

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 80, Año XIX- 2012

Colegio de Enfermería de Sevilla

Patologías
prevalentes en
el buceo
deportivo.

Anemia en el
recién nacido.

El implante
subcutáneo
anticonceptivo.
Motivo de su
retirada
precoz

Seguridad en
pacientes en
tratamiento
con carbonato
de litio.

La gastrosquisis
y sus cuidados.



El Colegio te protege con



3.500.000 €

(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.

Frente a la **CRISIS**

PROFESIONALIDAD y **BUENOS GESTORES**

La sanidad andaluza acaba de iniciar una nueva etapa. Distinta como cualquier otra pero, a su vez, cargada con riesgos y amenazas como en pocas ocasiones. Las consecuencias a la contienda electoral del 25/M y los pactos, a posteriori, entre las fuerzas políticas no ganadoras ha dado como resultado que el PSOE siga al frente de la Junta con la ayuda, imprescindible, de la tercera opción (IU). En medio, la Consejería de Salud no ha experimentado variación significativa alguna por cuanto Griñán ha confirmado a María Jesús Montero al frente de los destinos sanitarios en las ocho provincias.

Decimos, sí, que se ha abierto un nuevo ciclo preñado de riesgos y amenazas. En efecto, a nadie se le oculta a estas alturas que el Sistema sanitario público -que conocemos como SAS- atraviesa uno de sus momentos más delicados. No hace muchas semanas en que la administración regional remitió al Ministerio de Hacienda, para acogerse al Plan gubernamental de liquidez, un listado con las 772.753 facturas impagadas que equivalen a un montante global de 2.763 millones de euros.

Es, en efecto, una descomunal acumulación de facturas no abonadas a más de 5.000 empresas anhelantes por cobrar sus servicios hace tiempo prestados. Montante del que, no se olvide, una gran parte (98%) corresponde a morosidad del ámbito sanitario.

Y si este panorama se le inserta en los apuros económicos que afectan a España, es fácilmente entendible que, proclamas bienintencionadas al

margen, resulte lógico calibrar que se avecinan tiempos duros también para el mundo sanitario.

Menos mal que, tanto Montero como Griñán han reiterado que el huracán del déficit financiero que recorre de sur a norte y de este a oeste la piel de toro, no afectará a ninguno de los dos pilares del estado del bienestar, sanidad y educación. Esto debe servir, de entrada, para amortiguar el peso de los recortes/ajustes que desde la propia Junta se anuncian para cumplir con las exigencias impuestas por la Unión Europea a fin de que nuestra nación ponga en orden su caótica situación financiera y empiece a rebajar los números rojos con los que navegamos los españoles.

La Junta ha cifrado en 2.700 millones de euros el importe de los recortes que van a producirse en la propia administración regional sin que, al cierre de esta edición, se sepa con certeza hacia donde se dirigen unos tijeretazos que, para entendernos, suponen la merma de casi 500.000 millones de pesetas en el presupuesto de la Junta. La consejera Montero, que no ha dudado en rechazar los ajustes sanitarios ordenados por el Gobierno de España, podrá respirar, cuando menos, tranquila y con ella todo el entramado sanitario si finalmente se confirma que el ajuste a nivel andaluz pasará de largo y sin detenerse ante la puerta del SAS.

Ahora bien, existe una percepción generalizada de que en la sanidad pública de la comunidad ya se estaría produciendo una política de ajustes que han provocado las primeras quejas en determinados sectores, sean, por ejemplo, los distritos de atención primaria y una merma de recursos humanos disponibles, sobre todo de personal interino. De cualquier modo, es una excelente noticia lo dicho por la reele-

gida consejera Montero en el sentido de que la sanidad no va a replegarse en sus actuales coordenadas por efecto de la crisis.

Con ese horizonte, mitad esperanzador (no habrá dureza en los ajustes) mitad preocupado, (alta morosidad del SAS), saludamos el comienzo de un nuevo periodo para la sanidad regional en el que Montero defenderá los intereses de un departamento reforzado en sus competencias con la suma de Bienestar Social. Ahora más que nunca, es el tiempo de los buenos gestores porque la sanidad pública ha entrado en un estado de enorme precariedad como para confirmar que o alivia los 16.000 millones de euros que lastran sus perspectivas o el antaño y modélico SNS seguirá teniendo los pies de barro y un horizonte absolutamente incierto.

Por encima de cualquier pesimismo, debemos sentirnos esperanzados si pensamos en las capacidades del mejor capital que tienen el SAS con el SNS. Hablamos de sus profesionales. Unos colectivos -enfermería a la cabeza- que llevan varios años de congelación salarial sin apenas rechistar y, lo más importante, sin que en nada haya afectado al comportamiento diario respecto al paciente. Esos miles y miles de enfermeras/os, y matronas representan otros tantos ejemplos de que, entre todos, debemos superar y derrotar la difícil batalla planteada. Los poderes públicos deberían saber que si aspiran a encontrar la salida del túnel, ha de hacerse contando con el mejor pilar sobre el que giran las expectativas para aspirar a un futuro no tan cargado de nubarrones. Quede constancia de nuestra esperanza para que aparezcan y se multipliquen los buenos y eficaces gestores que la situación, más que nunca, demanda.

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: Algarve monumental

Autor: José Luis Salu Guerrero

Nº colegiado: 5544

Sumario

5 PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL BUCEO DEPORTIVO

Delgado Díaz, Amanda. Díaz Gil, Adolfo.

12 DESARROLLO DE LOS CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. CUANTIFICACIÓN DEL PRODUCTO ENFERMERO

Márquez Alfonso, Antonio.

18 ANEMIA EN EL RECIÉN NACIDO

Toro López José Ramón, Cotos Guerra Andrés. Torrejón Delgado, M^a del Carmen.

22 PRIMERA VISITA INFORMATIVA EN ANTICOAGULACIÓN ORAL: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MAS PREVALENTES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

Núñez García, Adolfo. Moltó Boluda, Ana M^a. Núñez Leon, Ismael. Poza Anglés, Ana.

34 LA GASTROSQUISIS SUS CUIDADOS

Cruz Cabrera, Inmaculada. Serrano Martín, Dolores. Cruz Cabrera, M^a Dolores.

40 EL IMPLANTE SUBCUTÁNEO ANTICONCEPTIVO. MOTIVO DE SU RETIRADA PRECOZ

Espinaco Garrido, María José. De Tena Sereno, María Purificación. Domínguez Fuente, Nieves. Pastor Sáenz, Manuela. Román Oliver, José.

45 SEGURIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CARBONATO DE LITIO

Marchena Sánchez, Cyra. López Sánchez, Olga. Caballero Guerreo, Manuel Jesús. Delgado Fernández, David.

50 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO. RIESGO DE CAÍDAS EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

Pérez Sánchez, José Antonio. González Ojeda, M^a Rocío.

57 MÉTODO INTRAVESICAL COMO HERRAMIENTA ENFERMERA PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL

López-Ibarra de la Cruz, Marta. Sobrino Sobrino, Bonifacio. León Rivas, María.

61 GESTIÓN POR PROCESOS Y PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Rodríguez Pozo, Carmen. Romero Rueda, Esteban.

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.

PATOLOGÍAS PREVALENTES EN EL BUCEO DEPORTIVO

PATHOLOGIES PREVALENT IN RECREATIONAL DIVING

■ **Amanda Delgado Díaz¹**

■ **Adolfo Díaz Gil²**

¹ Enfermera de familia UGC San Luis Sevilla.

² Enfermero de familia UGC Cisneo-Las Naciones. Sevilla.

Resumen

El submarinismo y el buceo deportivo se han convertido en una práctica habitual principalmente en nuestro litoral. Este deporte extremo consiste en sumergirse en el mar, lagos, ríos, o algún lugar con agua, con la debida capacitación y equipo que permita a las personas respirar bajo el agua y moverse libremente.

El buceo está regido por leyes naturales basadas en fundamentos científicos físicos como presión, leyes de los gases y su disolución, etc., fisiológicos como el modelo físico del cuerpo humano, efectos de la presión, etc, y efectos bioquímicos como el equilibrio sanguíneo y toxicidad de los gases.

El desconocimiento o incumplimiento de estas leyes pueden provocar accidentes más o menos graves incluso con resultado de muerte. Pretendemos dar a conocer dichas leyes y los principales riesgos para la salud que presentan la práctica submarina.

Diving and sport diving have become standard practice primarily on our coast. This extreme sport is to dive into the sea, lakes, rivers, or some place with water, with the proper training and equipment to enable people breathe under water and move freely.

Diving goes hand in hand with science, which has a physical basis (pressure, laws of gases and its dissolution, etc.), physiological (physical model of the human body, effects of pressure, etc.), and biochemical effects (blood balance, toxicity of gases).

The ignorance or failure to comply with these laws cause more or less serious accidents even result in death.

We intend to publicize these laws and the major health risks with underwater practice.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Submarinismo
- ✓ Barotraumatismo
- ✓ Enfermedad descompresiva
- ✓ Presión: Relativa, atmosférica y absoluta.

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de su historia, el hombre ha sentido curiosidad por descubrir lo que oculta el fondo marino. Han sido muchos y muy variados los inventos y artefactos que se han intentado utilizar a lo largo de los siglos con este motivo, pero es sólo a partir de mediados del siglo XX que se ha generalizado la práctica de este deporte.

Actualmente en el buceo se distingue dos tipos:

- Buceo libre o apnea.
- Buceo autónomo.

El buceo libre o en apnea consiste en realizar inmersiones manteniendo la respiración después de una profunda inspiración en superficie y el en buceo autónomo el buzo dispone de una botella de aire comprimido que le permite ir respirando el aire almacenado, dotándolo de una autonomía considerable.

Aunque muchos de los problemas son similares en ambas modalidades, en este artículo trataremos el buceo autónomo ya que tiene un mayor riesgo para la salud.

El buceo se realiza en condiciones diferentes a las habituales terrestres entre otras:

- El cambio continuo de presión (descenso, permanencia y ascenso)
- La necesidad de un suministro adecuado, continuo y eficiente de aire atmosférico.
- Necesidad continua de mantener un equilibrio entre la presión ambiental y la presión de las cavidades aéreas del organismo.
- La respuesta fisiológica y psicológica al ambiente subacuático es diferente a la terrestre.

FÍSICA DEL BUCEO

Se describen brevemente los conceptos físicos importantes relacionados con la práctica del submarinismo para comprender mejor los efectos en el cuerpo humano.

Patologías prevalentes en el buceo deportivo

AIRE

Es una mezcla de gases, incolora, inodora e insípida que constituye la atmósfera que rodea a la Tierra. Se halla compuesta por:

- 78,13% de nitrógeno (N₂)
- 20,90% de oxígeno (O₂)
- 0,03% de dióxido de carbono (CO₂)
- 0.94% otros gases (argón, vapor de agua, etc).

AGUA

El agua es un líquido incoloro, inodoro, insípido y transparente que está compuesto por 2 partes de hidrógeno y 1 de oxígeno (H₂O). Es aproximadamente 800 veces más densa que el aire a nivel mar. También es más pesada. De allí que presenta 800 veces mayor resistencia dinámica que el aire. El agua salada a diferencia del agua dulce, contiene gran cantidad de minerales disueltos, los que le dan mayor densidad (es 1,026 veces más densa que el agua dulce).

DENSIDAD

Es la relación que existe entre el peso (masa) y el volumen de una materia.

$$d = \frac{m \text{ (gramos)}}{v \text{ (litros)}}$$

El cuerpo humano tiene casi la misma densidad que el agua salada, esa cuasi equivalencia es la que hace que flotemos con mayor facilidad en el mar. Los gases, como el aire, son más ligeros en comparación con los líquidos y sólidos; tienen menor número de moléculas para un volumen dado, por lo tanto tienen menor densidad. Como las moléculas de un gas están más alejadas unas de las otras pueden ser comprimidas más fácilmente que las moléculas de otros materiales. En un sólido la distancia molecular es mínima, su densidad será mayor, por lo tanto será incompresible. En los líquidos se da la situación intermedia. El gas se hace menos denso y por lo tanto más liviano.

El aire a nivel del mar, se halla comprimido por todo el aire que tiene encima, por lo tanto su densidad es mayor que la del aire de las grandes altitudes. Esa es la razón por la cual el avión vuela a mayor velocidad en el aire menos denso de la estratosfera que en el aire más denso a nivel del mar.

PRESIÓN

Es una fuerza aplicada sobre una superficie, en forma pareja sobre ella y en todas las direcciones.

• Presión atmosférica

Alrededor de la Tierra existe una capa de aire con un espesor estimado en 10.000 mts. Este aire tiene un peso aproximado de 1,033 gr. x litro y ejerce dicho peso sobre la superficie de la tierra por lo que se dice que ejerce una presión. Si pudiéramos construir un recipiente que tuviera 1cm² de base y una altura de 10 km. veríamos que su base recibe una presión de 1,033 kg. o sea 1 Atmósfera o 760 mm de Hg (mercurio).

• Presión relativa o hidrostática

Es la fuerza a que se encuentra sometido todo cuerpo sumergi-

do, su valor depende de la profundidad y densidad del medio. Es la presión debida al peso del agua y aumentará aproximadamente 1 kg/cm² o sea una atmósfera cada 10,33m de profundidad.

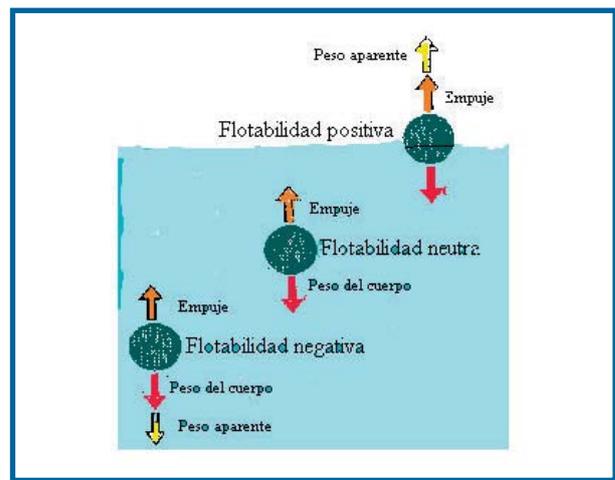
• Presión Absoluta

Es la suma de “presión atmosférica” y “presión relativa”.

$$P \text{ Absoluta} = p. \text{ atm.} + p. \text{ rel.}$$

Principio de Arquímedes: Flotabilidad

“Todo cuerpo total o parcialmente sumergido recibe un empuje vertical de abajo hacia arriba igual al peso del líquido que desaloja”.



Sobre el cuerpo sumergido actúan fuerzas normales a su superficie debido a la presión hidrostática, del líquido en cuestión, la resultante de todas esas fuerzas es el empuje de Arquímedes. El empuje (E) está aplicado en el centro de gravedad o centro de empuje oponiéndose a la fuerza ejercida por el peso del cuerpo.

Sumergido un cuerpo en un líquido puede ocurrir que el empuje sea menor, igual o mayor que su peso. Si el E es menor que el peso del cuerpo este se sumerge hasta el fondo, por lo tanto su flotabilidad será negativa. Si el E es igual al peso, el cuerpo flota en el seno del agua o de la masa líquida, quedando en equilibrio, su flotabilidad es neutra.

Si el E es mayor que el peso, el cuerpo flota en la superficie o sea que emerge parte del mismo hasta que el E de la parte sumergida equilibre al peso, por lo tanto tendrá flotabilidad positiva.

• Temperatura

La temperatura disminuye al aumentar la profundidad e incide negativamente en el tiempo de permanencia subacuática debido a la pérdida de calor por exhalación, llevando al organismo a un incremento de su metabolismo, lo que implica un mayor consumo de oxígeno con la consiguiente disminución del tiempo de permanencia subacuática.

El bucear durante un tiempo prolongado en aguas frías sin la protección adecuada es exponerse a serias consecuencias. La temperatura normal del cuerpo es de 37°C aproximadamente y si varía ocasionará serios problemas. Cuando nos

sumergimos pasamos el calor de nuestros cuerpos directamente al agua (conducción) y será absorbido 25 veces más rápido que en el aire, perdiendo así más calor que el que puede producir nuestro cuerpo. Esta pérdida de calor es proporcional a la superficie corporal y a la diferencia entre la temperatura del cuerpo y la del agua.

• Leyes de los gases

Configuran un grupo de relaciones matemáticas que explican el comportamiento de los gases sometidos a distintas condiciones. Los parámetros que explican esos procesos son presión, temperatura y volumen.

Ley de Boyle-Mariotte

“A temperatura constante, el volumen de un gas varía inversamente en relación a la presión absoluta, en tanto que la densidad varía directamente con la presión”

Lo que significa que si la presión de un gas se duplica, la densidad también se duplica, pero el volumen disminuye a la mitad del volumen original.

A mayor presión, menor volumen y mayor densidad.

Ley de Charles-Gay Lussac

“A volumen constante, la presión de un gas es directamente proporcional a su temperatura absoluta.”

Esta ley nos advierte que si dejamos cargado un tanque al sol, es posible que explote o salte su válvula de seguridad; y sin ser tan drásticos, esta ley nos recuerda que si nos cargan un tanque “en caliente”, al medir su presión manométrica, dará un valor más alto que cuando se introduzca en el agua y se enfríe...

Ley de Dalton

“La presión total ejercida por una mezcla de gases, es la suma de las presiones que serían ejercidas por cada uno de ellos, si estuvieran presentes en forma aislada, y ocuparan el volumen total.”

Esta ley nos hace acordar que cada gas pesa por sí solo en una mezcla gaseosa, por lo tanto, cuando estudiemos la toxicidad de los gases, debemos hacer especial hincapié a la presión parcial de ese gas en el cual se vuelve tóxico. Ejemplo: El oxígeno es tóxico a aproximadamente 2,2 atm, esto no quiere decir que si buceamos con aire comprimido, nos intoxicamos a esa presión absoluta (12 metros), ya que en el aire hay solo un 21 % de ese gas, por lo tanto 0,21 atm a 1 atm absoluta y 0,45 atm a 12 mts...

Ley de Henry

“La cantidad de un gas que se disuelve en un líquido, a una temperatura constante, es proporcional a la presión parcial de ese gas.”

En el caso práctico del buceo y del cuerpo humano la Ley de Henry, se puede decir:

A temperatura constante, una mezcla de gases como el aire (O₂ y N₂) se pone en contacto con un líquido como la sangre, un número determinado de moléculas de Oxígeno, Nitrógeno, CO₂, etc, se difundirán (disolverán) dentro de la sangre, casi directamente proporcional a las presiones parciales

del cada uno de estos gases. El número de moléculas de cada uno de estos gases aumentará o disminuirá conforme aumente o disminuya la presión del aire sobre la sangre; sin embargo ese incremento o disminución proporcional de las moléculas disueltas no se obtiene en el mismo momento de incrementar o disminuir la presión del gas, se requiere de un tiempo.

Transcurrido este tiempo, se obtiene el llamado Punto de Equilibrio o de Saturación. Se dice que es casi directamente proporcional por este factor tiempo.

Un ejemplo práctico de este fenómeno es el de las bebidas gaseosas, que con el fin de preservarlas, se someten a presión con gas carbónico durante un tiempo, para que las moléculas de gas carbónico se disuelvan en la bebida, luego se tapan herméticamente a presión de tal forma que el gas carbónico permanezca disuelto. Si una de estas gaseosas se destapa bruscamente, o sea que se libera la presión, el gas carbónico sale en forma de burbujas y se produce efervescencia, pero si se destapa gradualmente, de tal forma que poco a poco se igualen las presiones externas e internas, el gas carbónico saldrá de la bebida sin presentarse burbujas.

Aplicando lo anterior al organismo del buzo, tenemos que el regulador suministra aire a la presión ambiente, a 0 mts., 1 Atm., a 10 mts 2 Atm. Es decir, el aire compuesto por O₂, N₂, CO₂, es respirado a presiones parciales mayores o menores, según sea la profundidad, haciendo que durante el intercambio gaseoso, estos gases se disuelvan en la sangre en una cantidad de moléculas casi directamente proporcional a su presión parcial, es decir, esa cantidad de moléculas ser mayor o menor, según el tiempo transcurrido bajo presión.

Algunos gases componentes del aire son metabolizados o asimilados por el organismo por procesos bioquímicos como el O₂ y el CO₂. Otros como el N₂ son almacenados sin metabolizarlos, debido a que son gases inertes.

Con el Nitrógeno (N₂) se presenta el fenómeno similar al de las gaseosas por lo que tenemos que manejarlo de tal forma que no se presenten burbujas en el cuerpo, para lograr esto basta respetar algunas reglas sencillas y seguras que veremos más adelante.

Este fenómeno es considerado de los más importantes en el buceo ya que es el responsable de la embolia gaseosa o enfermedad por descompresión.

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES EN EL SUBMARINISMO

Podemos clasificar las distintas patologías en:

- Enfermedades de preinmersión
- Enfermedades de las presiones
- Enfermedades de los gases.

a) Enfermedades de preinmersión

Se refiere a patologías que se pueden dar previamente a la inmersión pero relacionadas con la práctica del submarinismo. Las más importantes son:

- Desmayo por hiperventilación en superficie o alcalosis respiratoria:

La respiración forzada lleva a un aumento de la presión par-

Patologías prevalentes en el buceo deportivo

cial del O₂ y a una disminución de la pp. del CO₂ en sangre lo que produce un aumento en el ph fisiológico (alcalosis fisiológica), el cual es captado por quimiorreceptores que transmiten la información al bulbo raquídeo y éste ordena al cerebro que cese esta respiración forzada por medio de mareo, de no ser acatada esta orden, el bulbo pasará a tomar el control de la situación, produciendo la inconciencia y posterior normalización de las funciones.

El tratamiento consiste en controlar el desmayo hasta que hasta que se recupere la conciencia. Si hay paro cardíaco o respiratorio aplicar las maniobras pertinentes. **NO ADMINISTRAR OXIGENO.**

- **Hidrocuación:**

Es un conjunto de manifestaciones diversas, que llevan generalmente a un estado sincopal, en forma rápida. Este accidente no sólo se observa durante el buceo, sino que cualquier actividad que se realice en el agua, natación, baño recreativo, surf, etc., puede desembocar en una hidrocuación. Las causas que nos llevan a tener un accidente de esta naturaleza, son varias y distintas entre sí, pero todas llevan a un mismo fin, que es frecuentemente un estado de shock que determina un paro cardíaco que de no ser auxiliado inmediatamente lleva a la rápida muerte al sujeto accidentado.

- **Vértigo (mal de mar)**

La cinepatía marítima es consecuencia del movimiento del mar. Con frecuencia los buzos están obligados a permanecer por largos períodos a bordo de embarcaciones menores en alta mar y la exposición prolongada al movimiento del mar puede provocar serios mareos.

Es una de las patologías más comunes del buceo embarcado.

El síntoma más molesto, la náusea, es causado por sobreestimulación de los órganos vestibulares del equilibrio y un desequilibrio entre estímulos visuales, estos mecanismos del oído interno y la propiocepción.

b) Enfermedades de las presiones

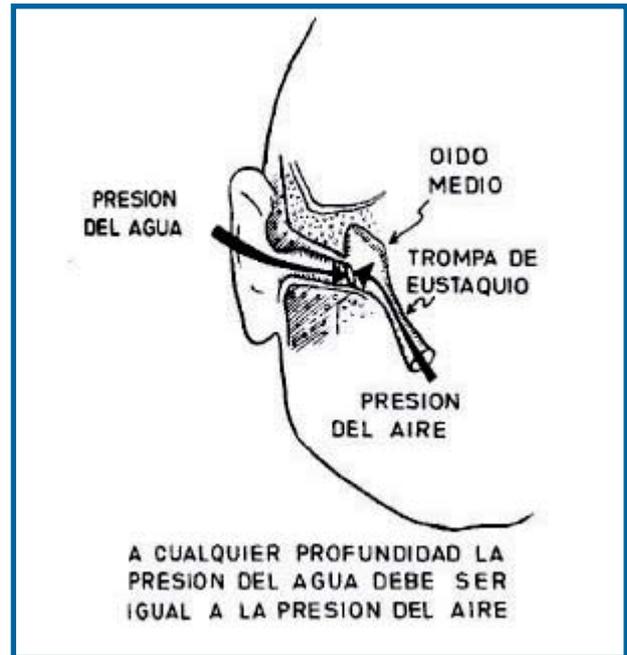
- **Barotraumas**

Son aquellos problemas surgidos por la dificultad de compensación de espacios aéreos semi aislados con el medio externo. Según cual sea esta cavidad será la patología observada. Recordad la Ley de Boyle-Mariotte

- **Barotrauma de oído**

El oído medio es un espacio que se encuentra por detrás del tímpano. Está en contacto con los cambios atmosféricos a través de las trompas de Eustaquio, las cuales terminan en la parte posterior de la garganta. Si estas trompas de bloquean, el resultado es la incapacidad de equilibrar la presión atmosférica y la presión interna.

