de orina proporciona información de suma utilidad, siempre que la muestra sea tomada adecuadamente. Tanto para el examen de orina elemental como para el urocultivo, debe realizarse previamente un cuidadoso lavado de los genitales externos a fin de evitar la contaminación de la muestra con las secreciones genitales.

El hecho de saber qué bacterias en concreto han provocado la infección puede ayudar al pediatra a elegir la mejor medicación para tratarla.

La mayoría de los niños que contraen una infección del tracto urinario se recuperan sin problemas. A los niños que contraen infecciones recurrentes, se les practica pruebas adicionales, por la sospecha de anomalías, como ecografía de los riñones y de la vejiga o una radiografía durante la micción (cistograma de de evacuación). Y en determinadas ocasiones remitirlo al urólogo.

La presencia leucocitaria (más de 3 leucocitos por campo seco 40X) es un signo de infección urinaria. Sin embargo hay que tener en cuenta que puede existir leucocitaria en ausencia de infección urinaria, ya que este signo es la expresión de cualquier proceso inflamatorio del riñón.

En niños muy pequeños, cualquier proceso febril de etiología viral podría causar leucocitaria, ya que frecuentemente estas infecciones cursan con cierto grado de inflamación transitoria de parénquima renal. Por otra parte, puede presentarse un contaje bajo de leucocitos en las etapas iniciales de la infección urinaria o cuando existe colonización bacteriana del tracto urinario.

Cuando la muestra ha sido tomada a primera hora de la mañana, una densidad baja, < de 1020 y un pH poco ácido > 6, son datos sugestivos de alteraciones en las funciones de concentración y acidificación urinaria respectivamente.

Las tiras reactivas para análisis cualitativo de orina, pueden detectar la presencia de nitritos, los cuales indican con casi toda seguridad la existencia de infección urinaria, debido a que se producen por la acción bacteriana sobre los nitratos presentes en la orina. Sin embargo, la negatividad de la prueba no descarta la infección ya que se requiere de por lo menos dos horas de permanencia de la orina en la vejiga para que se produzca la reacción. Estos falsos negativos son frecuentes en recién nacidos y lactantes que ya tienen períodos cortos de tiempo entre las micciones. Estas tiras reactivas también permiten identificar la presencia de leucocitos mediante la reacción de la esterasa leucocitaria. La positividad de esta reacción junto a la de los nitritos, constituye mayor evidencia de infección urinaria que la reacción de nitritos aislada.

El urocultivo constituye la prueba esencial para el diagnóstico de infección urinaria, por lo cual debe realizarse siempre

que se sospeche de este diagnóstico antes de comenzar el tratamiento antibiótico.

## TRATAMIENTO

Las infecciones del tracto urinario se tratan con antibióticos. El tratamiento debe iniciarse inmediatamente ante la sospecha de infección urinaria, aún sin esperar el resultado del urocultivo, el cual deberá haber sido tomado antes de comenzar el tratamiento con antibióticos.

Es de particular importancia que los recién nacidos y lactantes con sospecha de infección urinaria febril, reciban tratamiento antibiótico precoz y enérgico, ya que mientras menor sea el niño, mayor es el riesgo de daño renal asociado con infección urinaria. Como regla general, no deben dejarse pasar más de tres días de fiebre sin causa aparente en un niño sin solicitar un examen de orina.

Una vez tomada la muestra para el urocultivo, debe iniciarse de inmediato el tratamiento antibiótico, el cual será indicado por vía oral o parenteral (intravenosa o intramuscular) según las condiciones clínicas del paciente.

La recomendación general es que el niño menor de 3 meses con infección urinaria febril sea hospitalizado para recibir tratamiento antibiótico parenteral. En el niño mayor, la decisión de utilizar tratamiento ambulatorio o intrahospitalario depende de que se trate de una infección urinaria complicada o no complicada. Considerando infección urinaria complicada cuando se trata de un niño con apariencia tóxica, vómitos persistentes, deshidratación severa o moderada y con escasas posibilidades de cumplir o tolerar el tratamiento por vía oral.

## PREVENCIÓN

En los lactantes y niños entre 1 y 3 años, el hecho de cambiarles los pañales frecuentemente, puede ayudar a prevenir las infecciones del tracto urinario.

Cuando los niños empiezan a utilizar el váter y limpiarse solos, es importante enseñarles buenos hábitos de higiene. A

las niñas debe enseñarseles a limpiarse con el papel higiénico de delante hacia atrás, para impedir que las bacterias pasen del recto a la uretra. A los niños se les debe enseñar a no aguantar las ganas de orinar, porque la orina que permanece en la vejiga proporciona un medio idóneo para que las bacterias crezcan.