Cuando descendemos, la presión exterior actúa sobre la membrana timpánica abombándola hacia adentro, si continuamos descendiendo, la membrana se romperá. Es por eso que efectuando la maniobra para compensar (VALSALVA) el aire contenido en la cavidad nasal y los senos paranasales se desplaza por las trompas de Eustaquio hacia la caja timpánica,



forzando la membrana del tímpano hacia afuera.

Al ascender ocurre a la inversa con la salvedad que **NUNCA** podemos realizar la maniobra de Valsalva ya que se agravaría la patología.

Las lesiones por compensación del oído durante el ascenso son raras, porque la forma de la trompa de Eustaquio misma permite la salida del aire con facilidad.

- **Aplastamiento de la máscara facial**

Cuando se utiliza escafandra autónoma y máscara para la nariz y los ojos, un descenso demasiado rápido sin haber logrado la compensación mediante la admisión de aire por la nariz (nunca utilizar lentes de natación).

- **De los senos paranasales**

Si se bloquean las comunicaciones entre los senos paranasales y la cavidad nasal, el equilibrio de las presiones se hace imposible; ya que suele afectarse el seno maxilar y el frontal, con predominio de este último.

- **Barotraumatismo dental**

El aire existente dentro de la pieza dentaria ocasionada por accesos pulpares puede también ser objeto de las variaciones de la presión del ambiente, causando intenso dolor al buceador pudiendo llegar a la implosión.

- **Sobredistensión pulmonar**

La sobredistensión pulmonar y sus derivados se producen debido a la expansión del aire retenido en los pulmones durante el ascenso, con retención de la respiración. Cuando se aspira aire en profundidad, y se asciende sin espirar, a medida que nos acercamos a la superficie el volumen de aire contenido en los alvéolos pulmonares aumenta (ley de Boyle y Mariotte), pero superando ciertos límites no puede sobredistenderse más, y se produce la rotura de la pared alveolar; es entonces que el aire puede pasar al torrente sanguíneo

(AEROEMBOLIA O EMBOLIA TRAUMÁTICA), y/o ubicarse en el interior de la cavidad pleural (NEUMOTORAX), y/o en el mediastino (ENFISEMA MEDIASTINAL), y/o situarse debajo de la dermis (ENFISEMA SUBCUTANEO).

La prevención consiste en ir exhalando a la vez que ascendemos y nunca mantener el aire en los pulmones.

- **Neumotórax**

Se produce cuando penetra aire en la cavidad pleural, colapsando el pulmón e impidiendo que la parte afectada se expanda y retraiga normalmente durante la respiración. Es así que hay una disminución funcional como consecuencia de una reducción de la capacidad vital de los pulmones.

Se manifiesta a poco de arribar a la superficie, dificultad para respirar, dolor en el tórax, sobre todo en las inspiraciones profundas, respiración superficial y rápida, cianosis de la piel, labios y uñas.

- **Enfisema mediastinal**

En esta patología, el aire se sitúa en el mediastino, zona ubicada en el tórax, entre los pulmones donde se encuentra la tráquea, los grandes vasos que entran y salen del corazón y lógicamente el mismo corazón. El aire al presionar sobre el corazón y los grandes vasos, provoca reflejos cardiovasculares inhibitorios que pueden desencadenar un shock; además al destruirse los alvéolos pulmonares y ser reemplazados por sacos de aire que no intervienen en la hematosis, aumenta el espacio muerto y disminuye la capacidad vital, que según la gravedad del caso puede provocar una hipoxia.

Se extiende desde el diafragma hasta el pecho.

Los síntomas son respiración acortada, dolor retroesternal, debilidad o desmayo.

- **Enfisema subcutáneo**

Se produce cuando el aire que escapa del pulmón traumatizado, se aloja en los tejidos debajo de la piel, generalmente en la zona del cuello y zonas vecinas (fascia del pectoral menor).

Los síntomas son dificultad en la respiración y deglución, sensación de hinchazón en la zona del cuello, cambios en la voz, alteración en el habla, cambios en la voz, sensación de crepitación al tacto.

- **Embolia traumática**

El aire en forma de burbujas (émbolos), proveniente de los pulmones lesionados, ingresa a los capilares y de allí a la circulación general obstruyendo la irrigación de determinados territorios del organismo. Su gravedad aumenta cuando afecta al cerebro ocasionando lesiones, incluso de carácter irreversible.

Los signos y síntomas de la embolia traumática se manifiestan antes de los primeros 5/10 minutos después de haber llegado a la superficie, excepto la pérdida de conocimiento, SON DRAMÁTICOS Y DE APARICIÓN BRUSCA.

Existe una verdadera emergencia médica y una rápida evacuación a una unidad médica es indispensable.

Los síntomas, generalmente son alarmantes: *buzo confuso, *tambaleo, *parálisis, *convulsiones, *expectoración sanguinolenta y espumosa por boca y/o nariz, *colapso e incon-

sciencia, *paro respiratorio, *muerte. (PUEDEN PARECERSE A UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR).

El oxígeno de primeros auxilios inmediato es importante y puede reducir sustancialmente los síntomas, se debe iniciar lo antes posible, y no debe cambiar los planes de tratamiento. Los síntomas de las embolias traumáticas y gaseosas mejoran y casi desaparecen al respirar oxígeno en altas concentraciones, pero los síntomas pueden reaparecer posteriormente. **Por lo que siempre debe trasladarse a un paciente a un centro hiperbárico.**

Debe recomprimirse de inmediato en cámara hiperbárica para reducir el volumen de las burbujas; a 6 atm. (50m.) el tamaño de las burbujas disminuye un 84%.

c) Enfermedades de los gases

Se refieren a un conjunto de enfermedades directamente relacionadas a los gases respirados y los efectos de las leyes físicas anteriormente expuestas.

- **Intoxicación por oxígeno (hiperoxia)**

El aire que respiramos es una mezcla de varios gases entre los cuales el nitrógeno (79 %) y el oxígeno (20,97 %) constituyen casi el 100 % de la misma. A pesar de que el oxígeno es el único gas requerido por nuestro organismo, no se usa en forma pura para la práctica del buceo deportivo ya que, en general, resulta tóxico a más de 1,7 atmósferas de presión.

Actualmente se recomienda una presión parcial de oxígeno máxima de 1,4 ATA, que corresponden a una profundidad de 60 m cuando se respira aire.

Los buzos que usan mezclas, con concentraciones de oxígeno mayores a las del aire, presentan el riesgo de toxicidad por oxígeno a profundidades aún menores. El buzo que respira oxígeno puro puede tener convulsiones a 7,6 metros. Cuando se bucea con aire comprimido es difícil diferenciar los síntomas de ciertos efectos atribuidos al CO₂; pero si luego de una ventilación correcta, los síntomas persisten, podemos pensar que nos encontramos ante una intoxicación de este tipo. Se observan náuseas, dolor detrás del esternón, visión anormal, zumbidos, vértigo y confusión.

Los síntomas descritos son inconvenientes y molestos, pero no son dañinos. Las convulsiones debidas al oxígeno no son dañinas por sí solas pero pueden provocar que el buzo se lesione o un ahogamiento si está en inmersión.

El tratamiento consiste en controlar las convulsiones y sacar al buzo del agua lo antes posible.

- **Intoxicación por dióxido de carbono (hipercapnia)**

El CO₂ se encuentra en una concentración de 0,003% en el aire atmosférico, si la concentración aumenta al 0,005%, se deprime el sistema nervioso, produciendo paro respiratorio. Si se impide ventilar adecuadamente, en lugar de eliminarse, se acumulará CO₂.

Los buzos inexpertos tratan de disminuir su frecuencia respiratoria en un afán de «ahorrar» aire de la botella y en buzos profesionales, debido a un ejercicio intenso durante la inmersión. Los síntomas son un malestar, angustia y ansiedad del buzo, sensación de asfixia y respiración superficial; los

Patologías prevalentes en el buceo deportivo

cuales si no son controlados por el buzo, amplifican y agravan la hipercapnia llegando al síncope y la muerte por ahogamiento; además el buzo presa del pánico pueden sufrir barotraumatismos o accidentes de descompresión por un ascenso fuera de regla.

Los síntomas mejoran y desaparecen luego de suprimir la causa, aunque la cefalea puede persistir horas. Al respirar aire ambiental o respirar oxígeno puro desaparecen los síntomas. Si hay inconsciencia efectuar respiración artificial.

• **Intoxicación por monóxido de carbono (CO)**

Este gas no se encuentra en el aire atmosférico; pero se produce durante el funcionamiento de los motores de combustión. La sangre puesta en presencia de CO y O₂; es 200 veces más ávida de saturarse con el CO que con el O₂; por lo tanto el CO incapacita a la sangre para transportar el O₂ a los tejidos, y consecuentemente se produce la hipoxia. El tanque puede contener este gas cuando el compresor de aire tiene una falla de lubricación o absorción de los propios gases de la combustión, o la toma de aire se encuentra cercana al escape de algún vehículo o del propio compresor.

Respirando aire que sólo contenga 0,05% comienzan las molestias y si contiene 0,1% de CO comienzan las graves alteraciones. No hay manifestaciones previas.

El tratamiento consiste en exponer a la víctima en un lugar aireado, si no reacciona administrar O₂ (actúa como estimulante del centro respiratorio).

• **Intoxicación por nitrógeno (narcosis nitrogénica)**

Aunque el nitrógeno y otros gases inertes son químicamente estables, bajo concentraciones elevadas producen efectos reversibles sobre el sistema nervioso. Estos efectos son en general similares a los debidos a la intoxicación por alcohol o a las sustancias narcóticas y es por esto que reciben el nombre de "narcosis". Cuando la tensión tisular del N₂ \geq 4bar, los efectos empiezan a manifestarse; pero es muy variable de un individuo a otro. Son los buzos autónomos con aire los expuestos a este tipo de efecto, pudiéndose dar casos muy por encima de los -30 m, dependiendo del estado general del buzo. Los síntomas típicos son la euforia despreocupación, alteración de la capacidad de raciocinio y de concentración, pérdida de memoria y desorientación. La pérdida de la capacidad de juicio y de orientación, típica de este fenómeno, puede hacer incurrir al buzo en otros accidentes y eventualmente incluso al ahogamiento.

Solo se debe ascender a menor profundidad hasta que desaparezcan los síntomas (ascenso controlado).

• **Síndrome de descompresión (embolia gaseosa)**

El síndrome de descompresión es el término empleado para denominar a la enfermedad aguda conocida en medicina como embolia gaseosa producida por una disminución brusca de la presión atmosférica.

Esta enfermedad se caracteriza por la aparición de pequeñas burbujas e inflamación.

La formación de burbujas de nitrógeno en la sangre y tejidos luego de un buceo, es la causa de diversos trastornos que caracterizan a este síndrome.

Según la ley de Henry "la disolución de un gas en un líquido

es directamente proporcional a la presión, siempre que se mantenga constante la temperatura."

Por consiguiente los tejidos y humores orgánicos se van saturando con el tiempo en proporción directa a la presión del aire que se está respirando, a su vez esta presión depende de la profundidad en que se encuentra el buzo. De ahí que adquiere suma importancia la relación Profundidad-Tiempo, para saber el grado de saturación de los tejidos.

Debido a que las grasas son capaces de retener cinco veces más nitrógeno que el agua contenida en sangre y tejidos, se requerirá un período más largo de tiempo para desaturar este tipo de tejido. También hay tejidos dentro del cuerpo que tienen un riego sanguíneo pobre. Estos tejidos también requieren un largo período de tiempo para desembarazarse del nitrógeno absorbido, ya que el lento flujo de la sangre a través de ellos les proporciona una lenta difusión del gas.

El proceso de la saturación de nitrógeno, así como su eliminación por el cuerpo humano, se desarrolla durante un período de 9 a 12 horas antes de alcanzar el equilibrio. Este período es debido a los tejidos grasos y tejidos de lento riego sanguíneo. El cuerpo tiende a saturarse en el mismo lapso de tiempo, sea cual sea la presión inicial aplicada, y será necesario un período igual de tiempo para desaturarse desde cualquiera de esas presiones.

El grado de saturación del cuerpo por los gases depende de tres factores principales:

- Profundidad de buceo (presión inicial).
- Duración de la inmersión (tiempo de exposición).
- Eficiencia circulatoria y respiración del buceador.

Los síntomas dependerán del lugar donde se hayan alojado las burbujas de nitrógeno, así como de su tamaño.

El 50% de los síntomas aparecen durante los primeros 30 minutos después de la inmersión. El 85% de los síntomas aparecen en la primera hora después de la inmersión. El 95% de los síntomas aparecen durante las 3 primeras horas después de la inmersión. El 99% de los síntomas aparecen antes de las 6 horas después de la inmersión. Normalmente la sintomatología se manifiesta durante la primera hora de retorno a la superficie, pero en el 1% de los casos puede presentarse a partir de las 6 horas.

- Cuando las burbujas se alojan en los tejidos del sistema central nervioso, los síntomas son: debilidad o parálisis en los músculos, vértigo, zumbido en los oídos, visión borrosa. La víctima generalmente describe estos síntomas como si sintiera agujas o alfileres en el área afectada y las piernas "dormidas".
- Cuando las burbujas se forman en el torrente sanguíneo venoso, pasan a los pulmones obstruyendo el flujo de sangre, causando dificultad al respirar, tos, dolor en el pecho y cianosis.

Hay dos tipos de gravedad de signos y síntomas:

- Tipo 1 o leve:

Dolor en las articulaciones de los brazos, hombros y piernas no modificado por los movimientos, ni la presión ni el tacto.

Prurito.

- Tipo 2 o graves:

Buzo confuso	Dificultad en la respiración
Dolor abdominal	Frío intenso
Convulsiones	Trastornos al andar
Debilidad corporal	Colapso e inconciencia
Parálisis de brazos y/o piernas	Prurito (especialmente en las zonas pilosas de la cara)
Anormalidades visuales	Sensación de quemadura localizada
Vértigos y mareos	Manchas en la piel (sobre todo en la parte superior del tórax, brazos y piernas)
Pérdida del habla	Trastornos auditivos

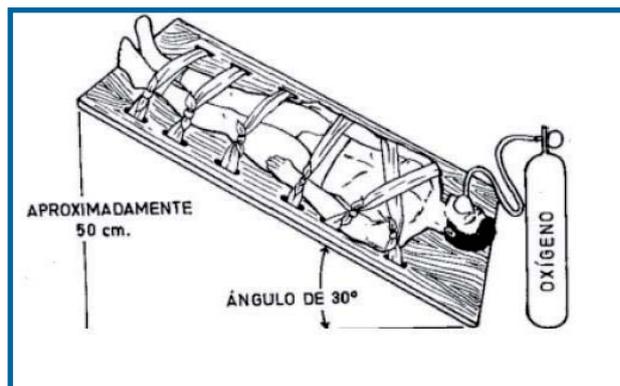
En el tratamiento, lo más importante es saber reconocer los síntomas del accidente de descompresión. Una vez que el diagnóstico se ha determinado, se comunica de inmediato al lugar donde se encuentre la **cámara hiperbárica**, para la preparación del tratamiento y para tener la oportunidad de consultar en caso de duda.

La transporte del paciente a la cámara hiperbárica debe hacerse con la mayor rapidez, sobre todo si se trata de síntomas del tipo II.

La víctima debe ser transportada como se ve en la figura 1, inclinada y ligeramente recostada sobre su lado izquierdo, para que las burbujas vayan hacia los pies y no a la cabeza.

Se debe verificar que la víctima tenga las vías respiratorias despejadas y suministrarle oxígeno continuamente hasta llegar a la cámara. El oxígeno ayudará a eliminar el nitrógeno y también a oxigenar los tejidos afectados. Si es necesario, tape a la víctima a fin que mantenga su temperatura corporal.

Si el transporte se hace por helicóptero o avión, la altura empeorará la descompresión, aumentando el tamaño de las burbujas. Lo indicado es volar lo más bajo posible, a no más de 300 metros o, en su defecto, presurizar la cabina.



CONCLUSIONES

Las particularidades fisiológicas del buceo hacen necesario el seguimiento de reglas estrictas y el respeto de los límites de seguridad, por lo que la práctica segura del buceo (particularmente en el caso del buceo autónomo) requiere de una formación específica. Cada país es responsable de la reglamentación y control de este tipo de actividad recreativa, y por regla general se exige una titulación reconocida que certifique el conocimiento de las reglas y normas, así como en determinados casos, un mínimo experiencia, que habitualmente se establece exigiendo un determinado número de inmersiones previas.

Un buen buceador debería de cumplir el siguiente **decálogo para una inmersión segura**:

1. Pasar una revisión médica con un especialista al principio de la temporada
2. Comprobar el estado del material
3. Reconocer las propias limitaciones
4. No bucear nunca solo, siempre acompañado
5. Conocer el entorno
6. Realizar siempre parada de seguridad de cinco minutos a tres metros
7. Respetar el periodo de descanso entre inmersiones que nunca debe ser inferior a dos horas
8. Hacer una segunda inmersión siempre de menor profundidad que la primera
9. No hacer subidas y bajadas en diente de sierra debajo del agua
10. No bucear al límite de la no descompresión.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz Soler, F. El submarinismo: manual básico de iniciación. (ASEEF-1999)
- Desolá, J. Fisiología y Fisiopatología del Buceo. Ed. Marín, Barcelona. 1989.
- Ávila Recatero, Luis. Por debajo de la cota cero. Ed. Hispano Europea. 2004.
- Malamas J.P. Aprender a Bucear. Ed. Hispano Europea. 1999

DESARROLLO DE LOS CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

CUANTIFICACIÓN DEL PRODUCTO ENFERMERO

DEVELOPMENT OF CARE UNITS IN THE MANAGEMENT OF NURSING CARE. PRODUCT QUANTIFICATION OF NURSING

■ Antonio Márquez Alfonso¹

¹ DE Hospital de la Mujer. HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen

Las unidades de gestión de cuidados de enfermería están constituidas para dar una respuesta adecuada a la población, siendo el marco adecuado de relación entre los profesionales y los usuarios-clientes. Basándonos en la implicación de los profesionales en la unidad de cuidados de enfermería y en función de las necesidades concretas que puedan presentar los usuarios, se enfoca nuestro quehacer profesional diario en base a la estandarización de los procesos más prevalentes en cada unidad. Asimismo y con la intención de que la cadena sanitaria no llegue a romperse, se mantendrán la coordinación e interrelación con atención primaria de salud mediante la información y coordinación entre ambos niveles asistenciales.

La unidad de gestión de cuidados de enfermería como centro de responsabilidad de productos intermedios, funciona con el modelo de gestión descentralizada ofertando sus servicios a las unidades clínicas que lo necesiten, aumenta las responsabilidades de los profesionales y su autonomía, favorece la satisfacción del usuario e incrementa la satisfacción del profesional. La metodología a emplear es la aplicación del método científico a la solución de problemas el cual nos permite actuar de forma sistemática, al planificar nuestra actividad mediante la utilización de documentación enfermera unificada y homologada. La unidad de gestión de cuidados de enfermería debe tener en cuenta tres niveles de gestión que se producen en la relación profesional-usuario y que son las siguientes:

- Terapia individual.
- Gestión asistencial.
- Gestión de la unidad.

Entendemos por producto enfermero los cuidados prestados a los clientes en relación con sus necesidades acreditadas, e identificarlo de forma objetiva con el producto final. Esto resulta fundamental ya que permite establecer mecanismos de comparación y mejora con criterios de rentabilidad y resultados.

Todo lo anteriormente expuesto, aumenta los niveles de eficacia, efectividad y eficiencia, incrementando de esta forma la calidad asistencial y la atención integral al usuario.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Desarrollo de los cuidados.
- ✓ Unidad de gestión.
- ✓ Producto enfermero.

Abstract

Management units of nursing care are set up to provide an adequate response to the population, be the appropriate framework for relations between professionals and users-customers. Building on the involvement of professionals in the nursing care unit and according to specific needs that can present users, focuses our professionals daily based on the standardization of processes prevalent in each unit. Also, with the intention that the healthcare chain does not break, will remain the coordination and interaction with primary health care through information and coordination between the two levels of care.

The management unit of nursing care as the center of intermediate product liability, work whit the decentralized management model offering its services to the clinical units that need it, increases the responsibilities of professionals and their autonomy, promotes user satisfaction and increases professional satisfaction. The methodology used is the application of scientific method to solve problems which allows us to act systematically, to plan our activity through the use of unified and standardized nursing documentation. The managed care unit nurse should take into account three levels of management that occur in the professional-user relationship and that are:

- Individual therapy.
- Care-management.
- Management Unit.

We understand nursing care products provided to clients in relation to their needs and identify proven objectively with the final product. This is important because it allows to establish mechanisms for comparison and improvement of profitability and results. All of the above increased levels of efficiency, effectiveness and efficiency, thereby increasing the quality of care and comprehensive care to the user.

KEY WORDS:

- ✓ Care development.
- ✓ Management unit.
- ✓ Product nurse.

INTRODUCCIÓN

La gestión de los servicios de enfermería, está inmersa en la propia gestión global de los centros. Por otra parte, el progresivo envejecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida, la aparición de nuevas patologías, el aumento de enfermedades crónicas, el desarrollo demográfico intenso en zonas periurbanas, la existencia de grupos de riesgo más vulnerables a patologías concretas, entre otros factores, nos llevan a pensar que la demanda de servicios sanitarios y específicamente de cuidados de enfermería será cada vez mayor. Nuestro método de trabajo es el Proceso de Atención de Enfermería ya que nos permite sistematizar las actuaciones enfermeras y estandarizar uno de los soportes de la actividad asistencial tanto en atención primaria como en atención especializada: los cuidados. El Proceso de Atención de Enfermería garantiza la profesionalidad de los cuidados que se prestan, porque cuenta con una estructura formal de trabajo sobre la que edificar la planificación de las actividades. Permite una actuación enfermera consensuada y unificada y además es una forma coherente de evaluar la calidad prestada por el equipo enfermero. De esta forma definiremos de forma concreta y correcta la importancia de nuestro papel profesional ante el usuario y ante la sociedad en general, alcanzando unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales. Siempre tendremos en cuenta la coordinación e interrelación entre los distintos niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial. En las unidades de gestión se prestan y ofertan cuidados enfermeros profesionales, fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a nuestros clientes y a sus cuidadores de forma continuada, proporcionándoles un alto grado de bienestar desde el punto de vista biopsicosocial, ayudándoles a conseguir la máxima independencia a través del diagnóstico enfermero y el plan de cuidados. Manteniendo la línea de proporcionar a los pacientes cuidados enfermeros de alta calidad, la unidad de gestión de cuidados parte con una cartera de servicios basada en intervenciones de enfermería, registro de valoración inicial, planes de cuidados estandarizados según los grupos relacionados con el diagnóstico (GDR's) más prevalentes en la unidad e informe de continuidad de cuidados para garantizar la continuidad asistencial. Dicha unidad de gestión oferta asimismo un producto enfermero que se define como cada una de las actividades ó grupo de ellas que los enfermeros ejecutan sobre el paciente y/o comunidad y que, en colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, tienen utilidad respecto a la recuperación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Como unidad de medida para la cuantificación del producto enfermero se utilizan las unidades relativas de valor (URV), equivaliendo cada una de ellas a un minuto de tiempo de trabajo enfermero. Existen distintos grupos de trabajo que intentan desarrollar diversos catálogos de productos enfermeros como la escala de niveles de dependencia del estudio de gestión analítica SIGNO II, escala de BARTHEL, clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC), etc.