Las niñas en edad escolar, deben evitar los baños de burbujas y los jabones fuertes e irritantes. Deben utilizar ropa interior de algodón en vez de nylon. Utilizar jabones de pH neutro sin desodorantes.

Mantener buena hidratación, bebiendo mucho líquido y evitar la cafeína (Coca-cola, té) porque irrita la vejiga.

Utilizar papel higiénico blanco y de textura suave.

Tomar preferiblemente baños de inmersión y no realizar baños de asiento (en el bidet) prolongados para evitar el ascenso de gérmenes a través de la uretra.

Evitar la ropa interior mojada por un periodo prolongado de tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

- [http://www.zanbon.es/areasterapeuticas/02\\_dolor/WMU-site/UROC3210.HTM](http://www.zanbon.es/areasterapeuticas/02_dolor/WMU-site/UROC3210.HTM). Accedido el 11 de abril de 2005. Portal laboratorio Zambo. Urgencias urológicas en atención primaria, "infecciones urinarias bajas".
- <http://www.bioelectric.ws/spa/urinaria.html>. Accedido el 8 de abril de 2005. Sección "Cura de infección urinaria", recomendaciones generales y consejos.
- [http://www.nefrored.edu.bo/infecurinar\\_3.htm](http://www.nefrored.edu.bo/infecurinar_3.htm). Accedido el 7 de abril de 2005. Portal Nefrored. Sección infección Urinaria.
- [www.pediatraldia.cl/25-4-2008](http://www.pediatraldia.cl/25-4-2008). Revisado por Larissa Hirsch, MD, noviembre 06.
- [www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/e\\_54](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/e_54)
- De la Cruz Paris J. Gordill Paniagua G. Infección del riñón y de las vías urinarias. Pielonefritis. En Nefrología Pediátrica. Ed. Gordillo Paniagua. G. 1995 pp. 288-311. Mosby-Doyma libros.

### FE DE ERRATA

En la revista Hygia nº 76, en la página 65, en el artículo "uso de apósitos de colágeno en el tratamiento de heridas traumáticas", en autores donde pone: Agustín Mínguez Burgos<sup>1</sup>; debe poner: Agustín Mínguez Burgos<sup>1</sup>.

# BOMBA SUBCUTÁNEA DE INFUSIÓN CONTINUA

## Una alternativa en el control de síntomas

# SUBCUTANEOUS PUMP OF CONTINUOUS INFUSION

## An alternative in the control of symptoms

- Francisco Javier Tejada Domínguez<sup>1</sup>
- María Rosario Ruiz Domínguez

<sup>1</sup> Hospital Duques Del Infantado.

## Resumen

Por sus características, la vía subcutánea es una de las principales vías alternativas a la oral, que, unido al avance tecnológico que han supuesto los mecanismos de infusión elastoméricos o infusores, se ha conseguido un mejor control de la sintomatología en el paciente paliativo, traduciéndose con ello, en una mejora de la calidad de vida. Por ello la bomba de infusión es una alternativa eficaz, sencilla y segura en la administración de tratamientos que requieren estables concentraciones plasmáticas de fármaco dentro del marco de los Cuidados Paliativos, Unidades de Hospitalización Domiciliaria y Atención Primaria.

La presente revisión se presenta a los profesionales de enfermería como una oportunidad para dar a conocer a fondo sus características y manejo, junto al descubrimiento de nuevos fármacos que comienzan a tener cabida en estos dispositivos y sus posibles interacciones a través de la vía subcutánea.

### ABSTRACT:

By its characteristics, the subcutaneous route is one of the main alternative routes to the oral one, that, united al technological advance that has supposed the elastomeric or infusores mechanisms of infusion, has obtained a better control of the sintomatología in the palliative patient, being translated with it, in an improvement of the quality of life. For that reason the infusion pump is an effective, simple and safe alternative in the administration of treatments that require stable plasmáticas drug concentrations within the frame of the palliative Cares, Units of domiciliary hospitalization and primary Attention.

The present revision appears to the infirmary professionals as an opportunity to present its characteristics and handling thorough, next to the discovery of new drugs that begin to have capacity in these devices and their possible interactions through the subcutaneous route.

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Vía Subcutánea,
- ✓ Bomba Elastomérica,
- ✓ Infusor,
- ✓ Paciente Terminal,
- ✓ Hospitalización Domiciliaria,
- ✓ Uso Compasivo.

### KEY WORDS:

- ✓ Subcutaneous Route,
- ✓ Elastomeric Pump,
- ✓ Infusor,
- ✓ Terminal Patient,
- ✓ Domiciliary Hospitalization,
- ✓ compassionate Use.