METODOLOGÍA

La Unidad de Gestión de cuidados debe tener en cuenta los tres niveles de Gestión que se producen en la relación profesional-usuario y que son las siguientes:

A) Terapia individual.

Es uno de los aspectos fundamentales, pues va a darnos el factor de eficacia. En esta unidad en la que su actuación principal es la de impartir cuidados de enfermería, cobra una importancia decisiva la elaboración de buenos planes de cuidados de enfermería con objetivos claros encaminados hacia el autocuidado y la reinserción, lo antes posible, del paciente a su entorno socio-familiar. Debe contener asimismo las intervenciones necesarias para la coordinación con atención primaria ó servicios sociales en aquellos casos en que sea previsible la necesidad de su actuación.

B) Gestión Asistencial.

Este factor debe encaminarse hacia la efectividad de los cuidados y al aprovechamiento de los recursos. En este sentido, es imprescindible la elaboración de protocolos asistenciales y la aplicación de los mismos de la forma más racional posible. Es asimismo necesario la asignación clara de enfermería y la utilización de registros adecuados que garanticen la continuidad de cuidados.

C) Gestión de la Unidad.

Cualquier nivel de autonomía debe llevar ensamblado el nivel de responsabilidad. Las decisiones relacionadas con la gestión de recursos tienen un impacto sobre los costes de los cuidados.

La Unidad debe gestionar sus presupuestos, a través de un contrato de gestión teniendo en cuenta factores como los siguientes:

- Medición de actividad-Compromiso de actividad.
- Medición de costes-coste por proceso.
- Seguimiento de desviaciones presupuestarias.
- Seguimiento de consumos de farmacia y fungible sanitario.
- Actuaciones sobre la curva A-B-C de los productos de mayor consumo.
- Optimización de recursos humanos:
Contratación, absentismo, libranzas, etc.

La metodología a emplear es la aplicación del método científico a la resolución de problemas, que nos permite actuar de forma sistemática, al planificar nuestra actividad mediante la utilización de documentación enfermera unificada y homologada.

La Unidad entendiendo la gestión como el conjunto de procesos que tienen lugar entre profesionales y usuarios, desarrollará la producción enfermera en los siguientes niveles:

- NIVEL DE EFICACIA

La unidad seguirá priorizando aquellos procesos ó grupo de pacientes que tienen una alta necesidad de cuidados

Desarrollo de los Cuidados en las Unidades de Gestión de Cuidados de Enfermería

enfermeros, y cuyo resultado final depende en gran medida de la práctica de enfermería. Para estos procesos seguirán elaborándose planes de cuidados guía, que orienten la intervención enfermera a través de un conjunto homogéneo de intervenciones enfermeras hacia la resolución de los problemas reales y/o potenciales.

Como criterios organizativos básicos la unidad de enfermería debe utilizar sistemáticamente la documentación enfermera siguiente:

- Documento de valoración inicial.
- Plan de cuidados consistente en documento para la identificación de problemas según taxonomía NANDA, y planificación de intervenciones.
- Documento para la realización de seguimiento y evaluación e informe de continuidad de cuidados que garantice la continuidad de cuidados interniveles.

- NIVEL DE EFECTIVIDAD

La unidad desarrollará un programa de mejora de los procesos, normalizando la práctica de enfermería. La Unidad decidirá los procesos a ser mejorados, considerando los problemas de mayor incidencia y trascendencia ó las intervenciones que deben ser reguladas (acogida al paciente, elaboración y seguimiento de planes de cuidados, cumplimentación de registros, circulación interna, etc.).

Existirá un manual de procedimientos al respecto con indicadores de aplicación y evaluación. Todas las intervenciones de enfermería quedarán registradas en la documentación enfermera, facilitando la continuidad de cuidados tanto en atención primaria como en atención especializada, incidiendo de esta manera en una mayor satisfacción de los ciudadanos.

- NIVEL DE EFICIENCIA

El proceso de enfermería debe ser medido y valorado individualmente. No obstante, se establecerá un coste estandarizado por proceso mediante la asignación de Unidades Relativas de Valor para todas las intervenciones de enfermería incluidas en la cartera de servicios. El presupuesto clínico da información de costes directos e indirectos, así como de márgenes controlables desde la unidad. En el plan de gestión de la unidad se estudiarán aquellos puntos críticos y márgenes de mejora de la eficiencia. A partir de aquí se profundizará en cuáles son sus oportunidades de mejora y se elaborarán protocolos de gestión y optimización de recursos.

MISIÓN Y PRINCIPALES LÍNEAS ESTRATÉGICAS

La misión de la unidad de gestión de cuidados de enfermería es prestar y ofertar cuidados profesionales, fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a nuestros clientes y a sus cuidadores, de forma continuada, proporcionándoles un alto grado de bienestar biopsicosocial y ayudándoles a conseguir la máxima independencia, mediante el Diagnóstico Enfermero y el plan de cuidados.

Las líneas estratégicas de la unidad de gestión de cuidados son las siguientes:

- 4) El cuidado individualizado y sistemático a través del proceso de enfermería y de la asignación enfermero-a/paciente.
- 2) La normalización de la práctica mediante la estandarización de planes de cuidados para los principales tipos de pacientes ingresados en la unidad.
- 3) La continuidad de cuidados mediante la cumplimentación rigurosa de los registros de cuidados y de estrategias de comunicación con los diferentes niveles y sectores.
- 4) La satisfacción de los clientes tanto internos como externos a través de la exploración de sus necesidades y expectativas y de evaluar la conformidad con las mismas.
- 5) La mejora de la efectividad y eficacia promoviendo la formación continuada, la investigación y la mejora continua de los procesos.
- 6) La preocupación por la eficiencia, para lo cual se mantendrá activamente el sistema de información sobre producto y coste que permita diseñar objetivos de mejora.

El equipo de enfermería de la unidad tendrá como foco de sus intervenciones las citadas a continuación:

- Las alteraciones de los pacientes para satisfacer sus necesidades básicas.
- Los déficits de autocuidado de los pacientes y, en su caso, de su cuidador principal.
- Las necesidades de cuidados derivadas de las intervenciones médicas ó de otros profesionales.
- La coordinación entre los diferentes servicios sobre el paciente.
- La continuidad de cuidados.

La unidad deberá ofrecer las siguientes garantías a sus pacientes:

- La ayuda necesaria para compensar los problemas relacionados con la satisfacción de sus necesidades básicas.
- La mejora de sus propios recursos de autocuidado y adaptación.
- Su participación en el plan de cuidados para lo que recibirá la información necesaria para seleccionar entre alternativas y tomar decisiones.
- El mantenimiento de los vínculos con su medio social conforme a sus características y deseos.
- Cuidados sustentados en los principios de la ética profesional y en los conocimientos científico-técnicos, incorporando sus progresos.

CARTERA DE CLIENTES

Los clientes que potencialmente pueden tener acceso a la unidad de gestión de cuidados de enfermería pueden acudir a través de varias vías (servicio de urgencias, consultas, traslados de otras unidades u otros centros hospitalarios, usuarios previos de la unidad que reingresen por desestabilización y/o reagudización, etc.). Y las salidas van ir dirigidas fundamentalmente al domicilio, atención primaria, consultas externas u otros centros hospitalarios.

El perfil de los distintos clientes que ingresan en la unidad de gestión puede variar en función de los niveles de dependencia que presente cada uno de ellos y que van desde usuarios que precisen cuidados mínimos y que por tanto necesitan un tiempo de enfermería menor, hasta usuarios que precisen cuidados muy amplios, que por tanto su nivel de dependencia de mucho mayor y que por consiguiente necesitan un tiempo de enfermería mucho mayor. En este sentido, aquí tenemos por tanto una de las formas de cuantificar el producto enfermero al poder medir el tiempo de enfermería que empleamos en cada una de las intervenciones de enfermería que realicemos a estos usuarios mediante las unidades relativas de valor.

CARTERA DE SERVICIOS

Manteniendo la línea de proporcionar a los pacientes cuidados de enfermería de alta calidad, la unidad de gestión de cuidados parte de una cartera de servicios basada en la oferta de intervenciones de enfermería, múltiples registros como son el de valoración inicial al ingreso del paciente, escalas de valoración de niveles de dependencia, heridas por presión, planes de cuidados estandarizados para cada uno de los grupos relacionados con el diagnóstico más prevalentes en la unidad, protocolos asistenciales (organización de la actividad de la unidad, actividad por turno, abastecimiento, revisión y mantenimiento de material, medicación, aparataje, etc.), informe de continuidad de cuidados y demás documentación enfermera que garantice la interrelación y coordinación interniveles.

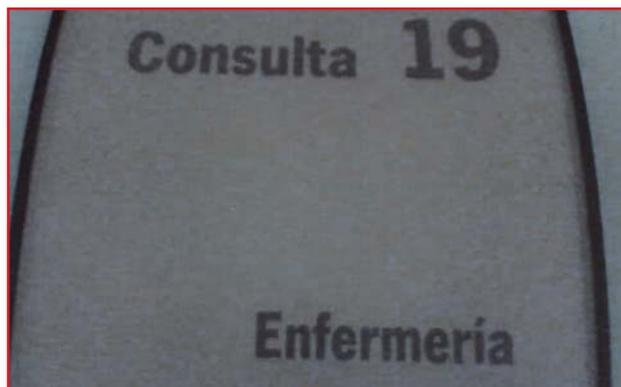
La unidad de gestión de enfermería oferta cuidados y otras actividades como guías de actuación para la práctica asistencial con el objetivo de disminuir la variabilidad clínica, asegurar la mejor evidencia científico-técnica e incidir en los grupos de pacientes más frecuentes en la unidad.

Al hablar de cartera de servicios, estamos ofertando incluida en la misma la calidad de los mismos. Por tanto, el propio sistema debe permitir garantizar la calidad de las intervenciones que ofertamos. En este sentido, esta forma de llevar a cabo nuestro quehacer profesional diario, junto con la utilización de un lenguaje enfermero consensuado y unificado, nos supondrá a la profesión de enfermería un reconocimiento de nuestra labor profesional tanto por parte del resto del equipo interdisciplinar, como por parte del usuario y de la sociedad en general, saldremos beneficiados tanto nosotros como los usuarios y alcanzaremos unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales.

DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO ENFERMERO

A los profesionales de enfermería les corresponde realizar el producto intermedio que como división responsable de ello, les está encomendado, para que unido a los productos intermedios de otras divisiones, se consiga un producto final único que es el producto sanitario.

De esta forma, al producto derivado de la actividad enfermera, se le denomina producto enfermero. De la misma forma, podemos afirmar que el producto enfermero se define como cada una de las intervenciones ó grupo de ellas que los enfermeros ejecutan sobre el paciente ó comunidad



y que en colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, tienen utilidad respecto a la recuperación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Una vez definido el producto enfermero, tenemos que contar con una protocolización y estandarización requisitos sin los cuales sería imposible abordar una puesta en marcha de un sistema. Por otra parte es imprescindible la codificación de cada uno de los productos para su posterior análisis tanto cualitativo como cuantitativo.

El producto enfermero lo llevan a cabo profesionales autorizados legalmente para ello, que son los que saben cómo hacerlo. Incorporan en el proceso los conocimientos y habilidades adquiridas y realizan la adaptación necesaria a las singularidades del paciente.

La acción enfermera científica y profesional se basa en el proceso de atención de enfermería. Una forma lógica de caracterizar productos enfermeros es vincular éstos con los diagnósticos de enfermería y con las técnicas requeridas en la acción. A la hora de cuantificar el producto enfermero debemos tener en cuenta el diagnóstico de enfermería que nos sirve para catalogar las demandas del paciente desde la visión de los cuidados, además de las medidas cuidadoras y técnicas realizadas por enfermería y, por supuesto la elaboración de un catálogo de intervenciones realizadas y definido por cada unidad de forma que permita ir agregando y desagregando los distintos grupos de intervenciones y a partir de aquí pueden hacerse ponderaciones de cada intervención concreta y aplicársele su peso correspondiente. Existen en la actualidad diversos grupos de trabajo que intentan desarrollar catálogos para la medición del producto enfermero.

Me referiré en este punto al contrato-programa de asistencia sanitaria que pretende ser una herramienta eficaz de gestión. Se trata de un pacto que se realiza entre la Dirección-Gerencia del SAS y los distritos sanitarios y hospitales. Se formaliza en un documento que contiene una serie de objetivos para su consecución e indicadores que irán marcando el grado de cumplimiento de estos objetivos. Se trata nuevamente de la búsqueda de la eficiencia, lo que mueve a los gestores sanitarios a desarrollar este concepto de acuerdo formal por escrito.

Los catálogos para la medición y cuantificación del producto enfermero posibilitan imputar tiempos por paciente y grupos relacionados con el diagnóstico y traducirlo a coste y facturación.

El estudio de tiempos de Enfermería posibilita:

Desarrollo de los Cuidados en las Unidades de Gestión de Cuidados de Enfermería

- Determinar la cartera de servicios enfermeros de cada hospital.
- Hacer visibles los cuidados de enfermería en el producto final.
- Agrupar pacientes en función del consumo de recursos a partir de las intervenciones de Enfermería.
- Determinar actividades por pacientes, traducirlas a unidades relativas de valor y por tanto, asignar esta variable a cada grupo relacionado con el diagnóstico.
- Dimensionar necesidades de personal por necesidades de cuidados.

La imputación de costes enfermeros se basa en la valoración y conocimiento individualizado de las necesidades de cuidados de los usuarios y de las intervenciones que se realizan para satisfacerlas.

La utilización de planes de cuidados y demás registros homologados en cada unidad, se convierte en un instrumento de comunicación entre los profesionales lo cual contribuye a consensuar y unificar el lenguaje enfermero y a desarrollar una práctica profesional de calidad. La facturación se realiza por plan de cuidado según catálogo homologado. Si hemos definido nuestra cartera de servicios, podemos ofertarla a nuestros clientes, establecer los mínimos de calidad y hacer la difusión que corresponde para que seamos identificados con dicha cartera de servicios, solamente tenemos que asignarle a nuestro producto enfermero su coste correspondiente.

NORMAS DE CALIDAD

Es una definición válida de la calidad de los cuidados que incluye los criterios con los cuales se puede evaluar la eficacia de los mismos. Describe qué deberá hacerse y cómo se beneficiará el paciente de unos buenos cuidados. Debe ser válida ya que debe redundar en resultados positivos para el paciente y evaluable ya que debe incluir criterios que la haga mensurable.

NORMA DE CALIDAD DE ESTRUCTURA

Define la esencia de los cuidados de enfermería que se comunican a otros y la esencia de las decisiones de enfermería. Debe desarrollarse en los siguientes casos:

- Al educar al paciente y a su familia u otros allegados.
- En la comunicación terapéutica con los pacientes y sus familiares u otros allegados.
- En la planificación intra e interdisciplinaria de las reuniones y en las decisiones de enfermería.
- Cuando tengan que registrarse los datos del paciente y sus cuidados de enfermería.
- Cuando tengan que suministrarse datos a otros miembros del equipo.

NORMA DE CALIDAD DE PROCESO

Define la calidad de la ejecución de los cuidados de enfermería y debería utilizarse en todas las actividades de enfermería.

NORMA DE CALIDAD DE RESULTADO

Define el cambio esperado en el estado de salud del paciente y su entorno mediante los cuidados de enfermería, así

como el grado de satisfacción de aquél respecto a los mismos. Pueden describir la ausencia de resultados negativos y la presen

REDACCIÓN DE NORMAS DE CALIDAD DE PROCESO PARA UNA INTERVENCIÓN

Las normas de proceso pueden escribirse para todos los procedimientos

Y asegurar así que los objetivos de la actividad se consigan y que los pacientes no experimenten complicaciones o inconvenientes innecesarios durante la ejecución de la intervención.

Existen varias etapas en la redacción de normas de calidad de proceso para una intervención:

- Identificar la intervención y los objetivos de la misma.
- Especificar las acciones esenciales de enfermería para el logro de los objetivos.
- Valorar cómo debe realizarse cada acción esencial de enfermería.
- Combinar las normas de calidad de proceso en un orden lógico.
- Establecer la validez de las normas de calidad de proceso.

Cuando se completa la última etapa, tendremos la norma de calidad de proceso lista para la ejecución.

REDACCIÓN DE NORMAS DE CALIDAD DE PROCESO PARA UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA O UNA NECESIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Existen varias etapas para redactar las normas de calidad de proceso para un problema real ó potencial de enfermería:

- Definir el cuidado de enfermería y especificar la estructura del tiempo.
- Identificar los objetivos del cuidado de enfermería y especificar las intervenciones necesarias para alcanzar estos objetivos.
- Seleccionar las observaciones relativas a las intervenciones y especificar cuándo debe aplicarse cada intervención.
- Combinar las normas de calidad de proceso en un orden lógico y establecer la validez de las normas de calidad de proceso.

NORMAS DE CALIDAD DE RESULTADO.

Definen el cambio esperado en el estado de salud del paciente después de que éste haya recibido el cuidado de enfermería, así como los cambios ambientales relacionados con él y el grado de satisfacción del mismo.

COMPONENTES DE LAS NORMAS DE CALIDAD DE RESULTADO.

Una norma de calidad de resultado es una descripción específica del paciente y del entorno que se espera que éste tenga después de que haya recibido los cuidados de enfermería. Existen tres componentes:

- El resultado esperado.
- Cuando ocurrirá.
- Cómo se puede detectar.

El resultado esperado es una descripción del impacto de los cuidados de enfermería en el paciente, su familia o su entorno. Cuando ocurrirá: La dimensión temporal necesita definirse en la mayoría de normas de calidad y nos permite saber cuándo se ha conseguido el resultado.

Cómo pueden identificarse los resultados: Es necesario para ello una descripción exacta de la conducta del paciente ó del entorno del mismo que se espera observar cuando se aplica la norma.

REDACCIÓN DE NORMAS DE CALIDAD DE RESULTADO PARA UNA INTERVENCIÓN

Existen varias etapas para redactar las normas de calidad de resultado para una intervención:

- Identificar la intervención, los objetivos de la intervención, los resultados positivos esperados y los resultados negativos que se pueden prevenir.
- Especificar cuándo espera que se de cada resultado.
- Clarificar la descripción de los resultados esperados.
- Combinar las normas de calidad de resultados en un orden lógico.
- Establecer la validez de las normas de calidad de resultado.

PRINCIPIOS DE CALIDAD TOTAL.

- Incorporación del punto de vista del cliente.
- Ejemplaridad de la dirección.
- Preocupación por la mejora continua.
- Adhesión de todos los profesionales.
- Cambio en la cultura organizacional.
- Evaluación y planificación de la calidad.
- Rápida circulación de la información.

CONCLUSIONES

- La unidad de gestión de cuidados de enfermería desempeña cuidados profesionales fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a sus clientes y a sus cuidadores de forma continuada proporcionándoles un alto grado de bienestar físico, psíquico y social y ayudándoles a conseguir la máxima independencia a través del diagnóstico

enfermero y del plan de cuidados, alcanzando de este modo unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales.

- La unidad de gestión de cuidados se convierte en centro de responsabilidad de productos intermedios y funciona con el modelo de gestión descentralizada ofertando su cartera de servicios a los usuarios y unidades clínicas que lo necesiten. Esto sirve de herramienta de reconocimiento profesional de cara al usuario, al resto del equipo multidisciplinar y para la sociedad en general.
- La metodología a emplear por la unidad de gestión de cuidados es la aplicación del método científico a la resolución de problemas que nos permite actuar de forma sistemática, al planificar nuestra actividad mediante la utilización de documentación enfermera unificada y homologada.
- El logro al menor coste de aquello que la sociedad valora más es la eficiencia.
- Un sistema de información de gestión analítica debe permitir identificar el sujeto, el producto de la actividad hospitalaria y su coste.
- El producto enfermero es cada una de las intervenciones o grupo de ellas que los enfermeros ejecutan sobre el paciente o comunidad y que en colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, tienen repercusión respecto a la recuperación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- La imputación de costes enfermeros se basa en la valoración y conocimiento individualizado de las necesidades de cuidados de los usuarios y de las intervenciones que se realizan para satisfacerlas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Fetter R.B., Freeman J.L. " Grupos relacionados con el diagnóstico: gestión por líneas de productos en hospitales". Cap 7. En: Casas M.: "Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencias y perspectivas de utilización". Ed. Masson.
2. Ferrús Lena. Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de Enfermería: Estudio descriptivo. Rev. Enfermería Clínica; sep-oct 2000; vol. 10; nº 5; pág.: 190-198.
3. Acuerdo de gestión 2001 de Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería del Hospital Duques del Infantado.
4. Riu i Camps, Marta. Producto enfermero. Medida del tiempo por procesos. Rev. Rol de Enfermería; nº 220; dic 2000; pág: 24-33.
5. Mintzberg H. Mintzberg y la dirección. Ed. Díaz de Santos.

ANEMIA EN EL RECIÉN NACIDO

ANEMIA IN THE NEWBORN CHILD

- José Ramón Toro López¹
- Andrés Cotos Guerra²
- M^a del Carmen Torrejón Delgado³

¹ DE. Dto. Hematología, Hospital Virgen Macarena. Sevilla

² DE-Documentalista. Unidad de documentación clínica del Hospital Virgen Macarena. Sevilla

³ DE. Residencia el Olivo.

Resumen

Actualmente la naturaleza de la anemia en el recién nacido es considerada como multifactorial, por lo que la fisiopatología de la anemia de los prematuros aun no se conoce con absoluta claridad. Para intentar dar un poco de luz a este problema empezamos por ponernos en contacto con el Departamento de Estadística de nuestro Hospital, solicitándole aporten el número de casos de Recién Nacidos en nuestro hospital durante los años 2007 y 2008 ya que al comienzo de este estudio los datos referentes al año 2009 aún no estaban disponibles. Dos preguntas surgieron de estos datos, la primera de ellas fue ¿Por qué nacen tantos niños con anemias? y la segunda fue ¿Por qué se dan más casos de niños con anemias que de niñas?

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Anemia,
- ✓ Recién Nacido,
- ✓ Prematuro,
- ✓ EPO.

Abstract

Nowadays the nature of the anemia in the newborn child is considered like multifactorial, for what the fisiopatología of the anemia of premature babies even does not know herself with absolute clarity. Pour essayer de donner un peu d'une lumière sur ce problème nous commençons pour nous mettre en rapport avec le Département de la Statistique de notre Hôpital, en le sollicitant ils nous apportaient le nombre de cas de Nouveau-nés apparus dans notre hôpital pendant les années 2007 et 2008 puisque au commencement de cette étude les données référantes au 2009 n'étaient pas toujours disponibles. Deux questions ont surgi de ces données, la première d'elles il est été ¿Why are so many children born with anemias? And the second one was ¿why do more children's cases give themselves with anemias that of girls?

KEY WORDS:

- ✓ Anemia,
- ✓ Newborn child,
- ✓ Premature baby,
- ✓ EPO.

Trabajo presentado como comunicación el jueves 14 de octubre a las 12,20 h. en el 15º CONGRESO NACIONAL DE A.N.E.H. ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA celebrado en Tarragona durante los días 14, 15 y 16 de Octubre de 2010.

INTRODUCCIÓN:

Los problemas hematológicos son relativamente frecuentes en los recién nacidos y en ocasiones pueden llegar a ser extremadamente graves. Hay que tener en cuenta que el sistema hematológico durante este tiempo experimenta un desarrollo muy precoz con el fin de satisfacer las elevadas necesidades de oxígeno del feto en su etapa de crecimiento; como sucede con casi todos los órganos y sistemas, la hematopoyesis neonatal funciona al límite de sus posibilidades con una escasa capacidad compensatoria ante aumentos por parte de la demanda que se produce, por ello la naturaleza de la anemia en el recién nacido es considerada como multifactorial, lo que da lugar a que la fisiopatología de la anemia de los prematuros aun no se conozca con absoluta claridad, por otro lado, se ha observado que los prematuros suelen tener concentraciones inadecuadamente bajas de EPO cuando existe una anemia significativa, además también hemos de tener en cuenta que existen unos hematíes grandes, con una vida media mas corta que en la edad adulta a consecuencia de su menor distensibilidad y adaptabilidad, además de poseer una membrana más inmadura que les hace más sensibles a la hemólisis y a la peroxidación.

ACTUALIDAD:

En los Recién Nacidos postérmino se pueden diferenciar dos tipos de anemias:

La anemia precoz.- Que es evidenciada en las dos primeras semanas de vida, donde los principales mecanismos involucrados suelen ser las enfermedades graves y el volumen de sangre extraída para estudios de laboratorio.

Anemia tardía.- Que se produce a partir de la 2ª y 3ª semanas de vida donde desarrollan una anemia hiporregenerativa, normocítica y normocrómica, que se caracteriza por una progresiva disminución de la concentración de Hb. Una de las posibles consecuencias es la persistente falta de una producción adecuada de eritropoyetina (EPO) en respuesta a la hipoxia tisular.

También podemos encontrarnos otras causas:

Hemorragias.- Dentro de las cuales podemos encontrarnos con *causas obstétricas* como consecuencia de desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa o malformaciones de placenta y cordón. *Hemorragia en periodo fetal* como consecuencia de la Transfusión fetomaterna, feto-fetal o hemorragia post-amniocentesis. *Hemorragias en periodo neonatal* como pueden ser la Hemorragia intracraneana, pulmonar, gastrointestinal, hematoma renal, suprarrenal, retroperitoneal, hepático, cefalohematoma subaponeurótico, enfermedad hemorrágica del RN.

Hemólisis.- Que pueden ser debidas a *causa inmunológica* como es el caso de la enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO, RH, Subgrupos y enfermedades maternas como Lupus Eritematoso diseminado. *A trastornos hereditarios de los glóbulos rojos (GR)* como consecuencia de defectos estructurales de la membrana (microesferositosis congénita de Minkowski-Chauffard), enzimáticos (Piruvato kinasa. Y Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, y hemoglobi-nopatías (talasemia y anemia falciforme). Y la *Hemólisis adquirida* como consecuencias de infecciones, coagulación intravascular diseminada, déficit de vitamina E, o anemia hemolítica microangiopática.

Defectos en la producción de Glóbulos Rojos.- Con motivo de Infecciones, Drogas maternas, Leucemia congénita y/o Anemia del prematuro.

OBJETIVOS

En cuanto a los objetivos, nos planteamos en primer lugar averiguar *¿por qué motivo nacen Recién Nacidos con anemias?* Para ello, empezamos por conseguir el máximo de datos referentes a los casos de anemias en los recién nacidos, comenzando por averiguar cuándo se consideraba una anemia en el RN. Para algunos autores se considera anemia cuando el hematocrito es de un 45% o menor, para otros autores este límite lo establecen desde un 42% o bien cuando la Hb es inferior a 14 o 15 gr/dl en la primera semana de vida. Finalmente el diagnostico se basa principalmente en los valores aceptados según la edad gestacional y la edad post-natal.



Toma de muestras

Anemia en el recién nacido

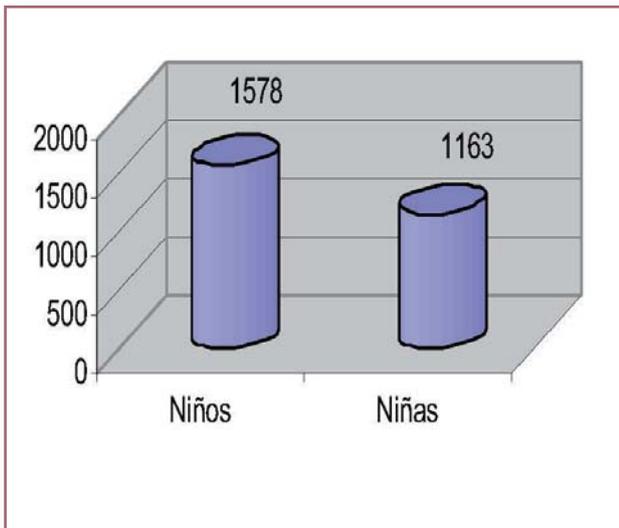


Gráfico 1. Años 2007-2008 (de 0 a 6 años)

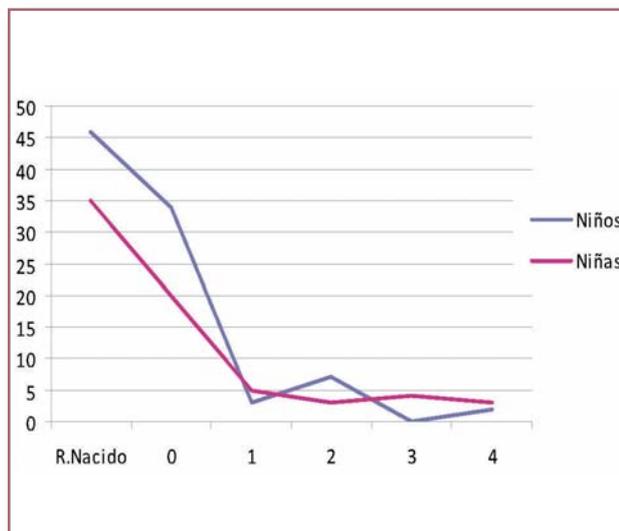


Gráfico 2. 2007 de 0 a 4 años de edad

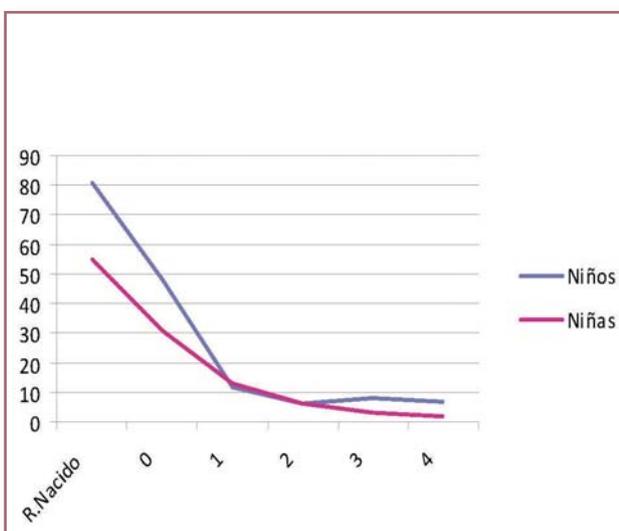


Gráfico 3. 2008 de 0 a 4 años de edad

METODOLOGÍA:

Todos los resultados fueron Analizados en contador hematológico Beckman Coulter LH 750

Elegimos un tipo de Estudio descriptivo, tipo transversal; con el fin de conocer su posible factor de riesgo y la prevalencia de la anemia en estas edades. Por lo tanto y con la intención de evitar el posible error aleatorio utilizamos los datos referentes a la población de nuestro hospital, por lo que nos pusimos en contacto con el departamento de estadística y le solicitamos aquellas altas diagnosticadas de anemias durante los años 2007 y 2008, ya que los datos referentes al año 2009 aún no se encontraban terminados al comienzo de este estudio, el resultado fue una población total de 66.148 pacientes. (Ver gráficos).

DISCUSIÓN:

Como el estudio iba a ser dirigido a los niños, empezamos en una primera selección acotando todas aquellas altas diagnosticadas de edades comprendidas entre los 0 y 6 años, sin tener en cuenta ningún tipo de patología, los resultados que obtuvimos fueron de 1578 casos para los niños y de 1163 para las niñas. Al ver que el número de casos se mantenía estable a partir de los 4 años de edad, decidimos acotar en una segunda fase aquellos casos de alta diagnosticados de anemia que estuviesen comprendidas entre los 0 y 4 años, los resultados fueron de 127 casos para los niños y de 90 para las niñas; en este punto aparecían claramente dos clasificaciones claras de anemias, una las hemolíticas y otras las generales (por lo tanto inespecíficas), por lo que una vez llegados a este punto separamos ambos tipos de anemias, los resultados fueron que los casos de anemia hemolítica en el año 2007 fueron de 11 Niños y de 13 Niñas, y en el 2008 fueron de 17 Niños y 7 Niñas. En estos resultados vimos como cada año el número de casos variaba tanto en cantidad como entre un sexo y otro, por lo que vimos que existía ningún tipo de repetición, así que no le dimos más importancia ya que su causa es conocida. En cuanto a los casos de anemia general, los resultados fueron los siguientes: en el año 2007 los Niños fueron 36 y las Niñas 25; y en el año 2008 los Niños fueron 60 y las Niñas 44, sin embargo aquí si observamos como el número de casos era mayor en los niños que en la niñas tanto en el año 2007 como en el 2008, es decir se daban más casos de anemias en niños que niñas; a pesar de que vimos como parecían estabilizarse a partir de los 4 años, nos llevó a una segunda pregunta en nuestro estudio:

¿Por qué se daban más casos de Recién nacidos niños con anemias que de niñas?.

Al ver que se estabilizaba a partir del año de edad pensamos que el problema realmente se producía en el nacimiento por lo que al final decidimos realizar el estudio en niños y niñas con menos de 1 año, ya que a partir de esta edad el número de casos disminuía, los resultados de niños y

niñas menores de 1 año de edad fueron de 96 casos para los niños y de 79 para las niñas. A pesar de todo quisimos afinar aún más y finalmente el estudio definitivo se realizó en Recién Nacidos con menos de 28 días; los resultados fueron que entre los años 2007 y 2008 el número de casos totales fueron de 59 para los niños frente a 37 para las niñas. A pesar de seguir reduciendo la edad en el estudio volvimos a ver que seguían siendo más casos en niños que en niñas.

CONCLUSIÓN:

Tras haber mantenido contactos con Pediatras y Hematólogos y consultada la bibliografía de la que dispusimos llegamos a la siguientes conclusiones y resultados sobre las dos preguntas de nuestro estudio.

En cuanto a la primera de las preguntas

¿Por qué motivo nacen Recién Nacidos con anemias?

Llegamos a la conclusión de que una de las posibles causas podría ser una continua falta de producción adecuada de eritropoyetina (EPO) en respuesta a la hipoxia tisular. Hemos de tener en cuenta que la eritropoyesis comienza en la vida fetal alrededor del día 14º de gestación, esta eritropoyesis hasta el segundo trimestre ocurre predominantemente en el hígado, después aumenta su producción en médula ósea de una forma progresiva, llegando a ser de exclusividad en este órgano al término del embarazo. Durante la vida fetal, el hígado es el sitio predominante para la formación de eritropoyetina, después del nacimiento esta

producción se desvía hacia el riñón; la posible baja concentración de eritropoyetina frente a la disminución de concentración de hemoglobina (hipoxia tisular) podría deberse a la escasa respuesta del sensor hepático, aunque también hay autores que piensan que en este caso concreto pueda deberse a la inmadurez de las células peritubulares renales, de todas formas tampoco hemos de olvidar que durante los 2 ó 3 primeros meses de vida, los glóbulos rojos del recién nacido tienen una esperanza de vida menor (90 días, en lugar de los 120 días de vida en el adulto).

En cuanto a la segunda de nuestras interrogantes

¿Por qué se dan más casos de Recién nacidos niños con anemias que de niñas?

Llegamos a la conclusión de que ya que el niño suele presentar un mayor tamaño que las niñas, una posible hipótesis podría ser debido a una posible dilución de la misma debida a la rápida velocidad de crecimiento del niño, lo que podría dar lugar a que se produjese una especie de hemodilución que desaparecería cuando pudiese tener desarrollada la capacidad de reproducción celular. También hemos tener en cuenta la aparición de un descenso de la concentración de Hb como consecuencia de la disminución de la producción de la masa eritrocitaria. Para terminar no hemos de olvidar que una parte importante de la volemia del feto se distribuye en los vasos placentarios; por ello, la cantidad de sangre que se desplace del feto a la placenta o en sentido inverso, de la placenta al feto, tras el parto y antes de la ligadura del cordón, posiblemente podría condicionar la volemia, el hematocrito y la hemoglobina del neonato.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Brown MS, Berman ER, et al. Prediction of the need for transfusion during anemia of prematurity. J Pediatr 1990; 116: 773.
- Cloherty JP, Stark AR. Manual de cuidados intensivos neonatales. Masson, 1999.
- Carbonell X, Figueras J. Anemia de la prematuridad. Tratamiento con eritropoyetina. En: Raspall F, Demestre X, editores. Tópicos en neonatología II. Barcelona: EASO, 2000; p. 273-88.
- Cloherty, Dame C, Juul SE. El cambio desde eritropoyesis fetal hacia la del adulto. Hematología neonatal. Clin Perinatol 2000; 27: 497-518.
- Gallagher PD, Ehrenkranz RA. Administración de eritropoyetina contra la anemia de la prematuridad. Clin in Perinatol 1993; 20: 163.
- L. Cabero Roura, D. Saldivar Rodríguez, E. Cabrillo Rodríguez Obstetricia y medicina materno-fetal/. Obstetricia Enfermería maternoinfantil, 2007.
- Omeñaca F. Hematología Perinatal. En: Hematología y Oncología Pediátricas. Madero L, Muñoz Villa A. Ergon, 1997.
- Rhondeau SM, Christensen RD, et al. Responsiveness to recombinant human erythropoietin of marrow erythroid progenitors from infants with the "anemia of prematurity". J Pediatr 1988; 112: 935.

PRIMERA VISITA INFORMATIVA EN ANTICOAGULACIÓN ORAL: VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MAS PREVALENTES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

- Adolfo Núñez García¹
- Ana M^a Moltó Boluda²
- Ismael Núñez Leon³
- Ana Poza Inglés⁴

¹ DE C. Salud. "Las Beatas" Distrito Sevilla Sur.

² DE C. Salud. "La Plata" Distrito Sevilla.

³ DE C. Salud. "Andorra".

⁴ DE Distrito Sevilla Sur.

Resumen

En los últimos años, el número de pacientes con tratamiento anticoagulante oral se ha incrementado de manera significativa.

El uso cada vez más frecuente de los anticoagulantes orales, a edades cada vez más avanzadas y en múltiples indicaciones, está haciendo que sea cada vez más frecuente, encontrarnos en las consultas de enfermería de Atención Primaria a pacientes en tratamiento con estos fármacos.

El conocimiento de todos los aspectos relacionados con el tratamiento anticoagulante se han convertido en muy necesarios para el profesional de Enfermería que tiene que cuidar a estos pacientes, ya sea en visita domiciliaria, consulta programada o de urgencia en su Centro de Salud.

La finalidad que persigue este trabajo es recomendar pautas de actuaciones comunes, para poder informar a los pacientes sobre todos los aspectos que harán posible que el tratamiento sea eficaz y que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente anticoagulado.

¿Como? Mediante uno de los principales papeles de la enfermería: la Educación Sanitaria, a través de la Visita Informativa de Enfermería sobre anticoagulación oral, de forma que el paciente aumente su nivel de conocimiento, adquiriendo mayor grado de autonomía y asumiendo su parte de responsabilidad (actitud de autocuidado).

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Educación Sanitaria.
- ✓ Anticoagulación oral.
- ✓ Patrones funcionales/ NIC/ NOC/ NANDA.
- ✓ Cuidados Enfermeros.
- ✓ Visita Informativa de Enfermería.

Abstract

In the last years, the number of patients with oral anticoagulating treatment has been increased of significant way. The use more and more frequents of the oral anticoagulants, to ages more and more outposts and in multiple indications, it is making that are more and more frequent, find us in the consultations of Primary Attention to patients in treatment with these drugs. The knowledge of all the aspects related to the anticoagulating treatment has become very necessary for the professional of Infirmary that it must take care of these patients, or domiciliary visit, consults programmed or emergency in their Center of Health. The purpose that persecutes east work is to recommend you rule of action common to be able to inform to the patient ones on all the aspects that will make possible that the treatment is effective and that they can help to improve the quality of life of the anticoagulated patient. Like? By means of one of the main papers of the infirmary: the Sanitary Education, of form that the patient increases to his level of knowledge, acquiring greater degree of autonomy and assume his part of responsibility (self medication attitude).

KEY WORDS:

- ✓ Sanitary education.
- ✓ Oral Anticoagulation.
- ✓ Care Nursing.
- ✓ NIC / NOC.
- ✓ It visits informative of infirmary.

INTRODUCCIÓN:

Nos hemos aventurado a realizar este trabajo, ante la detección de unos niveles de conocimientos con los que llegan los pacientes a nuestros centros de Salud, respecto a su enfermedad y al tratamiento muy bajo, cuando son dados de alta por el hospital de referencia.

Nosotros creemos que debemos buscar instrumentos para contrarrestar estas causas y que mejor herramienta que la educación sanitaria, a través de la Visita Informativa de Enfermería sobre Anticoagulación Oral.

DESCRIPCIÓN SOCIAL DE LA ZONA:

Este trabajo se ha realizado en el Centro de Salud "CAMPO DE LAS BEATAS". Distrito Sevilla Sur, con una población aproximada de 10.050 personas adscrita a dicho centro, de los cuales entre 80-85 pacientes son atendidos para control de su anticoagulación oral.

CARACTERÍSTICA DE LA POBLACIÓN ANTICOAGULADA

Los pacientes incluidos en el programa de anticoagulación oral, tienen como característica tipo a una persona con una media de edad de 70 años.

El grupo de edad más significativo oscila entre 71 – 80 años de edad, en relación al sexo prácticamente hay igual número de hombres y mujeres, mientras el diagnóstico más prevalente es la Fibrilación Auricular con un 68% de pacientes. (Tabla y Gráfico 1).

GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	Nº PACIENTES	%
20-40	2	3
40-50	3	4
51-60	10	12
61-70	22	27
71-80	31	38
81-90	13	16
SEXO		
VARONES	40	49
MUJERES	41	51
ETIOLOGIA		
FA	55	68
PROTESIS	14	17
TEP-TVP	12	15

Tabla 1. TVP: trombosis venosa profunda;
TEP: tromboembolia pulmonar

En relación a los fármacos que toman, como puede apreciarse en el gráfico, la mayoría son pacientes Polimedificados. (Tabla 2).

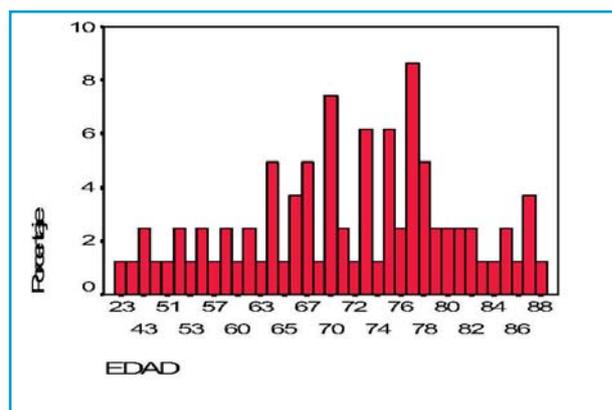


Gráfico 1

81 PACIENTES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLO ANTICOAGULANTES	7	8,6	8,6	8,6
HASTA 3 MEDICAMENTOS	25	30,9	30,9	39,5
POLIMEDICADOS	49	60,5	60,5	100,0
TOTAL	81	100,0	100,0	

Tabla 2. FÁRMACOS

Por último, destacar que las actividades de la vida diaria del grupo de pacientes anticoagulados, es decir el Índice de BARTHEL, nos indica que la mayoría son personas dependientes +- 63% (Tabla 3).

81 PACIENTES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MENOR 65 AÑOS	12	14,8	14,8	14,8
INDEPENDIENTE	39	48,1	48,1	63,0
DEPENDIENTE LEVE	14	17,3	17,3	80,3
DEPENDIENTE MODERADO	13	16,0	16,0	96,3
DEPENDIENTE SEVERO	3	3,7	3,7	100,0
Total	81	100,0	100,0	

Tabla 3. BARTHEL

Primera visita informativa en anticoagulación oral

VISITA INFORMATIVA DE ENFERMERÍA

Al recibir el alta hospitalaria por el hematólogo y continuar su tratamiento en atención primaria, hemos considerado necesario, antes del primer control, la realización de una visita informativa, para detectar el grado de conocimiento que traen dichos pacientes de su tratamiento.

Debemos centrarnos primordialmente en obtener la mayor información que pueda sernos útil, para poder detectar los diagnósticos más frecuentes y a partir de ellos proponer una serie de criterios de resultados, estableciéndose para alcanzarlos las intervenciones que se consideran más oportunas, y las actividades enfermeras destinadas a tal fin. Y todo ello atendiendo a la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), así como a la NOC (Nursing Outcomes Classification), y a la NIC (Nursing Interventions Classification).

Cada criterio de resultado u objetivo tiene asociado una serie de indicadores utilizados para determinar el estado del paciente con respecto a dicho resultado. Para cuantificar cada uno de estos indicadores se utiliza una escala tipo likert de cinco puntos. Tablas 1, 2 y 3

Nosotros, hemos utilizado, el modelo por patrones funcionales de Gordon y los más interesantes para llevar a cabo, nuestra labor pueden ser:

VALORACIÓN ENFERMERÍA:

- Percepción/ control de salud

* Nos centraremos preferentemente en saber que información tiene de su enfermedad y percepción de la misma.

* Hábitos tóxicos: relacionados con el alcohol y tabaco

* Consumo de fármacos:

- Ver el tratamiento habitual que está siguiendo, comprobando si se ha producido algún cambio en la medicación.

- Verificaremos el fármaco y dosis por comprimido del medicamento que toma, y preguntaremos si se han producido olvidos (cumplimiento del tratamiento).

- Si consume productos de farmacia y herbolarios.

* Comprobar la presencia de signos o síntomas de hemorragia.

- Nutricional / Metabólico

* Las recomendaciones alimentarias, deben ir encaminadas a comer de todo y de forma variada y equilibrada (sin cambios bruscos).

Los únicos alimentos contraindicados son los que le hayan restringido por otras causas como pueden ser las dietas por hipertensión, colesterol o diabetes.

Debe moderarse el consumo de alimentos ricos en vitamina K, especialmente ciertos vegetales de hoja verde, pues tan inadecuado es consumir una excesiva cantidad, como dejar de tomarlos por completo.

Si es importante comunicar, si se va a iniciar una dieta, sobre todo si es de adelgazamiento o vegetariana, para que se prevean los controles necesarios y así reajustar la dosificación en caso de que sea preciso.

* Higiene:

- Recomendar: hábitos de ducha y / o baño, a diario.

- Evitar la sequedad de la piel, aconsejando la hidratación para mayor flexibilidad.

- Inspeccionar la presencia de signos como hematomas, heridas etc.

- Usar cepillos dentales de cerdas suaves.

- No usar cuchillas de afeitar y si maquinillas eléctricas.

- Eliminación

Debemos centrarnos en la Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones de evacuación urinaria e intestinal:

Trastornos del ritmo intestinal:

-Evitar el estreñimiento.

-Diarrea y cambios en la coloración de las heces (sangre).

Trastornos Urinarios:

Coloración de la orina (hematuria).

Sin olvidar que el color anaranjado de la orina es normal.

-Actividad / ejercicio

Valorar movilidad y actividades de la vida diaria que realiza, por el riesgo de caídas.

Indicar la no realización de ejercicios violentos o prácticas deportivas violentas.

- Cognitivo/perceptual

Valoración de los estímulos sensoriales, cognitivos, dificultades de aprendizaje, que puedan interferir:

- Toma de medicación.

- Dificultad para seguir el tratamiento.

-Comprensión e interpretación, sobre el manejo de la hoja de dosificación.

-Nivel de conocimientos respecto a las medidas que debe observar para un adecuado control del INR.

- Función y relación

-Comprobar dependencia o discapacidad.

-Ambiente familiar: vive sólo, cuidador, red de apoyo familiar.

-Ambiente laboral: ocupación; se puede viajar, evitando estar sentado durante mucho tiempo,

(dificultad para control por viajes, riesgo de accidentes)

- Sexualidad / reproducción

Hombre: problemas prostáticos

Mujer: Evitar el embarazo, en caso afirmativo comunicar inmediatamente al médico.

anticoncepción, sangrado.

- Afrontamiento /tolerancia al estrés

Ver la capacidad o incapacidad de afrontamiento o pedir ayuda.

- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo excesivo de tabaco.
- Alteraciones de la conducta de adaptación.