## INTRODUCCIÓN

La vía de elección para la administración de fármacos en el marco de los cuidados paliativos es la oral (formas líquidas o sólidas). Cualidades como eficacia, sencillez de uso, escasa

agresividad, además de, comportar pocos efectos secundarios la convierten en la vía ideal. Es aceptada por la mayoría de los pacientes oncológicos y no oncológicos en fase avanzada y terminal de enfermedad pudiéndose conservar hasta días antes del fallecimiento sin necesidad de plantearse alternativas a la misma.

Sin embargo, determinadas ocasiones obligan al paciente a precisar vías alternativas a la oral (v.o) para la administración de tratamientos (intolerancia oral, alteración en la absorción intestinal a la medicación, etc.) elevándose este porcentaje cuando el paciente se encuentra en fase agónica. Es cuando se nos presenta como alternativas, en primer lugar, la vía subcutánea (v.s).

Son ya conocidas todas las ventajas que esta vía nos reporta en el ámbito de la atención domiciliar y cuidados paliativos, pero, cuando incorporamos la bomba de infusión como herramienta de ayuda en la administración de fármacos y/o fluidos, la convierten en una vía mucho más eficaz y cómoda no sólo para el paciente y familia sino también para los profesionales sanitarios.

## LA VÍA SUBCUTÁNEA

### INDICACIONES DE USO:

- Náuseas y vómitos persistentes.
- Disfagia y odinofagia.
- Fístulas digestivas.
- Malabsorción.
- Intolerancia gástrica.
- Obstrucción digestiva.
- Estados confusionales, debilidad extrema en los que la v.o. no resulta posible.
- Situación agónica / Últimos días.
- Síntomas no controlados por vía oral.
- Incumplimiento del régimen terapéutico.

### CONTRAINDICACIONES:

- Anasarca (edema generalizado) o edema local en zona de punción.
- Coagulopatías severas.
- Estados de shock.
- Circulación periférica muy disminuida por mala perfusión en tejido celular subcutáneo.
- Infecciones de repetición en el punto de inserción.

### VENTAJAS:

- Facilidad de colocación y mantenimiento.
- Posibilidad de utilizar gran número de fármacos.
- Rápida absorción de fármacos.
- Menor riesgo de infecciones sistémicas y efectos 2º que la vía intravenosa (i.v) e intramuscular (i.m).
- Preserva la autonomía del paciente.
- Puede ser utilizada por paciente-familia con un mínimo adiestramiento.
- Bajo coste. No requiere hospitalización (siendo útil en atención domiciliaria).

### INCONVENIENTES:

- Riesgo de infección local por manipulación excesiva o inadecuada.

- Salida accidental de la aguja, desconexiones.
- Eritema, induración, hematoma.
- Reacciones adversas a la medicación.
- Alteración de la piel por administración rápida o excesiva de fármacos.

Gran parte de los fármacos administrados por vía IM se absorben desde el espacio Subcutáneo donde quedan depositados

### FORMAS DE INFUSIÓN:

A través de la vía subcutánea podemos administrar fármacos o fluidos de dos maneras:

- *Infusión intermitente mediante bolus:* se realiza según horario pautado o bien a demanda del enfermo para el control de síntomas incidentales. Presenta como inconveniente un mayor riesgo de infección por la repetida manipulación de la vía ocasionando oscilaciones en los niveles plasmáticos de fármaco, es decir, picos y valles o el denominado también "efecto bolus", aumentando así la aparición de un mayor número de reacciones adversas. La técnica consiste en administrar a través de una palomilla el fármaco elegido seguido de 0,3-0.5 mls de solución fisiológica para asegurarnos que no quede resto de fármaco a lo largo del sistema.

Evitar volúmenes de medicación en bolo superiores a 2 ml pues es más doloroso y favorece la aparición de induraciones y eritemas sobre todo en el caso de inyecciones repetidas.

- *Infusión continua:* a través de un infusor se proporciona una liberación continua de la medicación, evitando el <efecto bolus>. Con respecto a la infusión intermitente tiene la ventaja de presentar menor riesgo de infección al no existir excesiva manipulación, obteniéndose también unos niveles plasmáticos más estables de fármaco. También permite la administración conjunta de mezclas de diversos fármacos de forma simultánea sin impedir que se pueda complementar con la infusión intermitente en un mismo paciente.

### EI INFUSOR ELASTOMÉRICO. DEFINICIÓN Y TIPOS:

El infusor elastomérico es un dispositivo ligero y de un solo uso compuesto por un reservorio de poliisopreno cubierto por una carcasa externa de color transparente y consistencia rígida.