Diagnósticos Enfermeros

Nos hemos centrados en aquellos que pueden dar toda la información acerca de su enfermedad, régimen de vida, uso correcto de los medicamentos prescritos y el saber actuar en situaciones de riesgo.

1º DIAGNÓSTICO: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)

Al hablar de conocimientos deficientes hacemos referencia a la enfermedad que sufre el paciente y su tratamiento médico. Es deber enfermero aclarar toda duda que presente dicho paciente sobre su estado de salud, así como la educación del mismo para un buen uso de la medicación prescrita: ¿qué está tomando?, ¿cómo ha de tomarlo?, ¿cuándo ha de tomarlo?, ¿efectos adversos y secundarios?, ¿posología?, ¿revisión y controles?

R/C: Mala interpretación de la información y/o falta de memoria.

M/P: Deficiencias en el seguimiento del tratamiento y/o conductas inadecuadas.

NIC

- * Administración de Medicación Oral. (2304).
- * Enseñanza de medicamentos prescritos. (5616).
- * Facilitar el Aprendizaje. (5520).

NOC

- * Conocimientos: Medicación. (1808).

NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTAN- CIAL	EXTENSO
1	2	3	4	5

Objetivo Principal: Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para manejar su situación de salud.

2º DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN. (00070)

Hablamos de deterioro de la adaptación cuando el paciente no es capaz de asimilar el cambio producido en su estado de salud y lo que ello conlleva. Desde el punto de vista enfermero, una de las mejores formas de abarcar este cambio es mediante la educación sanitaria del paciente, con respecto a su nuevo estado de salud.

Definición:

Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

R/C: Cambios en su conducta debido a su estado de salud.

M/P: Incapacidad para controlar la situación.

INTERVENCIONES. (NIC).-

- * Aumentar el Afrontamiento. (5230).
- * Establecimiento de objetivos comunes. (4410).
- * Apoyo en toma de decisiones. (5250).

RESULTADOS. (NOC).-

- * Aceptación: Estado de Salud. (1300).
- * Conducta Terapéutica: Enfermedad. (1609).

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECIENTE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

Objetivo Principal: Modificar su estilo de vida o conducta de acuerdo con los cambios requeridos por su estado de salud.

3º DIAGNÓSTICO: RIESGO DE CAÍDAS. (00155)

Hablamos de Riesgo de Caídas porque este tipo de pacientes que toman anticoagulantes orales presentan problemas en la circulación sanguínea (hemorragias, trombosis, CID, etc.) por lo tanto, es imprescindible evitar todo tipo de traumatismos, bien sea a nivel de hogar o en su ambiente cotidiano. Por este motivo, se pacta con el paciente una serie de actividades que tienen como fin evitar caídas, reforzando así su seguridad.

Definición: *Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.*

R/C: Con la edad, disminución de fuerzas en MMII, deterioro de la movilidad, alteraciones sensitivas... visuales, etc.

INTERVENCIONES. (NIC).-

- * Prevención de Caídas. (6490).

RESULTADOS. (NOC).-

- * Conocimientos: Seguridad Personal. (1809).

NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTAN- CIAL	EXTENSO
1	2	3	4	5

Objetivo Principal: Mantener en todo momento la integridad corporal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	RESULTADOS. (NOC).	INTERVENCIONES (NIC).
<p>(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.</p> <p>Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p> <p>R/C: Mala interpretación de la información y/o falta de memoria.</p> <p>M/P: Deficiencias en el seguimiento del tratamiento y/o conductas inadecuadas.</p> <p>Objetivo Principal: Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para manejar su situación de salud.</p>	<p>* Conocimientos: Medicación. (1808).</p> <p>Definición: <i>Nivel de entendimiento transmitido sobre el uso seguro de la medicación.</i></p> <p>1°.- Reconocimiento de la necesidad de informar al profesional sanitario de toda la medicación que se está tomando.</p> <p>2°.- Declaración del nombre correcto de la medicación.</p> <p>3°.- Descripción de la administración correcta, acciones, efectos indeseados y precauciones de los anticoagulantes.</p> <p>4°.- Explicación detallada de los procedimientos de urgencias.</p> <p>5°.- Explicación detallada de las conductas de alto riesgo personal.</p>	<p>* Administración de Medicación Oral. (2304).</p> <p>Definición: <i>Preparar y administrar medicación por la boca.</i></p> <p>1°.- Determinar el grado de conocimiento sobre los anticoagulantes orales y la comprensión de cómo debe administrar el paciente dicha medicación.</p> <p>2°.- Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos de los anticoagulantes.</p> <p>3°.- Determinar las posibles interacciones y contraindicación de la medicación.</p> <p>* Enseñanza de medicamentos prescritos. (5616).</p> <p>Definición: <i>Preparar al paciente para que tome de forma segura la medicación y observar sus efectos</i></p> <p>1°.- Informar al paciente acerca del propósito y acción de la medicación.</p> <p>2°.- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos.</p> <p>3°.- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse sólo la medicación.</p> <p>4°.- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.</p> <p>5°.- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.</p> <p>6°.- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación. (conducir, viajar).</p> <p>7°.- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.</p> <p>* Facilitar el Aprendizaje. (5520).</p> <p>Definición: <i>Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.</i></p> <p>1°.- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.</p> <p>2°.- Utilizar un lenguaje familiar.</p> <p>3°.- Fomentar la participación activa del paciente.</p> <p>4°.- Evitar establecer límites de tiempo.</p> <p>5°.- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p> <p>6°.- Responder a las preguntas de forma clara y concisa.</p>

ESCALA DE LIKERT

	NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO
1		2	3	4	5

PROCESO DIAGNÓSTICO, INTERVENCIONES Y RESULTADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	INTERVENCIONES (NIC).	RESULTADOS. (NOC).												
(00126)	<p>* Administración de Medicación Oral. (2304). Definición: Preparar y administrar medicación por la boca.</p> <p>1º.- Determinar el grado de conocimiento sobre los anticoagulantes orales y la comprensión de cómo debe administrar el paciente dicha medicación.</p> <p>2º.- Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos de los anticoagulantes.</p> <p>3º.- Determinar las posibles interacciones y contraindicación de la medicación.</p>	<p>* Conocimientos: Medicación. (1808). Definición: Nivel de entendimiento transmitido sobre el uso seguro de la medicación.</p>												
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.	<p>* Enseñanza de medicamentos prescritos. (5616). Definición: Preparar al paciente para que tome de forma segura la medicación y observar sus efectos</p> <p>1º.- Informar al paciente acerca del propósito y acción de la medicación.</p> <p>2º.- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos.</p> <p>3º.- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse sólo la medicación</p> <p>4º.- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.</p> <p>5º.- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación</p> <p>6º.- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación. (conducir, viajar).</p> <p>7º.- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="375 817 399 918">NINGUNO</th> <th data-bbox="406 817 430 918">1</th> <th data-bbox="438 817 462 918">2</th> <th data-bbox="470 817 494 918">3</th> <th data-bbox="502 817 526 918">4</th> <th data-bbox="534 817 558 918">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="375 593 399 806">ESCALA DE LIKERT</td> <td data-bbox="406 593 430 806"></td> <td data-bbox="438 593 462 806"></td> <td data-bbox="470 593 494 806"></td> <td data-bbox="502 593 526 806"></td> <td data-bbox="534 593 558 806"></td> </tr> </tbody> </table> <p>1º.- Reconocimiento de la necesidad de informar al profesional sanitario de toda la medicación que se está tomando.</p> <p>2º.- Descripción del nombre correcto de la medicación.</p> <p>3º.- Descripción de la administración correcta, acciones, efectos indeseados y precauciones de los anticoagulantes.</p> <p>4º.- Descripción de las posibles interacciones con otros fármacos.</p> <p>5º.- Explicación detallada de los procedimientos de urgencias.</p> <p>6º.- Explicación detallada de las conductas de alto riesgo personal.</p>	NINGUNO	1	2	3	4	5	ESCALA DE LIKERT					
NINGUNO	1	2	3	4	5									
ESCALA DE LIKERT														
	<p>* Facilitar el Aprendizaje. (5520). Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información</p> <p>1º.- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo</p> <p>2º.- Utilizar un lenguaje familiar.</p> <p>3º.- Fomentar la participación activa del paciente.</p> <p>4º.- Evitar establecer límites de tiempo.</p> <p>5º.- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p> <p>6º.- Responder a las preguntas de forma clara y concisa.</p>													

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	RESULTADOS. (NOC).	INTERVENCIONES (NIOC).										
<p>000070) DETERIORO DE LA ADAPTACION.</p> <p>Definición: Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud</p> <p>R/C: Actitudes negativas hacia la conducta de salud.</p> <p>M/P: Incapacidad para controlar la situación.</p> <p>Objetivo Principal: Modificar su estilo de vida o conducta de acuerdo con los cambios requeridos por su estado de salud.</p>	<p>* Aceptación: estado de salud. (1300).</p> <p>Definición: Reconciliación con los cambios de salud.</p> <p>1°.- Reconocimiento de la realidad de su situación de salud.</p> <p>2°.- Mantener las relaciones sociales y familiares que se hayan visto afectadas.</p> <p>3°.- Se adapta al cambio en el estado de salud.</p> <p>4°.- Tranquilidad.</p> <p>5°.- Buscar información.</p> <p>6°.- Toma decisiones relacionadas con la salud.</p> <p>* Conducta Terapéutica: Enfermedad. (1609).</p> <p>Definición: Acciones encaminadas a mejorar su enfermedad.</p> <p>1°.- Cumple las precauciones recomendada.</p> <p>2°.- Cumple el régimen Terapéutico y de Medicación recomendados.</p> <p>3°.- Cumple los Tratamientos y Actividades prescritos.</p> <p>4°.- Evitar conductas que potencien o disminuyan la patología.</p> <p>5°.- Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición. (mediante revisiones periódicas acordadas con el propio paciente).</p> <p>6°.- Busca consejos de un profesional cuando es necesario.</p> <p>ESCALA DE LIKERT</p> <table border="1" data-bbox="1220 936 1310 1478"> <thead> <tr> <th></th> <th>RARA VEZ</th> <th>A VEGES</th> <th>FRECUENTE</th> <th>SIEMPRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		RARA VEZ	A VEGES	FRECUENTE	SIEMPRE	1	2	3	4	5	<p>* Aumentar el Afrontamiento (5230).</p> <p>Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>1°.- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación (tras hablar con el paciente y conocer el motivo por el que no es capaz de afrontar la situación y, de esta manera, buscar con el otras alternativas).</p> <p>2°.- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronósticos (folletos que describan el significado de la enfermedad, así como los inconvenientes, complicaciones, alimentación).</p> <p>3°.- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados (una vez detallada la actual situación).</p> <p>4°.- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.</p> <p>5°.- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</p> <p>6°.- Presentar al paciente personas que hayan pasado por la misma experiencia con éxito (asociaciones y grupos de ayuda).</p> <p>* Establecimiento de objetivos comunes (4410).</p> <p>Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados, desarrollar un plan para alcanzar estos objetivos</p> <p>1°.- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.</p> <p>2°.- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.</p> <p>3°.- Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.</p> <p>4°.- Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos.</p> <p>5°.- Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados.</p> <p>6°.- Coordinar con el paciente fechas de revisiones para valorar el progreso de los objetivos.</p> <p>* Apoyo en toma de decisiones. (5250).</p> <p>Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre sus cuidados.</p> <p>1°.- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.</p> <p>2°.- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativas.</p> <p>3°.- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.</p> <p>4°.- Proporcionar la información solicitada por el paciente.</p> <p>5°.- Servir de enlace entre el paciente y familia.</p> <p>6°.- Remitir a grupos de apoyo, si procede.</p>
	RARA VEZ	A VEGES	FRECUENTE	SIEMPRE								
1	2	3	4	5								

PROCESO DIAGNÓSTICO, INTERVENCIONES Y RESULTADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	INTERVENCIONES (NIC).	RESULTADOS. (NOC).												
<p>(00070)</p> <p>DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN</p> <p>Objetivo Principal: Modificar su estilo de vida o conducta de acuerdo con los cambios requeridos por su estado de salud.</p>	<p>5.- Ayudar al Ayudamiento (5210) Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>1º.- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación (tras hablar con el paciente y conocer el motivo por el que no es capaz de afrontar la situación y, de esta manera, buscar con el otras alternativas).</p> <p>2º.- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronósticos (folletos que describan el significado de la enfermedad, así como los inconvenientes, complicaciones, alimentación).</p> <p>3º.- Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados (una vez detallada la actual situación).</p> <p>4º.- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.</p> <p>5º.- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</p> <p>6º.- Presentar al paciente personas que hayan pasado por la misma experiencia con éxito (asociaciones y grupos de ayuda).</p> <p>6.- Establecimiento de objetivos comunes (4410) Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados, desarrollar un plan para alcanzar estos objetivos</p> <p>1º.- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.</p> <p>2º.- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.</p> <p>3º.- Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.</p> <p>4º.- Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos.</p> <p>5º.- Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados.</p> <p>6º.- Coordinar con el paciente fechas de revisiones para valorar el progreso de los objetivos.</p>	<p>* Aceptación: estado de salud. (1300). Definición: Reconciliación con los cambios de salud.</p> <table border="1" data-bbox="454 235 542 884"> <thead> <tr> <th>ESCALA DE LIKERT</th> <th>NUNCA</th> <th>RARA VEZ</th> <th>A VECES</th> <th>FRECUENTE</th> <th>SIEMPRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>1º.- Reconocimiento de la realidad de su situación de salud.</p> <p>2º.- Mantener las relaciones sociales y familiares que se hayan visto afectadas.</p> <p>3º.- Se adapta al cambio en el estado de salud.</p> <p>4º.- Tranquilidad.</p> <p>5º.- Buscar información.</p> <p>6º.- Toma decisiones relacionadas con la salud.</p>	ESCALA DE LIKERT	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUENTE	SIEMPRE		1	2	3	4	5
ESCALA DE LIKERT	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUENTE	SIEMPRE									
	1	2	3	4	5									

<p>(00070)</p> <p>DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN</p> <p>Objetivo Principal: Modificar su estilo de vida o conducta de acuerdo con los cambios requeridos por su estado de salud.</p>	<p>* Apoyo en toma de decisiones. (5250). Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre sus cuidados.</p> <p>1°.- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.</p> <p>2°.- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativas.</p> <p>3°.- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.</p> <p>4°.- Proporcionar la información solicitada por el paciente</p> <p>5°.- Servir de enlace entre el paciente y familia</p> <p>6°.- Remitir a grupos de apoyo, si procede.</p>	<p>* Conducta Terapéutica: Enfermedad. (1609). Definición: Acciones encaminadas a mejorar su enfermedad.</p> <p>1°.- Cumple las precauciones recomendada.</p> <p>2°.- Cumple el régimen Terapéutico y de Medicación recomendados.</p> <p>3°.- Cumple los Tratamientos y Actividades prescritos</p> <p>4°.- Evitar conductas que potencien o disminuyan la patología.</p> <p>5°.- Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición. (revisiones periódicas acordadas con el propio paciente).</p> <p>6°.- Busca consejos de un profesional cuando es necesario.</p>
--	--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	RESULTADOS. (NOC).	INTERVENCIONES (NIC).										
<p>* (00155) RIESGO DE CAIDAS. Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.</p> <p>R/C: Con la edad, disminución de fuerzas en MMII, deterioro de la movilidad, alteraciones sensitivas..... visuales. etc.</p> <p>Objetivo Principal: Mantener en todo momento la integridad corporal.</p>	<p>* Conocimientos: Seguridad Personal. (1809). Definición: Conocer el grado de comprensión transmitido sobre la prevención de lesiones no intencionadas</p> <p>1º - Explicación detallada de las medidas a seguir para prevenir las caídas.</p> <p>2º - Explicación detallada de las medidas de seguridad en el hogar.</p> <p>3º - Explicación detallada de los beneficios (del uso de sistemas de seguridad en transportes públicos y privados). (cinturón de seguridad, casco, ir bien sentados).</p> <p>4º - Explicación detallada de los procedimientos de urgencias (ante cualquier hemorragia tanto externa como interna, que perciba el paciente que no cesa).</p> <p>5º - Explicación detallada de las conductas de alto riesgo personal (cualquier tipo de actividad que conlleve un riesgo de caídas, poniendo en conocimiento del paciente las medidas anteriormente descritas).</p> <p style="text-align: center;">ESCALA DE LIKERT</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>NINGUNO</th> <th>ESCASO</th> <th>MODERADO</th> <th>SUSTANCIAL</th> <th>EXTENSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO	1	2	3	4	5	<p>* Prevención de Caídas. (6490). Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto grado de lesionarse por caídas.</p> <p>1º - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas (supervisando tanto, el entorno en el que se desenvuelve habitualmente, como sus capacidades físicas y psíquicas).</p> <p>2º - Controlar la marcha, el equilibrio y cansancio en la deambulación.</p> <p>3º - Enseñar al paciente a utilizar bastón o andador, si procede.</p> <p>4º - Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.</p> <p>5º - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos</p> <p>6º - Mantener el ambiente libre de obstáculos,</p> <p>7º - Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</p> <p>8º - Disponer barandillas y apoyar manos visibles.</p> <p>9º - Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.</p> <p>10º - Disponer superficies antideslizantes en la bañera o ducha.</p> <p>11º - Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya andar y fomentar el equilibrio.</p> <p>12º - Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio.</p>
NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO								
1	2	3	4	5								

PROCESO DIAGNOSTICO, INTERVENCIONES Y RESULTADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	INTERVENCIONES (NIC).	RESULTADOS. (NOC).												
<p>* (00155)</p> <p>RIESGO DECAIDAS.</p> <p>Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.</p> <p>R/C: Con la edad, disminución de fuerzas en MMII, deterioro de la movilidad, alteraciones sensitivas.... visuales etc.</p> <p>Objetivo Principal: Mantener en todo momento la integridad corporal.</p>	<p>* Prevención de Caídas. (6490). Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto grado de lesionarse por caídas.</p> <p>1°.- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas (supervisando tanto, el entorno en el que se desenvuelve habitualmente, como sus capacidades físicas y psíquicas).</p> <p>2°.- Controlar la marcha, el equilibrio y cansancio en la deambulación.</p> <p>3°.- Enseñar al paciente a utilizar bastón o andador, si procede.</p> <p>4°.- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad</p> <p>5°.- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos</p> <p>6°.- Mantener el ambiente libre de obstáculos,</p> <p>7°.- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.</p> <p>8°.- Disponer barandillas y apoyar manos visibles.</p> <p>9°.- Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.</p> <p>10°.- Disponer superficies antideslizantes en la bañera o ducha.</p> <p>11°.- Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya andar y fomentar el equilibrio.</p> <p>12°.- Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio.</p>	<p>* Conocimientos: Seguridad Personal. (1809). Definición: Conocer el grado de comprensión transmitido sobre la prevención de lesiones no intencionadas</p> <table border="1" data-bbox="475 241 561 913"> <thead> <tr> <th>ESCALA DE LIKERT</th> <th>NINGUNO</th> <th>ESCASO</th> <th>MODERADO</th> <th>SUSTANCIAL</th> <th>EXTENSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>1°.- Explicación detallada de las medidas a seguir para prevenir las caídas.</p> <p>2°.- Explicación detallada de las medidas de seguridad en el hogar.</p> <p>3°.- Explicación detallada de los beneficios (del uso de sistemas de seguridad en transportes públicos y privados). (cinturón de seguridad, casco, ir bien sentados).</p> <p>4°.- Explicación detallada de los procedimientos de urgencias (ante cualquier hemorragia tanto externa como interna, que perciba el paciente que no cesa).</p> <p>5°.- Explicación detallada de las conductas de alto riesgo personal (cualquier tipo de actividad que conlleve un riesgo de caídas, poniendo en conocimiento del paciente las medidas anteriormente descritas).</p>	ESCALA DE LIKERT	NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO		1	2	3	4	5
ESCALA DE LIKERT	NINGUNO	ESCASO	MODERADO	SUSTANCIAL	EXTENSO									
	1	2	3	4	5									

Complicaciones potenciales

Hemorragia

El paciente anticoagulado deberá acudir a su centro habitual de control si sangra sin motivo, porque anteriormente nunca había sangrado, porque sangra más de lo que solía o porque le salen hematomas de manera espontánea.

Dependiendo de la intensidad y de la localización de las hemorragias, éstas pueden dividirse en:

Poco significativas:

Aquellas cuya pérdida de sangre es poco importante, cuya localización no presenta compromiso y que pueden estar desencadenadas por factores llamados "cotidianos". Las más frecuentes son:

- Hemorragia conjuntival: debida a fragilidad de los capilares, puede ser provocada por un estornudo, golpe de tos, frotamiento excesivo o una maniobra de Valsalva. No requiere medidas terapéuticas específicas.
- Epístaxis: puede ocurrir con congestión nasal, cuando se suena fuerte, cuando la mucosa está muy reseca por ambiente seco, porque hace mucho calor o porque se está muy cerca de una fuente de calor. Será suficiente con aplicación de un tapón con hemostático local. Se puede prevenir aplicando vaselina en fosas nasales y humidificando el aire de la habitación.

Se debe aconsejar al paciente el sonado de la nariz inmediatamente después del lavado matutino.

- Gingivorragias: la limpieza buco-dental debe ser esmerada y frecuente.
- Espustos hemoptóicos: la mayoría de las veces es procedente de la garganta, por lo que habría que descartar faringitis vírica. Los espustos matutinos pueden ser provocados por restos de sangre proveniente del sangrado nocturno de las encías, que puede coincidir o no con higiene dental deficiente. En este caso, habría que controlar la práctica habitual del cepillado, seguido de colutorios con algún antiséptico.
- Hematomas cutáneos: si aparecen tras traumatismo, aunque de poca intensidad, no son importantes. Son frecuentes en amas de casa al realizar los trabajos domésticos.
- Sangre roja en heces: si coincide con estreñimiento, puede ser debida a la presencia de hemorroides o fisura anal. Si ocurre con frecuencia, el paciente debe ser valorado por el cirujano para descartar otra causa.
- Menorragia: provocada la mayoría de las veces por un desarreglo hormonal, sobre todo en edades cercanas a la menopausia. En este caso es recomendable disminuir la actividad física.

Hemorragias significativas:

Nos obligan a adelantar la visita para realizar un control extra.

Incluye todas las siguientes si el sangrado es abundante y prolongado en el tiempo: meno-metrorragia, gingivorragia, hematomas generalizados tras caída o trauma, espustos hemoptóicos, epístaxis (si es copiosa, coincide con cifras tensionales elevadas o tensión diastólica superiora 95 mmHg, requiere taponamiento nasal, hacer descender la presión arterial y reajustar la dosis) y hematuria (hay que descartar siempre la infección urinaria o presencia de cálculos).

Hemorragias que requieren asistencia urgente:

Son aquellas que, ya sea por su localización o por la cantidad de sangre pérdida, pueden comprometer la vida o hacen necesario la transfusión de hemoderivados. Algunos ejemplos son: pérdida brusca de visión, epistaxis incoercible, hemoptisis, hematemesis, hematoma de pared abdominal, abdomen agudo o íleo, melenas, metrorragia, cefalea intensa con vómitos, etc. Se deben remitir siempre a un servicio de urgencias hospitalario y obligan, al menos de momento, a la suspensión del tratamiento anticoagulado

CONCLUSIONES

Concluimos con que:

- Es un derecho del paciente el estar informado y asesorado de las actuaciones que se van a llevar a cabo con él en el centro de salud.
- La Visita Informativa nos permite
 - ✓ Aumentar el grado de satisfacción para el paciente y familia.
 - ✓ Aumentar el nivel de conocimiento, adquiriendo mayor grado de autonomía y asumiendo su parte de responsabilidad. (Actitud de Autocuidado).
 - ✓ Disminuir la ansiedad y crear un clima de tranquilidad y confort.
- Poder detectar unos diagnósticos de enfermería en la valoración previa al paciente y poner en marcha una serie de intervenciones enfermeras encaminadas a conseguir unos resultados de calidad que mejoren nuestra labor asistencial. (NANDA, NIC, NOC).

Y por último, recomendar a los profesionales de enfermería, un instrumento válido con el ánimo de definir una forma de actuación y lenguaje común, para mejorar la calidad asistencial.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos nuestro agradecimientos a los pacientes y sus familias por su colaboración, sin los cuales, no hubiese sido posible realizarlo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª ed. Barcelona:Masson; 2004.
2. Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e Investigación. Josep Adolf Guirao-Goris, R. E. Camaño Puig, A. Cuesta Zambrana. Ed. Ediversitas Multimedia S.L. 2001.
3. Jonson M et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Hartcourt; 2003
4. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Elsevier- Mosby. Madrid. 2005.
5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid. 2003.
6. Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª Ed. Elsevier- Mosby. Madrid. 2005.
7. Carpenito, L J Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la Práctica Clínica. 9ª Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 2002.
8. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3 Ed. Madrid 1996.
9. Sánchez Gómez E, Garrido cabañas ML. La enfermedad tromboembólica y su prevención. *Enferm. Cardiol.* 2005; 12(34): 29-33.
10. Gordillo Lopez FJ, Puche Lopez N. Anticoagulación Oral en Atención Primaria.
11. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo para el seguimiento de pacientes con anticoagulantes orales con el método CoaguChek. Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud; 2005. Disponible en: http://www.fundacioninfosalud.org/TAO/TAO_SAS_CoaguChek.pdf
12. Comunidad de Madrid. Guía de Actuación ante el paciente con tratamiento anticoagulante oral. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud Area 5.; 2006

LA GASTROSQUISIS Y SUS CUIDADOS

- Inmaculada Cruz Cabrera¹
- Dolores Serrano Martín²
- M^a Dolores Cruz Cabrera³

¹ DE. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

² DE. Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

³ Administrativa. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal anterior, potencialmente mortal, que necesita tratamiento quirúrgico inmediatamente después de que el bebé nace.

Consiste en una herniación del contenido abdominal, quedando intestinos y otros órganos como hígado, estómago, vejiga o bazo, fuera del abdomen a través de una fisura. Dicha fisura se encuentra a la derecha del cordón umbilical sin involucrarlo.

El bebé precisará de un tiempo para estabilizar su estado de salud y después será intervenido quirúrgicamente para reparar dicho daño. Requerirá de un número importante de cuidados y atenciones en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos (UCI de Neonatología).

Existen distintos factores predisponentes como la edad de la madre y el consumo de drogas.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Malformación congénita.
- ✓ Herniación (protrusión) del contenido abdominal.
- ✓ Cirugía urgente.
- ✓ Cuidados Intensivos de Neonatología.

Abstract

Gastroschisis is a congenital defect of the anterior abdominal wall; threatening, required surgery immediately after the baby is born. Conca herniation of abdominal contents, leaving intestines and other organs such as liver, stomach, bladder or spleen, outside the abdomen through a fissure. Such leakage is to the right of the umbilical cord without involving him.

The baby will require time to stabilize their health and then will undergo surgery to repair the damage.

Require a large number of special-care unit in the Neonatal Intensive Care (ICU Neonatal).

There are various predisposing factors such as maternal age and drug use.

KEY WORDS:

- ✓ Congenital malformation.
- ✓ Herniation (protrusion) of the abdominal contents.
- ✓ Urgent surgery.
- ✓ Neonatology intensive care

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis, es una hernia abdominal infantil, que consiste en una fisura congénita en la pared del estómago, por la que protuyen el intestino y otros órganos.

Es un defecto congénito potencialmente mortal que necesita tratamiento inmediato tras el nacimiento del bebé.

GASTROSQUISIS. DEFINICIÓN Y DESARROLLO

Es una malformación congénita que consiste en una herniación (protrusión) del contenido abdominal (estómago, intestino delgado, grueso, vejiga, hígado o bazo) a través de la pared abdominal sin involucrar el cordón umbilical. Los intestinos y demás órganos quedan expuestos a causa de una fisura en el vientre. (Figuras 1, 2 y 3).



Figura 1

Esta malformación se da en 2 bebés de cada 10.000 nacimientos. Precisa de intervención quirúrgica porque si no fallecerían.

Esta malformación se da entre la 5ª y 8ª semana de gestación y es probable que se deba a la interrupción del suministro de sangre a la pared del vientre en formación, provocando una oclusión de la arteria onfalo-mesentérica.

Las complicaciones de la gastrosquisis son isquemia, necrosis intestinal,

grandes pérdidas proteicas y líquidos.

El bebé deberá nacer en un hospital que tenga Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI de Neonatos) y cirujano pediátrico. Inmediatamente después del nacimiento, cualquier órgano expuesto del bebé se cubrirá con vendajes estériles, tibios y húmedos o con una bolsa plástica estéril, llamada silo. Se intentará colocar al bebé una sonda



Figura 2



Figura 3

nasogástrica a través de la nariz o la boca hasta el estómago, con el fin de drenarlo y mantenerlo vacío, para evitar que el bebé se ahogue o haga una bronco aspiración con los contenidos estomacales.

FACTORES DE RIESGO

En cuanto a los factores de riesgo de que nazca un bebé con gastrosquisis, se encuentra la edad de la madre y el consumo de drogas.

La posibilidad de que las madres jóvenes tengan un bebé con gastrosquisis es 5 veces mayor que la mujer de 25 a 30 años, con el sobreañadido de que los adolescentes están teniendo más bebés que nunca. Cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo de que el bebé nazca con gastrosquisis.

Hoy día aún no se ha encontrado explicación biológica que explique la marcada diferencia entre edades, en las madres. Por otro lado, el consumo de drogas para fines personales antes del embarazo o durante las primeras etapas del mismo, aumentan el riesgo de gastrosquisis. Se ha observado que existe mayor riesgo, cuanto más diversidad en tipos de drogas se ha consumido por parte de la madre. O también cuando tanto el padre como la madre, consumen drogas. Entre las madres que consumen cocaína, la probabilidad de tener un bebé con gastrosquisis es mayor a 4 veces. El consumo de marihuana, anfetaminas o alcohol, aumenta el riesgo de 2 a 4 veces. Las drogas, entre ellas la cocaína alteran la circulación de la sangre.

El hecho de haber tenido embarazos y nacimientos anteriores no cambia el riesgo.

Estas madres suelen tener un período corto de tiempo, entre la 1ª regla y el 1º embarazo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La gastrosquisis y el onfalocele son los dos defectos más frecuentes de la pared abdominal anterior y son malformaciones similares en apariencia.

La 1ª es el pasaje del intestino a la cavidad amniótica, a través de un orificio anormal de la pared abdominal ubicado frecuentemente a la derecha del cordón umbilical, observándose una formación ecogénica de bordes irregulares, no se asocia generalmente con otras malformaciones. El onfalocele en cambio, es un defecto de la base del cordón umbilical, cubierto por el peritoneo que se asocia a otras malformaciones, en un alto porcentaje de los casos, por lo cual es importante contar con las imágenes diagnósticas de las ecografías.

DIAGNÓSTICO DE GASTROSQUISIS

La gastrosquisis se detecta en una ecografía antes del nacimiento y está ubicado a la derecha del cordón umbilical intacto. No está envuelto en un saco protector.

Otra forma de detectar la gastrosquisis es viendo en las distintas ecografías prenatales la cantidad de líquido amniótico, siendo el exceso (polihidramnios) del mismo, señal de malformación.

La gastrosquisis y sus cuidados

Si este defecto ha estado presente por mucho tiempo antes del nacimiento, la cavidad abdominal será pequeña y la víscera protuberante será gruesa debido a la mala circulación sanguínea y a la irritación del fluido amniótico. Rara vez el niño que nace con gastrosquisis, tiene otros defectos congénitos graves.



Figura 4

La Figura 4, presenta una ecografía prenatal en la que se observa protrusión del intestino fetal a través de una solución de continuidad en la pared abdominal anterior. No se observan otras anomalías y la placenta es normal.



Figura 5

La Figura 5, presenta una ecografía prenatal en la que se observa una masa polilobulada inmersa en el líquido amniótico.

TRATAMIENTO

Va dirigido a la nutrición, cierre quirúrgico del defecto y la prevención contra infecciones.

La colocación del contenido abdominal dentro de la pared abdominal, no siempre es posible. Cuando el abdomen es muy pequeño, se coloca un saco de plástico, (silo), sobre el contenido abdominal para contener las vísceras y asistir la reducción hasta que sea posible un cierre quirúrgico. De tal forma, que el contenido abdominal va retornando a la cavidad abdominal con la ayuda de la gravedad y es cuando la abertura, se cierra mediante inversión quirúrgica y bajo anestesia general. El regreso del contenido abdominal retorna a la cavidad abdominal, puede durar hasta 10 días. Por lo general, el bebé tendrá una máquina de respirar o ventilador, durante el tiempo de este retorno. Habrá que esperar a que el bebé esté estable para realizar la cirugía, lo cual puede comprender de 7 a 10 días.



Figura 6

En cuanto a la nutrición, se inserta un catéter especial para permitir la alimentación a largo plazo a través de una vena, hasta que regrese la función intestinal normal, proceso que puede durar hasta 3 meses. Cuando se reinicia la alimentación normal del bebé, puede que haya que suspender y reiniciar la alimentación varias veces.



Figura 7

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Una vez que el bebé se encuentra en quirófano, y preparado para la intervención, el cirujano examina detenidamente el intestino para detectar signos de daño u otros defectos congénitos. Se extirparán las partes afectadas y se suturarán los bordes sanos. El cirujano reubicará de nuevo en el abdomen cualquier órgano abdominal que esté por fuera de éste. Si es posible, se reparará la abertura en la pared abdominal. (Figuras 8 a 13).

Es posible que sea necesario practicar una cirugía posterior, para repararlos músculos abdominales del bebé.

Imágenes que muestran distintos pasos de la intervención quirúrgica:.



Figura 8. Se están extirpando las zonas afectadas para comenzar con la reubicación de los distintos órganos dentro de la pared abdominal



Figura 9. Se comienza con la reducción del colon



Figura 10. Reducción del intestino delgado



Figura 11. Se continúa con la reducción del intestino delgado

La gastrosquisis y sus cuidados



Figura 12. Se completa la reducción visceral total



Figura 13. Por último se finaliza con la plástica y reparación de la pared abdominal

Existen riesgos adicionales de la reparación de gastrosquisis:

- Inflamación del tejido que recubre la pared del abdomen y cubre los órganos abdominales.
- Lesión a órganos.
- Parálisis temporal del intestino delgado.
- Problemas con la digestión y la absorción de nutrientes a partir de los alimentos, si un bebé tiene mucho daño en el intestino delgado.
- Problemas respiratorios si el área ventral (espacio abdominal) del bebé es más pequeña de lo normal. El bebé puede necesitar un tubo respiratorio y un respirador durante unos días o semanas después de la cirugía.

Complicaciones:

- Los contenidos abdominales mal ubicados pueden causarle dificultades al bebé para expandir los pulmones, provocando problemas respiratorios.
- Muerte intestinal.
- Después de llegar a casa, el bebé puede desarrollar una obstrucción intestinal debido a un retorcimiento o cicatriz de los intestinos.

Gastrosquisis. Complicaciones postquirúrgicas del íleo



Figura 14



Figura 15

En la figura 14, se representa una radiografía de abdomen en decúbito dorsal y en la figura 15, una radiografía de abdomen de pie.

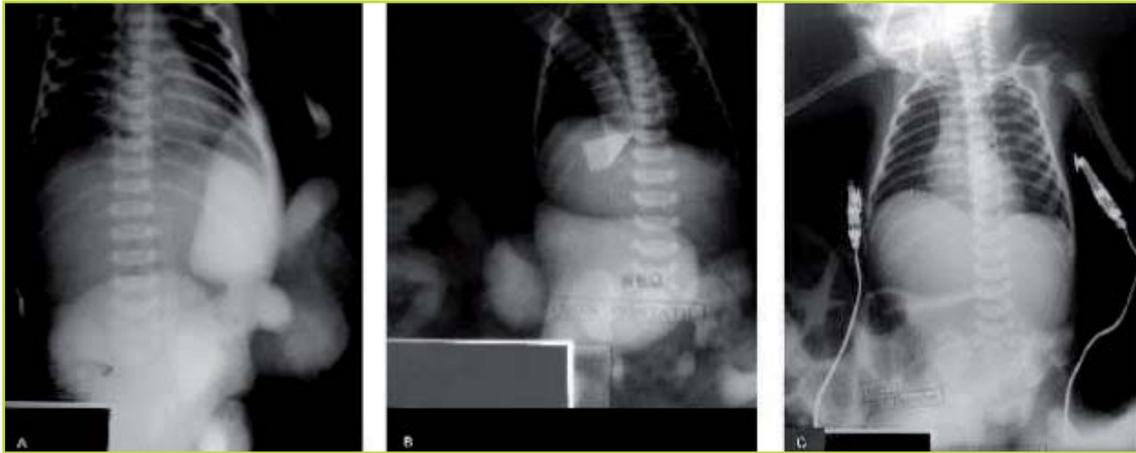


Figura 16

Figura 17

Figura 18

Complicación de las asas intestinales en una gastrosquisis tras ser intervenida: En las figuras 16 y 17, se aprecia una protrusión de las asas intestinales fuera de la cavidad abdo-

minal y en la figura 18, se aprecian las asas intestinales con marcada dilatación, fuera de la cavidad abdominal.

CUIDADOS POSTQUIRURGICOS

Después de la cirugía, el bebé recibirá atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología. El bebé se mantendrá en la incubadora para mantener caliente y probablemente precisa de respirador hasta que la inflamación de los órganos haya disminuido y el tamaño de su área abdominal haya aumentado.

El tratamiento postquirúrgico que necesitará será:

- Antibióticos.
- Líquidos y nutrientes a través de una vena.
- Oxígeno.
- Analgésicos.
- Sonda nasogástrica para drenar el estómago y mantenerlo vacío.

La alimentación se empezará a través de la sonda nasogástrica tan pronto como se reanude la función intestinal del bebé después de la cirugía. El comienzo de alimentación oral será muy lento.

PRONÓSTICO

La mayoría de las veces, la gastrosquisis puede corregirse con 1 ó 2 cirugías. El pronóstico del bebé dependerá de cuánto daño se presentó en el intestino. Después de la recuperación de la cirugía, la mayoría de los niños evolucionan muy bien y llevan vidas normales.

BIBLIOGRAFÍA

- Diccionario enciclopédico de enfermería. 5ª edición. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA.
- Lagman, Sadler. Embriología Médica, 6º edición, Ed. Panamericana.
- Ringers Urgencias Quirúrgicas en el recién nacido.
- www.infodoctor.org. Gastrosquisis. Bibliografía: Riesgos de la mal rotación en los defectos de la pared del abdomen.

EL IMPLANTE SUBCUTANEO ANTICONCEPTIVO. MOTIVO DE SU RETIRADA PRECOZ

- María José Espinaco Garrido¹
- María Purificación de Tena Sereno²
- Nieves Domínguez Fuente³
- Manuela Pastor Sáenz³
- José Román Oliver¹

¹ Matrona. Atención Primaria del Distrito Sanitario. Sevilla

² Enfermera. Centro de Salud Las Letanías. Sevilla

³ Enfermera. Hospital de Valme. Sevilla

Resumen

Los principales factores relacionados con la elección de un método determinado por una población de mujeres en edad fértil, suelen ser la accesibilidad y la información que se posea sobre ellos. El implante subcutáneo de etonorgestrel es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y seguros (índice de Pearl de 0.08), suponen una nueva vía de administración de progestágenos solos. En países subdesarrollados o en vías de desarrollo como muchos países de Sudamérica, el uso del implante subdérmico con varillas metálicas de larga duración de levonorgestrel han mejorado el número de embarazos no deseados y de abortos en población fértil permitiendo una mejora de los indicadores sociodemográficos de dichos países.

Desde finales del año 2008 se ha introducido para su uso en mujeres con riesgo de exclusión social, en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla. Más del 80% de las usuarias a las que se les ha implantado el anticonceptivo subdérmico lo valoran como un método sobresaliente sin diferencias entre que pertenezcan a una población de riesgo de exclusión social o no. La mayoría de las mujeres (más del 90 %) manifiestan que se lo volverían a insertar tras pasar la fecha de caducidad del método a los 3 años. Queremos conocer el perfil de las usuarias del implante subcutáneo, los motivos influyentes tanto en su elección como de su retirada precoz y finalmente conocer los efectos beneficiosos.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Método anticonceptivo
- ✓ Implantes subcutáneo anticonceptivo
- ✓ Retirada precoz del implante anticonceptivo
- ✓ Efectos beneficiosos del implante anticonceptivo

Abstract

The main factors related to the election of a method determined by a population of women in fertile age, usually are the accessibility and the information that controls envelope they. It implants subcutaneous of etonorgestrel is one of the more effective contraceptive methods and safe (index of Pearl of 0,08), they suppose a new one via of administration of single progestins. In underdeveloped or developing countries like many countries of South America, the use of implants subskin with metallic rods long play of levonorgestrel have improved I number of wished pregnancies and abortions in fertile population not allowing an improvement of the sociodemographic indicators of these countries. Since the end of year 2008 it has been introduced for his use in women at the risk of social exclusion, in the Sanitary District of Primary Attention of Sevilla. More of 80% of the users to whom it has been implanted to them contraceptive values the subskin it like an excellent method without differences while they belong to a population of risk of social exclusion or no. The majority of the women (more of 90%) shows that they would become it to insert after spending the date of lapsing from the method to the 3 years. We want to know the profile the users of implants subcutaneous, the influential reasons as much in its election as of its precocious retirement and finally to know the effects beneficial.

KEY WORDS:

- ✓ Contraceptive method
- ✓ Implant subcutaneous contraceptive
- ✓ Precocious retirement of it implants contraceptive
- ✓ Beneficial effects of implant contraceptive

INTRODUCCIÓN

Las personas tienen derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables, la posibilidad de decidir tener o no hijos y el espacio entre cada nacimiento y así como el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad. La anticoncepción forma parte de la salud integral de las personas, a las que aporta un importante beneficio en su calidad de vida.

Este derecho que pueden ejercer las personas sobre decisiones reproductivas incluye el pleno acceso a los métodos de regulación de la fecundidad y recibir información y prestación de métodos anticonceptivos que permitan la plena libertad de decisión para cuando se quiera procrear y el espaciamiento en el nacimiento de la descendencia, así como el ejercicio de una sexualidad separada de la reproducción.

Desde que en el año 1959 comenzó la comercialización del Enovit®, primera píldora anticonceptiva, la contracepción ha experimentado una evolución espectacular tanto en sus componentes como en la forma de administración. Buscando siempre la máxima eficacia, tolerabilidad, seguridad, reversibilidad en algunos casos, control de los efectos secundarios y aumento de los beneficios a nivel general. La diversificación de métodos permite aumentar las posibilidades de elección por parte de la usuaria, que es uno de los objetivos de toda planificación familiar.

Los principales factores relacionados con la elección de un método determinado por una población de mujeres en edad fértil, suelen ser la accesibilidad y la información que se posea sobre ellos. La disminución de los casos de interrupción voluntaria del embarazo parece ser otro factor en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

La OMS desde 1994 se preocupa por actualizar la prescripción de los métodos anticonceptivos y su utilización de manera segura, redactando los criterios médicos de elegibilidad tras la revisión de la evidencia disponible.

La última revisión realizada en 2009 se fijó como objetivo el proveer a la comunidad científica y a los organismos oficiales de un conjunto de recomendaciones que ayuden a establecer protocolos y guías para la correcta indicación de cada método.

En España se realizan encuestas nacionales desde 1997, y cada dos años se valoran los métodos anticonceptivos utilizados por la población española en edades comprendidas entre 15 y 49 años. De esta manera se usa un muestreo aleatorio probabilístico de tipo estratificado asegurando la representatividad geográfica y sociodemográfica de la población española.

La sexta encuesta del grupo DAPHNE (grupo de expertos en anticoncepción), realizada en el año 2009, nos confirma que los métodos más utilizados en nuestro medio son, en primer lugar, el preservativo y, en segundo lugar, la anticoncepción hormonal, de manera predominante por vía oral, aunque va aumentando el número de mujeres que utilizan otras vías de administración.

El implante subcutáneo de etonorgestrel es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y seguros (índice de Pearl de 0.08), suponen una nueva vía de administración de progestágenos solos. Normalmente se insertan bajo la piel de la cara interna del brazo, su efecto lo ejercen liberando progestágeno de forma controlada. Su colocación asegura el cumplimiento, lo que hace que tengan una eficacia anticonceptiva superior a otros métodos.

El efecto anticonceptivo de Implanon se logra por inhibición de la ovulación, espesamiento en el moco cervical, menor velocidad tubárica y atrofia endometrial que afecta a la implantación.

Constituye una buena alternativa en mujeres que se desaconseja el uso de estrógenos, presentan difícil cumplimiento de otros métodos, con abortos de repetición, discapacidad psíquica, violencia de género, embarazos no deseados llevados a término, malas cumplidoras de pautas socio-sanitarias de ella o sus hijos y aquellas que tienen escasos recursos económicos. Como anticonceptivo presentan una mayor aceptabilidad, comodidad, y sobretodo por evitar olvidos de una toma o del uso del preservativo.

El patrón normal de sangrado puede alterarse en un porcentaje elevado de mujeres usuarias de este método (75%). Suele ser progresivo de forma que es peor en los primeros meses de su uso, produciendo retrasos y amenorreas y también reglas largas y frecuentes, además posibles hemorragias irregulares aunque finalmente no suelen causar anemias.

Es muy importante informar sobre las características del patrón de sangrado sobre todo en métodos sólo de gestágenos, así como de la posibilidad de aparición de manchados irregulares y de amenorrea durante su utilización. Son numerosas las mujeres que tienen problemas con el manejo de estos métodos o incluso abandonos por el desconocimiento de los cambios del patrón menstrual durante su uso.

En países subdesarrollados o en vías de desarrollo como muchos países de Sudamérica, el uso del implante subdérmico con varillas metálicas de larga duración de levonorgestrel han mejorado el número de embarazos no deseados y de abortos en población fértil permitiendo una mejora de los indicadores sociodemográficos de dichos países.

Desde finales del año 2008 se ha introducido para su uso en mujeres con riesgo de exclusión social, en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla. Más del 80% de las usuarias a las que se les ha implantado el anticonceptivo subdérmico lo valoran como un método sobresaliente. La mayoría de las mujeres (más del 90 %) manifiestan que se lo volverían a insertar tras pasar la fecha de caducidad del método a los 3 años.

OBJETIVOS

1. Conocer el perfil de las usuarias del implante subcutáneo.
2. Los motivos influyentes en su elección.
3. Los motivos de su retirada precoz.
4. Conocer los efectos beneficiosos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo y observacional de todos los implantes subcutáneos insertados y retirados durante los años 2009-11, en un Centro de Salud de Sevilla (Pino Montano B). Se estudió una población de 212 mujeres sexualmente activas con edades comprendidas entre 15 y 43 años.

Los criterios de inclusión fueron mujeres que habían tenidos efectos adversos con la utilización de otros métodos anticonceptivos, con deseo de no tener hijos pero no querían la esterilización, por indicación médica o socioeconómica, frecuentadoras de contracepción de emergencia, abortadoras habituales, bajos recursos económicos y número de hijos.

Se excluyeron mujeres con enfermedad tromboembólicas activas, antecedentes de tromboflebitis, enfermedad hepática aguda, sangrado ginecológico no filiado, tumores hepáticos benignos o malignos, cáncer de mama u hormona dependiente y mujeres que se les retiró por caducidad.

Previamente a la colocación del implante se realiza una anamnesis, exploración y valoración. Tras su colocación se recogen los datos de los registro de inserción y retiradas de implantes del centro de salud que participan en el estudio y se solicita información a las mujeres en las sucesivas revisiones de control. Los controles se realizaron a los 3, 6 y 12 meses evaluando entre otros los parámetros perseguidos por el estudio.

La retirada del implante se realizó siguiendo las instrucciones del producto y se evaluaron las complicaciones del lugar de la inserción (para su posible derivación).

En el 2012 se comienza la retirada de los implante que se insertaron en el 2009 por su caducidad (3 años), que no se incluyen en este estudio por no ser una retirada precoz.