Este depósito tiene dos vías, una por la que se inyecta la medicación y otra conectada a un tubo de prolongación que finaliza en una conexión luer-lock (restringidor de flujo) que se conecta finalmente al paciente garantizando un flujo constante. No requiere de batería y la fuente de energía que impulsa la

solución es el resultado de la retracción elástica del reservorio, funcionando a distintos flujos de infusión con un caudal nominal calculado a 32°C y una precisión de  $\pm 10\%$  (ver figura 1).

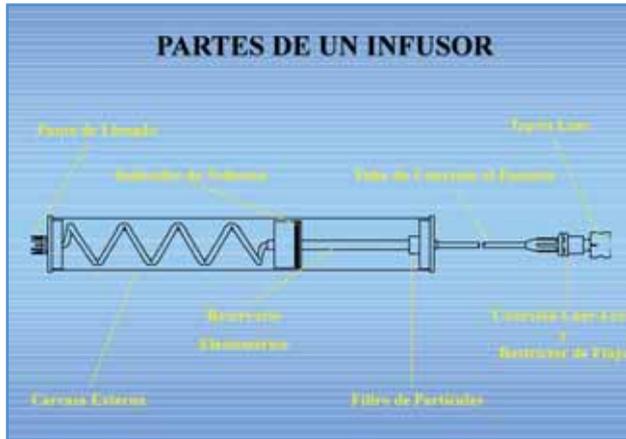


Figura 1

Existen distintos tipos de bombas de infusión en el mercado y las principales diferencias son (ver figura 2):

- Posibilidad de **programar la infusión**: desde 0,5ml/h a 20 ml/h (ver figura 3).



Figura 2



Figura 3

- Capacidad de **administrar bolos extras (P.C.A.)**, determinando su frecuencia y la dosis. La PCA (analgésica controlada por el paciente) permite a la persona auto-administrarse dosis extras de medicación con tan solo pulsar un botón. Tal dispositivo lo puede llevar incorporado el infusor o bien ser acoplado externamente (ver figura 4 y 5). En algunas bombas, se puede programar la frecuencia y la dosis de estos bolos extras.
- El volumen del depósito, y, por tanto la autonomía del dispositivo. Abarcan desde 50 ml hasta 550 ml y su autonomía puede ir desde los 30 minutos a los 7 días.

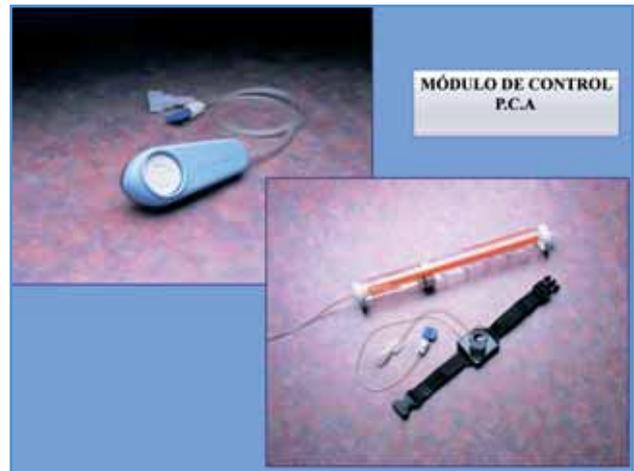


Figura 4



Figura 5

**VENTAJAS:**

- Permite controlar adecuadamente el dolor y otros síntomas en el paciente en situación terminal.
- Facilita determinadas asociaciones farmacológicas.
- Se trata de una terapia sencilla de manejar.
- Ligero y pequeño lo que implica un fácil transporte.
- Mantenimiento sencillo sin baterías ni alarmas, totalmente silencioso.
- Posibilita el tratamiento domiciliario mejorando la calidad de vida del paciente, evitando ingresos hospitalarios y reduciendo los costes sanitarios.

**INCONVENIENTES:**

- El flujo nominal reseñado en cada infusor puede variar ligeramente en función de la temperatura, viscosidad de la solución y la mezcla, gradiente de nivel entre el reservorio y el luer-lock, (ambos deben estar a la misma altura), y el volumen de llenado (determinados fabricantes recomiendan que el volumen de llenado oscile entre el 81% y el 100% del volumen nominal total del infusor).
- La velocidad de absorción de algunos fármacos administrados por vía subcutánea puede modificarse en situaciones de hipotensión o hipertensión, vasoconstricción o vasodilatación y cuando se administran asociados a otros medicamentos.

- Región pectoral anterior-infraclavicular.
  - Parte anterior y externa de los brazos en zona deltoidea y cara anterior de los muslos.
  - Región abdominal infraumbilical.
  - Regiones inter o subescapulares.
- c) Selección del catéter: palomilla (Butterfly) 23G ó 25G ó cánula de teflón 22G ó 24G.
- d) Rasurado y desinfección de la piel con antiséptico.
- e) Purgar la palomilla con suero fisiológico e insertar en piel con un ángulo de 45° siguiendo las líneas de tensión de la zona.
- f) Fijación y oclusión con apósito transparente film.
- g) Vigilar punto de punción diariamente y cambiar la aguja cada 7 días o más precozmente si se administran varios fármacos.