RESULTADOS

Se colocan 212 implantes subcutáneos en el periodo comprendido entre los años 2009 y 2011. El perfil de las usuarias es muy amplio y variado. La media de edad de las usuarias es de 27,39 ± 2,5 años, en un rango de 15-43 años, la media de hijos es de 2,27 por mujer, el 9,64% son nulíparas y el 1,52% tienen más de 5 hijos.

La mayoría de la mujeres presentaban ciclos normales, un 11% ciclos irregulares y un 6,2 % dismenorreas que ocasionalmente mejoraron en los primeros 6 meses de uso del método.

La media de aborto se sitúa en un 0,48 por mujer y la media de anticoncepción de emergencia en 0,41 por mujer. Y se retiran precozmente 12 implantes.

Los motivos de inserción: El 35% manifiestan que por dificultad en cumplimiento e intolerancia de otros métodos. El 55.32 por bajos recursos económicos. Por enfermedad mental, el 2,53%. Y por otros motivos, el 7,10%.

Los motivos de retirada hacen referencia a: Intolerancia al patrón de sangrado, el 62.23%. Deseo de nuevo emba-

razo, el 34.45%. Aumento de peso el 1.66%. Cefaleas el 0.83%. Y disminución del deseo sexual, el 0.83%.

La tasa de continuidad, en el primer año es del 98,98%, En el segundo del 97,96% y en el tercero del 96,42%

En relación a los efectos beneficiosos: El 95,43% refieren como inserción fácil. Para el 97,47 es un método tolerable (no se lo han retirado). Para el 100% es muy seguro (no han presentado embarazos durante el uso). Fácil de retirar (no se han presentado complicaciones, ni utilizado recursos externos). El 92,28% refieren no tener incomodidad en su uso. Elevada tasa de continuidad (94.35%). Y el factor económico no ha sido valorable por ser en nuestro caso de dispensación gratuita (100 %).

PERFIL DE LAS USUARIAS	
Rango de Edad	15-43
Media de edad	29.39
Número de hijos (media)	3.27
Nulíparas	9.64%
Múltiparas	90.36%
Ciclos regulares	83.80%
Ciclos irregulares	11.00%
Dismenorrea	6.20%
Abortos previos	0.48%
Anticoncepción de emergencia	0.41%

MOTIVO DE LA INSERCIÓN	
Dificultad en cumplimiento	35.00%
Intolerancia de otros métodos	42.00%
Bajos recursos económicos,	55.32%
Enfermedad mental	2.53%
Otros motivos	7.10%

MOTIVO DE LA RETIRADA	
Intolerancia al patrón de sangrado	62.23%
Deseo de nuevo embarazo	34.45%
Aumento de peso	1.66%
Cefaleas	0.83%
Disminución del deseo sexual	0.83%

EFECTOS BENEFICIOSOS	
Inserción fácil	95.43%
Tolerabilidad	97.47%
Seguridad	100.00%
Fácil retirada	72.43%
Comodidad	92.28%
Tasa de continuidad	94.35%
Factor económico	100.00%



CONCLUSIONES

El perfil de las usuarias corresponde al de una zona de exclusión social como son una edad media baja, una alta tasa de múltiparas y una edad baja de comienzo de embarazos (15 años). Las características obstétricas corresponden a las descritas en otros estudios que no limitaban sus casos a mujeres de riesgo de exclusión social.

El motivo más importante para su elección ha sido disponer de bajo o escaso recursos económicos, seguidos de intolerancia a otros métodos y por olvidos en el cumplimiento, en concordancia con el perfil de estas mujeres.

Los efectos adversos no relacionados con la menstruación y motivo de retirada del implante no han sido muy importantes (cefaleas, disminución del deseo sexual y aumento de peso representan menos del 10%). En general

la suspensión o abandono del método por estos efectos suele estar por debajo de este porcentaje.

El patrón de sangrado con cambios menstruales es el motivo que más ha preocupado a las mujeres y se ha convertido en el principal motivo de retirada del método. Destaca principalmente el sangrado prolongado y frecuente, aunque con el tiempo van remitiendo algunas no logran superarlo.

Se han alcanzado resultados excelentes en el uso del implante subcutáneo anticonceptivo (Implanon®), insertados por la matrona y enfermeras del centro de salud. Es un método con una buena aceptabilidad y tolerancia.

De todos los implantes insertados en nuestro estudio no se ha comunicado ningún embarazo, lo que hace referencia a una alta eficacia del método y concuerda con otros trabajos consultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Soriano H, Rodenas L, Moreno D. Criterios de elegibilidad de método anticonceptivo. Nuevas recomendaciones. Rev Clin Med Fam v.3 n.3 Albacete oct. 2010. [acceso enero 2011] <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2010000300009>.
- Power J, Franch R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención de embarazo. [acceso enero 2012] La biblioteca Cochrane Plus 2008 número 4.
- Arrivas-Mir I, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olver-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. Contraception. 2009 Nov;80(5):457-62. Epub 2009 May 14.
- Jørgensen NP. Contraceptive implants-aberrations from insertion and removal procedures. TidsskrNor Laegeforen. 2010 Apr 8;130(7):733-4 Norwegian.
- Libro blanco de anticoncepción en España. Sociedad española de contracepción con la colaboración de la federación de Planificación Familiar de España. 2005.
- Anticoncepción en Sexología educativa. 20 de Diciembre 2004. [acceso enero 2011] www.geomundos.com/salud/sexologia/anticonceptivos.
- GinecologoMX. Uso de anticonceptivos. [acceso enero 2011] www.ginecologomx.com/planificacion_familiar/salud
- Informe sobre métodos anticonceptivos. [acceso enero 2011] 18 de octubre de 2007. www.pablogarin.com/2007/10/18.
- Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Alba Cortés Alfaro, Yuliet Marleidys Fiffe, René García Roche, Alina Mezquía Valera4 y Dania Pérez Sosa. Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007
- Stanosz S, Zochowska E, Safranow K, Sieja K, Stanosz M. Influence of modified transdermal hormone replacement therapy on the concentrations of hormones, growth factors, and bone mineral density in women with osteopenia Metabolism. 2009 Jan; 58(1):1-7.
- Dominguez V, Avila p, Espinaco MJ, Roman J. Estudio sobre accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. Aten Primaria. 2011. Doi: 10.1016/j.aprim.2010.11.010.
- Mattos I et al. Satisfacción, eficacia y efectos secundarios del implante subdérmico (Implanon®) en dos centros de atención a la mujer de la Comunidad de Madrid. Contracepción. 2004. Vol. 21-nº 1 enero-febrero: 93-99.
- Bejarano M, Vicente B, González J, Bescós E, Bretón P, Corbacho T. Estudio prospectivo de tolerancia del implante anticonceptivo subdérmico. 30º Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona. Junio. 2009.
- Cortés C, Garrido N, Gutiérrez N, González E, García F, González G. Implantes subdérmicos: Implanon y Jadelle. 30º Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona. Junio. 2009.
- Perez E, Lete I (editores) et al. Métodos Anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo Clínico. Barcelona. 2008.
- Trillo C, Navarro JA, Luque MA, Seoane J. Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. 2ª ed. Samfyc. 2008.
- Guía de actuación en el programa de planificación familiar en el distrito sanitario de atención primaria de Sevilla. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Documento 00. Sevilla 2007.
- Croxato HB, Macarain L. The pharmacodynamics and efficacy of implanon. An overview of the data. Contraception. 1998; 58 suppl 6: s91-97.
- 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española [acceso enero 2011]. www.scout.es/downloads2/Encuesta_2009_equipo_daphne.pdf.
- Conferencia de Consenso: "Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales". Sociedad Española de Contracepción (SEC). Aranjuez. 2005.

SEGURIDAD EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CARBONATO DE LITIO

SAFETY IN PATIENTS TREATED WITH LITHIUM CARBONATE

- Marchena Sánchez, Cyra¹
- López Sánchez, Olga¹
- Caballero Guerreiro, Manuel Jesús¹
- Delgado Fernández, David¹

¹ DE Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna. Sevilla

Resumen

Dentro de las enfermedades mentales, el trastorno afectivo bipolar (TAB) representa una prevalencia muy elevada en nuestros pacientes, siendo el fármaco de elección en su tratamiento el litio.

La labor de enfermería no se limita a la administración del fármaco sino que predomina la educación sanitaria al paciente y familiares y la observación de signos precoces de intoxicación por litio.

Queremos concienciar al profesional de la importancia de la educación sanitaria y del beneficio que supone para nuestros pacientes.

La metodología utilizada ha sido una revisión bibliográfica sobre el tema, además de la utilización de guías de tratamiento de litio para poder ayudar a aquellos pacientes y familiares a entender algo mejor el tratamiento y prevenirlos acerca de los posibles riesgos. Además vamos a describir las actividades que enfermería lleva a cabo para la enseñanza del tratamiento de forma segura y correcta en los pacientes y su repercusión.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Litio / Lithium.
- ✓ Seguridad / Safety.
- ✓ Intervención enfermera / Nursing Intervention.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el carbonato de Litio, es conocido como el principal fármaco eutimizante. Con el nombre de “eutimizante” se conocen aquellos fármacos capaces de mantener el estado de ánimo.

Pero ¿Qué es el litio? El litio es un elemento químico muy simple, siendo el metal mas ligero que se conoce. De color blanco, la forma pura no se encuentra normalmente en la naturaleza, pero formando sales con otros compuestos está bastante extendido (rocas, agua de mar, manantiales, etc.). También se puede encontrar en animales y plantas. En muy pequeñas cantidades pasa al cuerpo humano con la comida y el agua, aunque se desconoce su función específica.

La mayor parte del litio usado en medicina es extraído de unos pocos minerales. Cuando se usa como medicación, se toma por vía oral en forma de comprimidos (Plenur®). Cada comprimido contiene 400 miligramos de carbonato de litio¹. (Figura 1).

En nuestra labor diaria debemos realizar una serie de intervenciones de enfermería que favorecen la adquisición de conocimientos por parte del paciente para evitar los efectos adversos, las intoxicaciones o la falta de actividad terapéutica por no alcanzar los niveles plasmáticos óptimos. Además se contribuye a la adherencia al tratamiento al disminuir los efectos indeseables y al aumentar la sensación de control por parte del paciente.

La utilización del Litio como fármaco conlleva unos riesgos por sus efectos secundarios y reacciones adversas que precisan de monitorización de los niveles plasmáticos.

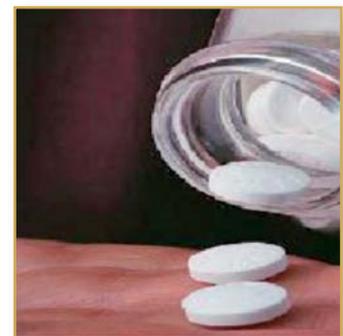


Figura 1. Fármaco Plenur®

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL LITIO

Desgraciadamente, como con la mayoría de las medicaciones, junto a sus efectos positivos pueden aparecer otros no deseados. Es importante aprender a reconocerlos y poner medios para corregirlos. La aparición de estos efectos indeseables no es igual en todas las personas. Muchos de ellos apenas tienen importancia, otros pasan con el tiempo, otros pueden ser indicativos de toxicidad y es por ello que siempre deben ponerse en conocimiento del médico¹. Al inicio de instaurar el tratamiento y mientras se ajusta la dosis pueden aparecer los siguientes efectos adversos:

- Polidipsia
- Poliuria
- Ligeras náuseas
- Ligeras molestias de estómago
- Temblor fino de manos
- Ligeras somnolencias
- Debilidad muscular
- Disminución del interés sexual
- Ligeros mareos
- Aumentos del peso
- Sabor metálico en la boca
- Sequedad de la boca
- Empeoramiento del acné o de la psoriasis

En concentraciones altas, el litio puede llegar a ser muy tóxico. Es importante que aprenda a reconocer las situacio-

nes de alarma y dejar las pastillas consultando con la mayor brevedad posible con su médico. Estas situaciones pueden ser ¹:

- Diarrea persistente
- Debilidad generalizada
- Vómitos o náuseas intensas
- Mareos o vértigos marcados
- Temblor grueso de manos o piernas
- Dificultad para andar
- Calambres musculares frecuentes
- Hinchazón de los pies o tobillos
- Gran malestar general

MONITORIZACIÓN ANALÍTICA DEL CARBONATO DE LITIO

La monitorización de los niveles plasmáticos del carbonato de litio se realiza a través de una analítica denominada litemia.

Cuando la concentración en sangre del carbonato de litio oscila entre 0.6 y 1.2 mEq/l, se dice que está en niveles “terapéuticos”, estas concentraciones variaran ligeramente con cada individuo. Cuando se produce una intoxicación por litio, los niveles se encuentran aumentados y debido al rango terapéutico tan estrecho que presenta es de vital importancia conocer los signos y síntomas que puede presentar el paciente para poder actuar en consecuencia. (Ver tabla I).

Intoxicación Leve – Moderada Inicial: 1,6 – 2 mEq/l >12h: 1,6 – 2,5 mEq/l	Intoxicación moderada- grave Inicial: 2-2,5 mEq/l >12h: 2,5-3,5 mEq/l	Intoxicación Grave Inicial: >2,5 mEq/L >12h: >3,5 mEq/L
Vómitos	Anorexia	Convulsiones generalizadas
Dolor abdominal	Náuseas y vómitos persistentes	Oliguria
Boca seca	Visión borrosa	Fallo renal
Ataxia	Fasciculaciones	Muerte
Vértigos	Mioclonías	
Habla incorrecta	Movimientos Coreotetoide	
Nistagmus	Convulsiones	
Letargia o excitación	Delirium	
Debilidad muscular	Síncope	
	Cambios EEG	
	Estupor	
	Coma	
	Trastornos conducción y arritmias cardíacas	
	Hipotensión arterial	

Tabla I : Gravedad y síntomas de intoxicación por litio (Fuente: Elaboración propia)

La frecuencia de estas analíticas será establecida por su médico. En general, son necesarios análisis más frecuentes al principio, incluso semanalmente. Una vez que se han alcanzado niveles estables pasaran a ser mucho más distanciados². Es recomendable llevar un control y un registro de las litemias y de la dosis administrada. (Ver tabla II).

Existen una serie de consejos que el paciente debe conocer a la hora de realizar la litemia, destacando los siguientes:

- Asegurarse de que al menos cinco días antes del análisis no ha realizado ningún cambio de dosis o distribución en la toma de litio, ni ha olvidado alguna de las tomas.
- El día antes de la analítica debe tomar el litio doce horas antes de la hora citada para la extracción.
- El día del análisis, en ayunas sin tomar el litio.

DOSIS DE LITIO PRESCRITA	FECHA DEL ANÁLISIS	HORA DEL ANÁLISIS	HORA ÚLTIMA TOMA DEL LITIO	VALOR DE LITEMIA

Tabla II.- Registro y control de litemias (Fuente: Elaboración propia)

OTROS CONSEJOS, ACLARACIONES Y PRECAUCIONES

A continuación vamos a citar una serie de consejos y precauciones que conllevan la toma de carbonato de litio³.

- Guarde las pastillas en un lugar seco, templado y al resguardo de la luz del sol. El cuarto de baño y la cocina no suelen ser sitios adecuados, por la humedad y el calor. Siempre alejadas de los niños.
- El litio no crea adicción.
- No pierde efecto con tratamientos prolongados.
- Evite tomar bebidas alcohólicas.
- El ejercicio es bueno para todos, es saludable y evita el aumento de peso, cuidado con sudoraciones profundas.
- Si se olvida de tomar alguna de las dosis, tómela si lo recuerda en menos de tres horas, de no ser así espere hasta la siguiente dosis, nunca doble la dosis para recuperar lo olvidado ya que puede alcanzar niveles muy alto en sangre.
- Evitar el embarazo; el litio atraviesa totalmente la barrera placentaria. No debe tomarse en los tres primeros meses de gestación. Evitar la lactancia.
- Suspender el tratamiento setenta y dos horas antes de una intervención quirúrgica de importancia, pueden potenciarse los efectos de los bloqueantes neuromusculares. Existe riesgo de intoxicación por alteraciones hidroelectrolítica.
- Seguir una dieta normo sódica e ingerir abundante líquido, cuidado con dietas de adelgazamiento.

- Evitar cafeína, pues favorece la deshidratación y puede empeorar el temblor.
- Dígale a su doctor si usted tiene o alguna vez ha tenido enfermedades al corazón o al riñón, terapia de shock, enfermedad de la tiroides, deshidratación o niveles de sodio bajos.
- Puede provocar somnolencia (darle sueño). No conduzca automóviles ni maneje maquinaria pesada hasta que sepa cómo lo afectará este medicamento.

PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

A la hora de actuar con un paciente en tratamiento con litio utilizamos el proceso de atención de enfermería (PAE). Establecemos una serie de diagnósticos enfermeros según la NANDA⁴ y una serie de objetivos mesurables por los indicadores. Los cuales serán cumplimentados siguiendo una serie de intervenciones con sus actividades. De este modo, el principal diagnóstico de enfermería utilizado en nuestra unidad en pacientes en tratamiento con litio sería el siguiente:

- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
Siendo los objetivos según la Nursing Outcomes Classification (NOC) los siguientes⁵:
- 1808 Conocimiento. Medicación
- 1803 Conocimiento. Proceso de enfermedad
- 1809 Seguridad

Mientras que las intervenciones con las actividades a llevar a cabo serían las siguientes⁶:

❑ 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos, y observar sus efectos. (Figura II).

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del litio.
- Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción del litio.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse el medicamento él mismo.
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis / horario de la medicación, si procede.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas), si procede.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos del litio.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., del litio.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.
- Instruir al paciente sobre cómo conseguir las prescripciones, si procede.
- Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración del medicamento caducados.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Incluir a la familia / ser querido, si procede.

❑ 5606 Enseñanza: individual

Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

- Establecer la credibilidad del educador.
- Establecer compenetración y determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Valorar el nivel intelectual y de conocimientos y comprensión de contenidos, del paciente.
- Valorar las capacidades / incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, fatiga, dolor, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, si procede.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.
- Seleccionar los métodos / estrategias de enseñanza del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.
- Instruir al paciente, cuando corresponda.
- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Remitir al paciente a otros especialistas / centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.
- Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente.
- Incluir a la familia / ser querido, si es posible.



Figura II.- Importancia de la educación enfermera

CONCLUSIONES

Lo que hemos pretendido con la siguiente revisión bibliográfica es informar del riesgo que conlleva el tratamiento con litio y concienciar a los profesionales de enfermería de la importancia de la enseñanza como intervención enfermera.

Utilizar en todo momento la metodología enfermera y llevar a cabo las actividades propuestas, repercutirá bene-

ficiosamente en que los pacientes hagan una descripción de los efectos indeseables, precauciones, y administración correcta del fármaco. Lo cual conllevará a un aumento de la adherencia al tratamiento, evitando así recaídas y ingresos, con un manejo del medicamento por parte del paciente de forma correcta y segura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Óscar Martínez Azumendi, *Guía de tratamiento con sales de litio. Manual para el paciente*. Bilbao. Edita: OME (Osasun Mentalaren Elkartea – Asociación de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental) - AEN (Asociación Española Neuropsiquiatría). 1999.
2. Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor. *Tratado de psicofarmacología: Bases y aplicación clínica*, Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2005.
3. Santiago López Galán, *Guía farmacológica en psiquiatría*. 5ª ed. Jaén. Editorial Rey Alí. 2005.
4. Sheila Sparks Ralph. Martha Craft-Rosenberg. T. Heather Herdman. Mary Ann Lavin. *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and classification* Edit. Elsevier. 2003-2004
5. Marion Johnson, Medidean Maas y Sue Moorhead. 2ª edición *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Edit Mosby – Harcourt 1999.
6. Dochterman, J. Maccloskey y Bulechek, G.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (4ª ED.)* ED. Elsevier. España, 2004

ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO “RIESGO DE CAÍDAS” EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

ANALYSIS OF THE DIAGNOSTIC NURSE “RISK OF FALLS” IN A GERIATRICAL RESIDENCE

- José Antonio Pérez Sánchez¹
- M^a Rocío González Ojeda²

¹ Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

² DE del Hospital Alta Resolución Sierra de Sevilla. Constantina. Sevilla

Resumen

En el adulto mayor se producen unos cambios fisiológicos propios del envejecimiento que modifican el proceso de vida/salud a nivel personal.

La mayoría de las caídas se deben a la convergencia de diversos factores de riesgo que las favorecen, como son los propios y aquellos ajenos al paciente.

Las caídas de ancianos internados en residencias geriátricas son un hecho real, constituyendo un problema de salud por su repercusión tanto a nivel personal como en costes institucionales.

La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno. Se hace necesario implantar unos protocolos, (dentro del proceso enfermero), donde se plasmen los cuidados e intervenciones que debe hacer la Enfermería con el fin de prevenir la caída en el anciano, ya que dichas medidas de prevención han demostrado disminuir la posibilidad de caer.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Protocolo,
- ✓ Diagnóstico,
- ✓ Prevención,
- ✓ Caídas,
- ✓ Anciano,
- ✓ Residencia

Abstract

In the greater adult own physiological changes of the aging take place that modify the process of life/health at personal level.

The majority of the falls must to the convergence of diverse factors of risk favor that them, as they are own and those other people's ones to the patient. The falls of old boarding schools in geriatric residences are a real fact, constituting a problem of health by their repercussion as much at personal level as in institutional costs.

The prevention of falls talks about the cares of infirmary that must be given to maintain cover the necessity of security of the patient and its surroundings. One becomes necessary to implant protocols, (within the process nurse), where the cares and interventions are shaped that must make the Infirmary with the purpose of to prevent the fall in the old one, because these interventions of prevention have demonstrated to diminish the possibility of falling.

KEY WORDS:

- ✓ Protocol,
- ✓ Diagnostic,
- ✓ Prevention,
- ✓ Fallen,
- ✓ Old,
- ✓ Residence

INTRODUCCIÓN

El problema de las caídas en la población geriátrica despierta un especial interés entre los profesionales implicados en la atención socio-sanitaria, debido a la repercusión que tiene en la calidad de vida de los ancianos, en la elevada morbimortalidad, y en las tremendas consecuencias que acarrea, ya que la caída en la vejez suele ser un condicionante para una involución negativa, y aún más en centros geriátricos.

La caída es un marcador de fragilidad en los ancianos, constituyendo uno de los grandes síndromes geriátricos, por su elevada incidencia y por las repercusiones en la calidad de vida del anciano, estimándose que un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída anual y este porcentaje asciende al 50% en los mayores de 80 años.

Las secuelas que suelen producir las caídas son físicas (la más importante, la fractura de cadera), psicológicas (síndrome post-caída), y sociales (aislamiento y dependencia para las AVD). Son la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años y constituyen el 75 % de las muertes accidentales en mayores de 75 años.

Como en todo problema de enfermería y más aún en el anciano, el éxito consistiría en evitarlas, y dado que sus factores de riesgo, extrínsecos e intrínsecos, están claramente definidos, no tiene ningún sentido que aumenten.

Corresponde por ello a las instituciones geriátricas y profesionales sanitarios poner las bases para planificar esta lucha.

Debemos tener en cuenta la multicausalidad de la caída para adoptar medidas de prevención apropiadas sobre los individuos de riesgo elevado, llegando a reducir hasta un 40% la incidencia de la misma.

Los datos de prevalencia de caídas varían en función de la edad del paciente, su fragilidad, y su ubicación. Además la prevalencia es mayor en mujeres, seguramente ligada a su mayor esperanza de vida.

En ambientes institucionales (Residencias, hospitales) la prevalencia de caídas es mayor. Así se considera que el 45 % de los mayores ingresados en Centros Geriátricos han caído al menos una vez. Además la persona que cae una vez, tiene mayor riesgo de volver a caer en los próximos meses. El lugar más frecuente de caídas es la habitación del residente.

Conociendo todo esto nos vamos a centrar en las caídas de los ancianos que se encuentran institucionalizados en centros geriátricos.

El objetivo principal del presente trabajo es:

- Saber si se reducen las caídas mediante la aplicación de un Protocolo Preventivo. Como objetivos secundarios se plantean siguientes:
- Conocer cual es la definición del diagnóstico enfermero

"Riesgo de Caídas".