**PROCEDIMIENTOS Y MANEJO DEL INFUSOR:**

Material (ver figura 6):

- Infusor elegido con funda o mochila.
- Jeringa de 60 ml. con conexión luer-lock (rosca) y filtro.
- Medicación a infundir.
- Salino fisiológico 0,9% o agua para inyección.
- Palomilla nº 23 ó 25G con aguja metálica o cánula de teflón nº 22G ó 24G.
- Llave de 3 pasos (opcional) en caso de prescripción rescate.
- Apósito film transparente
- Solución antiséptica (clorhexidina o povidona yodada).
- Guantes y gasas estériles.



Figura 6

**Colocación de la palomilla o catéter subcutáneo:**

- a) Explicar la técnica al paciente y familia manejando un lenguaje sencillo y comprensible.
- b) Elegir la zona de punción que sea cómoda para el paciente y de fácil acceso y control para enfermería y cuidadores:

**Preparación del infusor. Procedimiento de llenado:**

- a) Cargar la medicación en jeringa de 60 ml así como el diluyente (suero fisiológico por ej) en condiciones de asepsia, eliminando cualquier burbuja de aire (ver paso A).



Paso A

- b) Conectarla a la válvula de llenado del infusor e inyectar la solución sin brusquedad y a una velocidad constante comprobando que produce una expansión simétrica del balón elastomérico. Advertir que en ningún caso se debe rebasar el máximo de volumen de llenado recomendado por el fabricante (ver paso B).



Paso B

- c) Retirar jeringa y colocar tapón protector esperando unos minutos a que se produzca el cebado completo de todo el sistema. El sistema estará listo cuando nos aseguremos de que no quedan burbujas de aire y se hayan visualizado, al menos, un par de gotas de la solución a través del extremo distal del sistema (ver paso C).



Paso C

- d) Proteger el infusor de la luz (según medicación) y conectar al paciente (Ver paso D).



Paso D

*Procedimiento de cebado forzado o purgado manual:*

En ciertas ocasiones, tras haber finalizado el proceso de llenado, se observa que la medicación no fluye a través del sistema por lo que la conexión distal luer-lock se mantiene seca. Es cuando procedemos al cebado o purgado forzado siguiendo los pasos que a continuación se detallan:

- Colocar llave de 3 vías sobre el luer-lock de la extremidad distal del infusor.
- Conectar una jeringa vacía de 10 ml o inferior y abrir la llave en dirección a la misma.
- Tirar del pistón de la jeringa y aspirar de forma continua hasta obtener fluido en la misma (puede durar un tiempo variable según el ritmo predefinido del infusor) (Ver figura 7).



Figura 7

- d) Desconectar confirmando que no queda aire en el tubo y esperar a que salgan un par de gotas a través del luer-lock distal.

*CASO PRÁCTICO:*

Un paciente precisa de 50 mg. de Cloruro Mórfico, 15 mg. de Midazolam y 60 mg. de B. Hioscina al día para el control del dolor, agitación y secreciones abundantes. Disponemos de una bomba elastomérica de 1 día con un flujo de salida de 2,1 ml/h y un volumen de llenado nominal total de 50 ml.

Preparación:

- Morfina 50 mg = 5 ampollas de cloruro mórfico al 1% de 1 ml = 5 ml.
- Midazolam 15 mg = 1 ampolla de 3 ml = 3 ml.
- B. Hioscina 20 mg = 3 ampollas de 1 ml = 3 ml.

En total, la medicación ocupa un volumen de 11 ml; el volumen de suero fisiológico que emplearemos para llenar la bomba son 39 ml de suero fisiológico (50 ml de volumen total – 11 ml de medicación).

Cuando las necesidades de medicación son conocidas y estables, puede utilizarse un infusor de varios días. En el caso anterior, si disponemos de un infusor para 5 días con un flujo de salida de 1,5 ml/h y un volumen de llenado de 275 ml, la preparación se haría como sigue:

- Morfina 50 mg/día = 250 mg/5 días = 25 ampollas 1% = 25 ml.
- Midazolam 15 mg/día = 75 mg/5 días = 5 amp = 15 ml.
- B. Hioscina 60 mg/día = 300 mg/5 días = 5 amp = 5 ml.

En este caso la medicación ocupa un volumen de 45 ml, por lo que el volumen de suero necesario para llenar por completo el dispositivo es de 230 ml (275 – 45 ml).

## ASOCIACIONES Y COMPATIBILIDADES FARMACOLÓGICAS

El reservorio de las bombas elastoméricas es fabricado con un material que, por su baja reactividad, permite una adecuada estabilidad de los fármacos en su interior. Entre sus ventajas se encuentra la posibilidad de mezclar varios medicamentos. Es sabido que los factores que influyen en la compatibilidad y estabilidad de las mezclas son: tipo de fármaco, concentración, proporción, orden de la mezcla, diluyente utilizado, temperatura, luz y tiempo en los que se mantiene la mezcla.

Aunque no se conoce exhaustivamente la compatibilidad y estabilidad entre fármacos (Tabla 1), algunos estudios realizados pueden orientar sobre la estabilidad de algunas de las sustancias más habitualmente administradas a través de infusores:

- Morfina
- Midazolam

- Haloperidol
- Butilbromuro de Hioscina
- Dexametasona
- Metoclorpramida
- Tramadol

Existen ocasiones en las que se presenta el problema de tener que suministrar 2 ó más fármacos a la vez resultando la mezcla incompatible; es el caso por ejemplo de la dexametasona, fármaco con un alto poder de interacción con muchos de los fármacos empleados en cuidados paliativos. En este caso, el problema se suele solventar administrando los fármacos por separado. Por ello, la colocación de una 2ª palomilla alternativa no supone al paciente ningún perjuicio siempre que sea reservada única y exclusivamente para la dexametasona. 8-9

En la tabla 2 se reflejan los fármacos que se podrían utilizar por vía subcutánea y en la tabla 3 las compatibilidades entre los fármacos más utilizados con frecuencia en cuidados paliativos.

PRINCIPIO ACTIVO	CARACTERÍSTICAS	V. ADMON FICHA TÉCNICA	NOMBRE COMERCIAL ®
Morfina 1% 2% 4%	Analgésico opiáceo agonista puro de los receptores mu en el SNC	IM IV SC	Cloruro Mórfico
Midazolam 5, 15, 50 mgr	Ansiolítico benzodiazepínico de acción corta, anticonvulsivante y miorelajante	IM IV	Dormicum
Flunitrazepam 2 mgr	Ansiolítico benzodiazepínico de acción intermedia. Posee actividad hipnótica y sedante	IM IV	Rohipnol
Haloperidol 5 mgr	Antipsicótico tipo butifenona con actividad antiemética, anticolinérgica, sedante y bloqueante alfa-adrenérgico	IM IV	Haloperidol
Levomepromazina 25 mgr	Antipsicótico fenotiacínico con intensa actividad antiemética, sedante, bloqueante alfa-adrenérgico. También posee actividad anti-pruriginosa, anestésica local y analgésica	IM	Sinogan
Sulpiride 100 mgr	Antipsicótico, ligera actividad antiemética, sedante y bloqueante alfa-adrenérgico	IM	Dogmatil
Fenobarbital 200 mgr	Antiepiléptico, hipnótico y sedante	IM	Luminal
Buprenorfina 0,3 mgr	Analgésico agonista parcial de receptores mu y kappa	IM IV	Buprex
Meperidina-Petidina 100 mgr	Analgésico opiáceo puro	IM IV SC	Dolantina
Metadona 10 mgr	Analgésico opiáceo sintético agonista de receptores mu con larga duración de acción	SC	Metasedin

Tabla 1

PRINCIPIO ACTIVO	CARACTERÍSTICAS	V. ADMON FICHA TÉCNICA	NOMBRE COMERCIAL ®
Tramadol 100 mgr	Analgésico opiáceo agonista puro de receptores mu, kappa y delta	IM IV SC	Adolonta, Tralgiol
N-Butilbromuro de Hioscina 20 mgr	Antiespasmódico y antisecretor	IM IV SC	Buscapina
Hidrobromuro de Escopolamina 0,5 mgr	Antisecretor	IM IV SC	Escopolamina
Octreótido 0,1, 0,5 mgr	Análogo sintético de hormona inhibidora de GH. Inhibe liberación péptidos sistema gastroenteropancreático	SC IV	Sandostatin
Metoclopramida 10 mgr	Procinético gastrointestinal y antiemético	IM IV	Primperan
Ondansetron 4, 8 mgr	Antiemético antagonista serotoninérgico	IM IV	Zofrán, Yatrox
Furosemida 20 mgr	Diurético de asa o de alto techo	IM IV	Seguril
Dexametasona 4 mgr	Hormona corticosuprarrenal con acción antiinflamatoria e inmunosupresora muy elevadas. Escasa acción mineralocorticoide	IM IV	Fortecortin
Diclofenaco 75 mgr	Antiinflamatorio no esteroideo, analgésico y antipirético	IM	Voltaren
METAMIZOL DIAZEPAN CLORPROMAZINA	No se recomienda la utilización por vía subcutánea de estos fármacos debido a su alto poder irritativo		
AMPICILINA, CEFTRIAXONA, TEICOPLAMINA, CEFEPIMA, TOBRAMICINA. HIDROMORFONA BUPRENORFINA CLONAZEPAN TENOXICAM OMEPRAZOL, RANITIDINA	Fármacos que se comienzan a utilizar por vía subcutánea existentes ya en la literatura internacional.		

Tabla 2. Batería terapéutica utilizada por vía subcutánea

Morfina	Midazolam	B. Hioscina	Metoclorpramida	Dexametasona	Haloperidol	Tramadol
Red	Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Red	Light Blue	Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Red	Light Blue	Light Blue	Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Red	Light Blue
Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Red	Red
Light Blue	Light Blue	Red	Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Yellow	Yellow	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Yellow	Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Yellow	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue
Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue
Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue
Light Blue	Yellow	Light Blue	Yellow	Light Blue	Light Blue	Yellow
Blue	Blue	Blue	Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue
Blue	Light Blue	Blue	Blue	Light Blue	Blue	Light Blue
Blue	Blue	Blue	Light Blue	Light Blue	Blue	Light Blue
Blue	Blue	Light Blue	Blue	Light Blue	Blue	Light Blue
Blue	Light Blue	Blue	Blue	Blue	Light Blue	Light Blue
Light Blue	Blue	Blue	Light Blue	Light Blue	Blue	Blue
Light Blue	Blue	Light Blue	Blue	Light Blue	Blue	Blue
Light Blue	Blue	Blue	Blue	Light Blue	Light Blue	Blue
Light Blue	Light Blue	Blue	Blue	Light Blue	Blue	Blue
Green	Green	Green	Green	Light Blue	Green	Light Blue
Light Blue	Green	Green	Green	Light Blue	Green	Green

Las mezclas compatibles aparecen sombreadas en tonos distintos según se trate de:

■ 2   
 ■ 3   
 ■ 4 ó   
 ■ 5 fármacos.

Tabla 3. Asociaciones y compatibilidades farmacológicas

## CONCLUSIONES

La utilización de los infusores elastoméricos ofrece una excelente alternativa, siendo muy satisfactoria nuestra experiencia en el domicilio del paciente terminal por diferentes razones:

1. Proporcionan un control sintomático más eficaz, especialmente en el dolor, manteniendo niveles plasmáticos de medicación constante y evitando picos y valles.
2. Son de fácil manejo tanto para el paciente y/o cuidador y no requieren de mantenimiento, baterías ni alarmas.
3. Proporcionan libertad y autonomía al paciente y familia.
4. Resultan ser cómodos, ligeros, discretos y silenciosos.

Para concluir comentar que durante la revisión, se ha podido ver que cada vez es mayor el número de fármacos que se empiezan a administrar a través de la vía subcutánea por los profesionales sanitarios, a pesar de no estar contemplados en su ficha técnica como tal (muchos de ellos en tabla 2).

El uso compasivo es la utilización de especialidades farmacéuticas para indicación de uso distintas de las autorizadas, cuando el facultativo, bajo su exclusiva responsabilidad, considera indispensable su utilización. Es el facultativo quien a través de un consentimiento por escrito del paciente pide autorización a la dirección general de farmacia y productos sanitarios del ministerio de sanidad y consumo para dicho uso.

Aunque en la actualidad es difícil pensar en el manejo de síntomas complejos sin la disponibilidad y administración de dichos fármacos (por ej. la escopolamina en el manejo de los estertores o la levomepromazina en la oclusión intestinal) también es cierto que en la literatura hay suficiente información que sustenta su uso compasivo, pero en cualquier caso no debe perderse de vista que su indicación o la vía de administración no está aprobada por las autoridades sanitarias, lo cual produce un efecto de vacío que puede transmitir inseguridad al paciente y al profesional sanitario.

Es por todo ello que se recomienda para finalizar, el uso de fármacos ya ensayados y referenciados en la literatura, para las indicaciones aprobadas y en las dosis aprobadas sin que esto impida, por supuesto, el desarrollo de estudios de investigación destinados a ampliar su utilización, además de, incitar a la industria y a la administración sanitaria a incorporar nuevas vías de uso en los fármacos usuales en cuidados paliativos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leno González D, Leno González J, Lozano Guerrero MJ, Fernández Romero A: Fundamentos de la Administración Subcutánea Continua y en Bolus en Cuidados Paliativos. *Enfermería Global* (Edición digital) 2004; (5): 1-12 [Acceso 20 mayo 2009] Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/541/561>.
2. Lucendo Villarin AJ, Noci Belda J: Infusores Elastoméricos en la Administración de Fármacos. *Enfermería Clínica* (Edición digital) 2004; 14(5): 242-248 [Acceso 25 mayo 2009] Disponible en [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet? f=7012&articulo=13065578](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7012&articulo=13065578).
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
4. Fernández Díaz R, Pérez Suárez MC, Cossío Rodríguez I: Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. *Jano, Medicina y Humanidades* 2001; (61): 37-40 [Acceso 31 Mayo 2009] Disponible en [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet? f=7016&articulo=13015135](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7016&articulo=13015135).
5. Ibor Alós P, Adriá Micó JM, Martínez Pérez M, Antonaya Campos A: Fármacos Subcutáneos en Tratamiento Paliativo. A Propósito de un Caso. *Semergen* 2006;(32): 84-86 [Acceso 05 Junio 2009] Disponible en [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet? f=7016&articulo=13084997](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7016&articulo=13084997).
6. Ortiz Ribes J, Irasuegui Urtiaga J, Naveda Guerrero C, López Martínez B, Gómez Osúa M, Legorburu Torre R: Sobre la Infusión de Fármacos a Través de Infusores Elastoméricos. *Enfermería Clínica* (Edición Digital) 2005; 15: 58 [Acceso 2 Junio 2009] Disponible en [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet? f=7064&ip=83.35.121.140&articulo=1307143](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=83.35.121.140&articulo=1307143).
7. Goenaga MA., Millet M., Carrera JA., Garde C. Vía Subcutánea: Más Fármacos. *Medicina Paliativa* (Madrid).2000; 7(1): 28.
8. Goenaga MA., Millet M., Carrera JA., Garde C. Dexametasona y Vía Subcutánea. *Medicina Paliativa* (Madrid). 1999; 6(2): 89.
9. Navarro Sanz R, Santana Grau P: Manejo de las Bombas de Infusión Continua por Vía Subcutánea. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2008; 15(6): 381-383.
10. Nagy-Agren S, Haley HB. Management of Infections in Palliative Care Patients with Advanced Cancer. *J Pain Sympt Manage*. 2002; 24: 64-70.
11. Centeno Cortés C, Galrica Neto I, Vara Hernando F: Estudio Prospectivo con Ceftriaxona en Pacientes de Cuidados Paliativos. *Medicina Clínica* (Barc) 2008; 130: 439.

Del 15 de febrero al 31 de mayo  
**CAMPAÑA INVERSIÓN 2011**

**PARA ESTAR**

**CUBIERTOS**

**SIN RECORTAR**

**BENEFICIOS**



Groupama le ofrece una gran **INVERSIÓN** con este seguro de **VIDA**, para que disfrute de una atractiva rentabilidad. Y ahora, al contratarlo **lévese a casa** este práctico maletín de 24 piezas esenciales para su cocina: tenedores, cuchillos, tijeras y afilador. Una inversión sin recortes,

**PARA QUE SIEMPRE ESTÉ BIEN CUBIERTO.**

**AHORA**  
Llévese este  
completo maletín  
de 24 piezas  
de cocina\*

**OFERTA ESPECIAL PARA ENFERMERIA**

Groupama le regala este magnífico maletín de aluminio con 24 piezas imprescindibles para su cocina al contratar, dentro del periodo de campaña, una póliza de nueva producción de Groupama **INVERSIÓN (CON MÁS BENEFICIO % BANCARIO)** prima neta anual sea mayor o igual a 3.000 €.

**HAGA SU INVERSIÓN EN LA OFICINA DEL COLEGIO!**

**GROUPAMA SEGUROS**  
**OFICINA DEL COLEGIO:**

Avd. Ramon y Cajal,20  
41005 Sevilla

**Teléf. 955 09 92 50**

Seguros: Salud, Coche, hogar, vida...

**¡PÁGUE MENOS POR SUS  
SEGUROS!**



Seguros

Seguro  
de ti mismo

[www.groupama.es](http://www.groupama.es)

# XXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA " CIUDAD DE SEVILLA "



José María Iborra

## P R E M I O S

**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

## B A S E S

- 1º. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2º. **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".
- 3º. **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.
- 4º. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no 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.
- 5º. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6º. **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.
- 7º. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8º. **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.
- 9º. **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 "XXVII 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.
- 10º. **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 "XXVII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11º. **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 28 de octubre de 2011.** 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 el día 12 de diciembre de 2011.**



147 Años avanzando con la profesión

### PREMIOS 2010

1º Begoña López López (Sevilla)  
2º Mª Francisca Jiménez Herrera (Tarragona)  
3º José A. Ponce Blandón (Sevilla)  
Accésit: Soledad Guerra Rodríguez (Sevilla)

Patrocina



seguros