- Conocer la incidencia de dicha etiqueta diagnóstica en el centro geriátrico.
- Describir cuales van a ser los criterios de resultados (NOC) utilizados más habitualmente.
- Enumerar las intervenciones enfermeras (NIC) más frecuentes y eficaces para la disminución de las caídas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo llevado a cabo desde el 01/01/2008 hasta el 31/12/2009 en el Centro para personas mayores "Madre de Dios" de Almonte (Huelva).

La muestra de estudio fueron todos los ancianos residentes en el centro, mayores de 65 años.

Para la obtención de los datos se realizó una valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon, utilizándose además la Escala de J. Downton para valorar el riesgo de caídas.

DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO "RIESGO DE CAÍDAS"

Se define como "Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico".

FACTORES DE RIESGO

Se conocen que existen factores extrínsecos (propios del ambiente) y factores intrínsecos (propios del paciente), pero a continuación se detalla los factores de riesgo más habituales en ancianos institucionalizados, desde el punto de vista de la definición del diagnóstico enfermero "RIESGO DE CAÍDAS", por lo que es más correcto decir que los factores relacionados son:

Las variables que se estudiaron fueron:

- Etiqueta diagnóstica "Riesgo de Caídas", población con riesgo de caída por edad y sexo, prevalencia de caída por edad y sexo, circunstancias de la caída (lugar, turno, consecuencias, uso de dispositivos de ayuda, factores relacionados y problemas de colaboración), NOC y NIC utilizados para la prevención y porcentaje de caídas posterior a las recomendaciones empleadas.

PROTOCOLO Y RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

1. **Contar con una herramienta para evaluar el riesgo de caídas en todos los residentes desde su ingreso y durante su estancia, que incluya:**
 - Clasificación del riesgo evaluando factores intrínsecos y extrínsecos.

Análisis del diagnóstico enfermero "riesgo de caídas" en una residencia geriátrica

Edad igual o superior a 65 años	Prótesis en las extremidades inferiores.	
Historia de caídas	Uso de dispositivos de ayuda (bastón, sillas de ruedas, etc)	
Vivir solo	Barandillas, etc.	
Cognitivos:	Disminución del estado mental	
Ambientales:	Entorno desordenado	Sujeciones
	Habitación débilmente iluminada	Alfombras
	Falta de material antideslizante.	Habitación desconocida
Medicación:	IECAs	Consumo de alcohol
	Ansiolíticos	Antihipertensivos
	Diuréticos	Hipnóticos
	Narcóticos	Tranquilizantes
	Antidepresivos tricíclicos	
Fisiológicos:	Anemias	Artritis
	Diarrea	Mareos
	Dificultad en la marcha	Problemas en pies
	Dificultades auditivas y visuales	Deterioro del equilibrio
	Deterioro de la movilidad física	Incontinencia
	Urgencias	Neuropatías
	Hipotensión ortostática	Insomnio
	Cambio de glucemia	Enfermedad Aguda
	Déficit propioceptivo	Enfermedad Vascular
	Neoplasias (fatiga/limitación de la movilidad)	
	Disminución de fuerza en miembros inferiores	

- Medidas de seguridad preventivas según el riesgo evaluado.
- Uso de medidas de comunicación (visual, verbal y escrito) para el personal, pacientes y familiares o visitantes, que informen del riesgo y las medidas preventivas aplicadas.
- Registros del riesgo de los pacientes, medidas empleadas y evolución del residente.

2. Valoración y registro de factores de riesgo identificando aspectos como:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| - Edad y sexo | - Problemas de Equilibrio |
| - Estado Nutricional | - Signos Vitales |
| - Incapacidad Física | - Problemas visuales-auditivos |
| - Caídas Previas | - Uso de medicamentos |
| - Nivel de Conciencia | - Problemas Neurológicos |
| - Uso de dispositivos de ayuda | - Problemas Psiquiátricos |

3. Elaborar un plan de cuidados específico, con sus intervenciones enfermeras y criterios de resultado para su evaluación, que incluya además:

- Medidas de seguridad del residente e información de las mismas.
- Evaluación de las condiciones del paciente.
- Grado de Movilización y deambulación.
- Higiene
- Sujeción en casos justificados y con consentimiento informado del familiar.
- Identificación del paciente con riesgo.

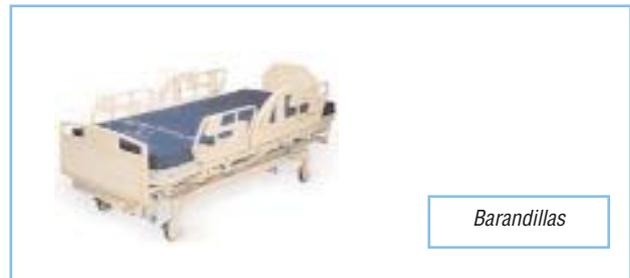


Figura 1

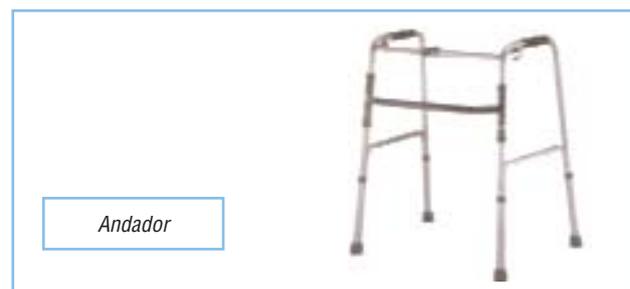


Figura 2



Figura 3

4. Información continua al residente y/o familia, sobre los riesgos y acciones preventivas. Entre ellas:

- Explicar riesgos y medidas de seguridad (timbres, barandillas, etc).
- Involucrar a la familia y pedir su apoyo.
- Comunicación permanente con el residente y/o familia.

5 Utilización de medidas de seguridad para la prevención de caídas, como:

- Barandillas protectoras en las camas.
- Traslados de pacientes de forma segura.
- Sujeción en casos justificados.
- Uso del timbre de llamada, y luces en sitios al alcance de los residentes, así como de dispositivos de apoyo (bastones, silla de ruedas, etc.). (Figuras 1, 2 y 3).

6. Evaluación de las instalaciones del centro, equipos para la seguridad del residente. Realización de un control ambiental, como:

- Comprobación del buen funcionamiento de los dispositivos de ayuda (frenos, gomas sillas de ruedas, etc).
- Comprobación del correcto funcionamiento de timbres, iluminación, barandillas de apoyo en pasillos, barandillas laterales de las camas, sujeciones, etc.
- Comprobación de la inexistencia de objetos en lugares inadecuados, uso de suelos antideslizantes, colocación del mobiliario, etc.

7. Reevaluación continua de:

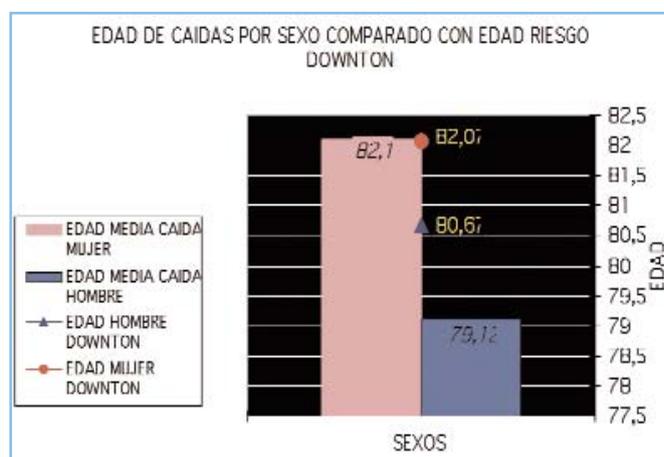
- Estado físico-emocional del paciente, y evolución del mismo.
- Comunicación e información a residentes y/o familiares.

8 Registro de caídas y acciones preventivas.

9. Información e instrucción del personal.



Gráfica 1.- Número de pacientes con etiqueta diagnóstica "Riesgo de Caídas" por sexo según riesgo Downton



Gráfica 2.- Edad de caídas por sexo comparado con edad riesgo Downton.

LUGAR DE CAÍDA	HABITACIÓN	28
	PASILLOS-SALAS	27
	OTRAS INSTALACIONES	12
TURNO DE CAÍDA	M	62.3 %
	T	23.88 %
	N	13.82 %
CONSECUENCIAS	FRACTURAS	5.9% INGRESO HOSPITAL 50 %
	SUTURAS	22.39 %
	OTRAS	11.94 %
	NADA	59.77 %
DISPOSITIVOS AYUDA	SILLA RUEDAS	37.31 %
	ANDADOR	20.9 %
	BASTON	17.91 %
	NADA	23.88 %

Tabla 1. Circunstancias de la caída

RESULTADOS

En dicho periodo habían ingresados en la residencia un total de 47 hombres y 46 mujeres, con una edad media de 79,74 años para el hombre y de 81,09 para la mujer. (Gráfica 2).

El corte para la definición de Riesgo Alto de Caída fue una puntuación de 3 ó más puntos en la Escala J. Downton.

Tras la aplicación de dicha escala se observó que existían más mujeres con la etiqueta diagnóstica "RIESGO DE CAÍDA" con respecto a los hombres (30 mujeres contra 21 hombres).

Análisis del diagnóstico enfermero "riesgo de caídas" en una residencia geriátrica

Sin embargo habían más hombres sin riesgo de caída que mujeres. (Gráfica 1).

Respecto a la edad media de ambos sexos con un riesgo alto de padecer caídas (3 ó más puntos en la escala J. Downton) fue de 80,67 para los hombres y de 82,07 para las mujeres. (Gráfica 2).

No existió apenas diferencia con respecto a la edad media a la que se produjeron las caídas en el centro, siendo de 79,12 años para el hombre y de 82,10 años para la mujer.

Por sexo y riesgo se evidenció que el 61,90% de los varones con riesgo de caídas cayeron (13 personas), mientras que las mujeres lo hicieron un 53,33% (16 personas). (Gráfica 3)

Por el contrario, el porcentaje de residentes que se precipitó al suelo y que no presentaban riesgo de caída, fue de un 11,54% (3 personas) en los hombres frente a un 25% (4 personas) en las mujeres.

CIRCUNSTANCIAS DE LA CAÍDA

Durante el periodo de estudio se produjeron un total de 67 caídas, pudiéndose objetivar gracias a su registro, que la mayor parte se producen en la habitación del residente, casi siempre en turnos de mañana y tarde donde existe un gran número de personal.

Afortunadamente existe un porcentaje pequeño de fracturas, aunque sí en el 50% de las veces producen ingreso hospitalario, debido a fracturas de fémur o cadera que requiere de tratamiento quirúrgico urgente.

Más del 75 % de las personas que caen utilizaban un dispositivo de ayuda. (Tabla 1).

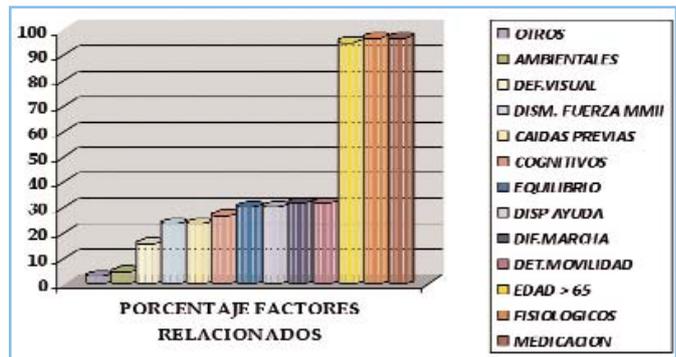
Se observó que existían unos factores relacionados con la caída que se daban en más del 90 % de los residentes, tales como la edad superior a 65 años, factores fisiológicos y la medicación. (Gráfica 4).

En cuanto a la presencia de problemas de colaboración y patologías médicas la más prevalente fue la artrosis entre otras. (Gráfica 5).

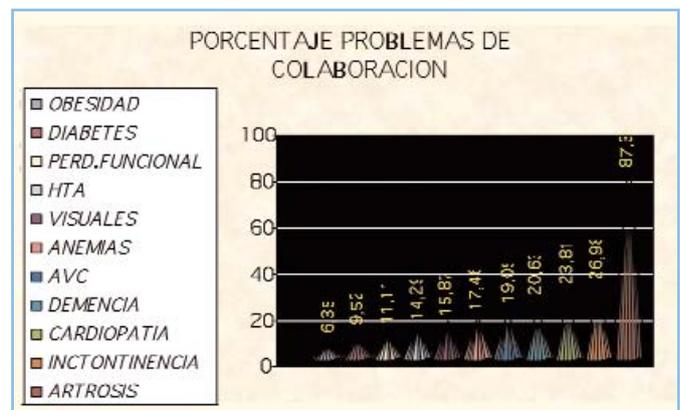
Entre los Criterios de Resultado (NOC) los más utilizados y eficaces fueron aquellos relacionados con el conocimiento, conducta y control del riesgo respecto a la prevención de caídas. (Gráfica 6).



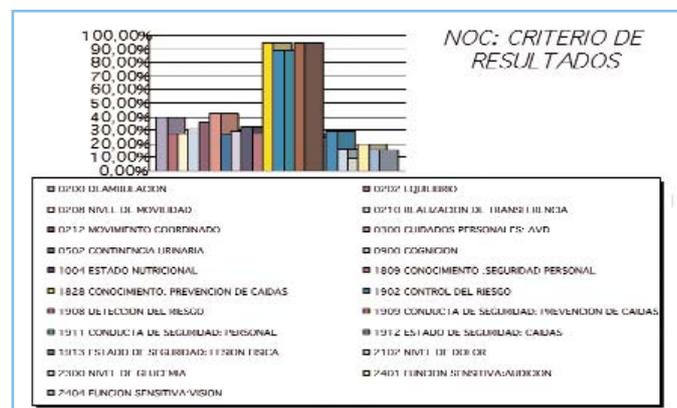
Gráfica 3. Porcentaje de caídas por sexo según riesgo Downton.



Gráfica 4. Porcentaje de factores relacionados con la caída



Gráfica 5. Porcentaje de problemas de colaboración



Gráfica 6. Porcentaje de Criterios de Resultados (NOC) más utilizados

Las Intervenciones Enfermeras (NIC) más efectivas y justificadas para la reducción del número de caídas fueron, vigilancia, prevención de caídas y monitorización de signos vitales entre otras. (Gráfica 7).

Una vez establecido un Protocolo consensuado de Prevención, se observó que pasado un año se consiguió una reducción en un 44.78 % del número de caídas producidas en el centro. (Gráfica 8).

DISCUSION

El presente estudio identificó un porcentaje aproximado de un 38,71% de caídas en la muestra de historias clínicas, siendo la variable sexo femenino la más significativa para la presencia de caídas en el grupo estudiado, presentándose la etiqueta diagnóstica "Riesgo de Caídas" mayoritariamente en la mujer.

Además considerando el factor sexo, las caídas se dan más en el sexo femenino debido a su mayor longevidad y a la osteoporosis. Como la producción hormonal brindaba protección, su disminución con la menopausia genera pérdida de calcio.

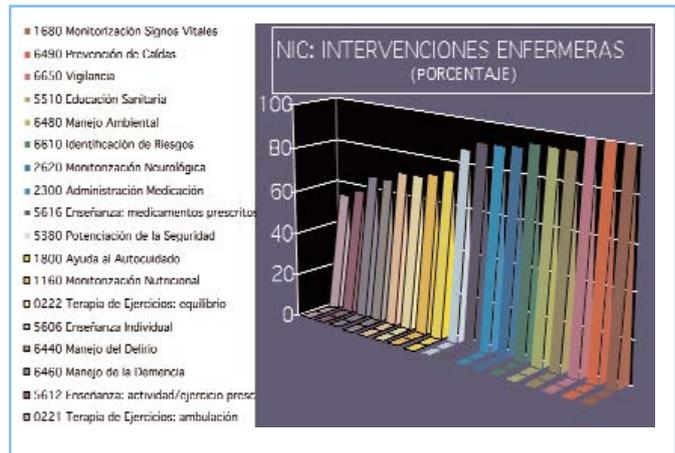
Así en el grupo estudiado la edad de la caída fue mayor en la mujer con respecto al hombre. Dichos valores fueron muy similares a la edad de riesgo por sexo evaluada por la Escala Downton, por lo que podemos afirmar que es una escala muy útil para la valoración del riesgo de caídas.

A partir de los 75 años existe una mayor susceptibilidad a las caídas debido a las enfermedades y a los efectos de medicamentos, como resultado de la asociación de múltiples factores, ya que la caída nunca suele ser resultado de un factor aislado.

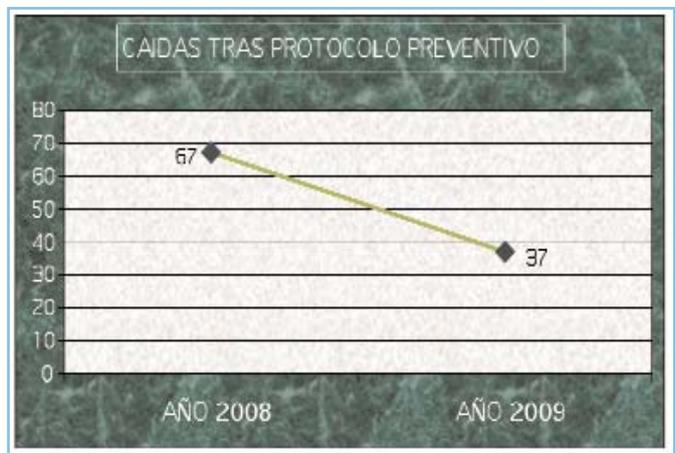
En cuanto a las circunstancias de las caídas, la mayor parte de éstas sucedieron en la habitación, durante el turno de mañana, y en ancianos que utilizaban un dispositivo de ayuda (muletas, andador, silla de ruedas).

Afortunadamente la mayoría de las caídas no tuvieron secuelas importantes, pero un pequeño porcentaje si producen fractura, que requieren en el 50% de las ocasiones un tratamiento urgente en el hospital.

En la población de estudio los factores relacionados con más predisposición para la caída fueron los fisiológicos, la edad (mayor de 65 años), y la polimedición, existiendo además unos problemas de colaboración coexistentes (artrosis, hipertensión arterial, incontinencia urinaria, etc).



Gráfica 7. Porcentaje de Intervenciones Enfermeras (NIC) empleadas



Gráfica 8. Evolución Caídas tras Protocolo Preventivo

En relación a la presión arterial elevada, especialistas enfatizan que puede provocar una reducción en la perfusión cerebral, poniendo en riesgo al anciano.

Las quejas de debilidad muscular en miembros inferiores y la debilidad se encuentran, entre los factores asociados más comunes. Las causas de debilidad pueden ser debidas a la alimentación inadecuada, anemia, efectos iatrogénicos de medicamentos, así como a problemas neurológicos.

Existen discordancias entre la relación de problemas auditivos, visuales y dolores articulares, con la predisposición a la caída, ya que algunos autores indican que existe relación mientras que otros comentan lo contrario.

Los dolores osteo-articulares son provocados por varias patologías y acaban dificultando la ejecución de actividades simples y complejas, lo que agrava mucho más la condición del anciano al verse reducida su movilidad por desuso y equilibrio.

Según algunos autores y estudios, después de sufrir la primera caída, este riesgo es mayor pasando a ser de 3,7 veces.

Análisis del diagnóstico enfermero “riesgo de caídas” en una residencia geriátrica

Estrategias educativas con relación al tema deben ser enfatizadas para la construcción de una visión más crítica sobre la importancia de este evento.

La valoración integral de nuestros mayores se hace necesaria para detectar los factores de riesgo existentes y actuar precozmente sobre ellos. Y para ella una herramienta eficaz es la utilización de un Protocolo Preventivo de Caídas.

Desde el punto de vista del proceso enfermero dicho protocolo englobaría además unas Intervenciones Enfermeras (NIC) y unos criterios de resultados (NOC) para su evaluación. Ambas en el presente estudio se centraron, por ser muy eficaces, en la conducta de seguridad, el control del riesgo, la prevención y la vigilancia.

Tras un año de aplicación del protocolo preventivo se logró reducir en un 44,77% el número de caídas en el centro geriátrico, mostrándose como una herramienta muy eficaz.

CONCLUSIONES

La prevención de las caídas debe ser una prioridad en la atención al anciano, por las graves consecuencias que merman su calidad de vida haciéndolo más dependiente para las actividades de la vida diaria.

Partiendo de la premisa que un elevado porcentaje de caídas son evitables, tanto el personal sanitario como los familiares deben concienciarse de desarrollar acciones preventivas para minimizar multicausalidad de los factores de riesgo que provocan la caída.

La prevención de caídas en el anciano institucionalizado en residencias geriátricas sugiere la necesidad de un enfoque multifactorial del problema y una intervención interdisciplinaria e individualizada.

La aplicación de un Protocolo de Prevención, que desde el punto de vista del Proceso Enfermero, englobe la aplicación de intervenciones preventivas en pacientes geriátricos en residencias, consigue reducir las caídas en un alto porcentaje y por consiguiente la incidencia del problema. Sin embargo, para conseguir una efectividad óptima es importante supervisar periódicamente el cumplimiento de dicho protocolo, que deberían incluir además unos indicadores de calidad, relacionados con las intervenciones de prevención y sus resultados.

Mediante los de indicadores de calidad se consigue la excelencia en los cuidados de enfermería, ya que se consigue una correcta aplicación y evaluación de los programas preventivos.

Resumiendo podríamos decir que es necesario realizar una valoración integral enfermera de nuestros mayores institucionalizados en residencias geriátricas, para detectar los factores de riesgo existentes y actuar precozmente sobre ellos. Todo ello mediante un Protocolo de Prevención.

AGRADECIMIENTOS

Una mención muy especial para todo el personal del Centro Madre de Dios, tanto a nivel directivo, administrativo y asistencial, por su colaboración; así como a todos los mayores y residentes del centro.

BIBLIOGRAFÍA

- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed de Moorhead, Sue, y Johnson, M.: Elsevier España S.A; 2009.
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- Santos Iaraña MA, Zapata Elizari AI, Ollobarren Huarte C, Echevarría Beroiz C, Clavería Aranguen M. prevención de caídas, estrategias de intervención. Rev ROL Enf. 2007; 30 (9): 614-618.
- Skelton D.A, Salva A. Prevención de caídas basada en la evidencia en Europa. Rev Esp Geriatr Gerontolo. 2005; 40 (2):64-69.
- Torres Egea P, Sánchez Castillo,P. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Nursing. 2007; 25 (2): 56-64.
- Ramos P, Larios O, Martínez SR, López M, Pinto JA. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. La residencia como espacio de convivencia y de salud. Madrid: Consejería de Sanidad, 2003.
- Rodríguez M, Vallejo J, Pérez M, Zambrano AA. Estrategias para la implementación de la metodología enfermera en residencias de mayores. En: Actas del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Palma de Mallorca: SEEGG, 2006.
- Coronado ZR, Díez GMP, León HSR, Mesina VME, et al. Validación de factores de riesgo para caídas en personas femeninas mayores de 60 años. Rev Mex Med Fis Rehab 2001; 13(3): 77-79.
- González Carmona B, López Roldan VM, Trujillo de los Santos Z. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med IMSS 2005; 3(5):425-441.
- Aragón Ramos J., Montilla Rodríguez D., Varo Ruz R. Enfermería ante las caídas en el anciano. GEROSAGG Diciembre 2004; Vol. 2 Num. 3 Caídas en el anciano: 10-14.
- Hernández Herrera, D.E., Ferer-Villegas, J. Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(1): 47-50.

MÉTODO INTRAVESICAL COMO HERRAMIENTA ENFERMERA PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL

- **Marta López-Ibarra de la Cruz**
- **Bonifacio Sobrino Sobrino**
- **María León Rivas**

Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.
Servicio de Quirófano, Hospital de Traumatología y Rehabilitación Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

La medición de la Presión intraabdominal (PIA) es un parámetro de gran utilidad e importancia que nos va a permitir objetivar la gravedad de las afecciones intraabdominales agudas tanto en las Unidades de Cuidados Intensivos (Atención Especializada) como en los Centros de Salud (Atención Primaria), pudiendo éste último caso utilizar este parámetro para remitir los pacientes lo antes posible y realizando un diagnóstico precoz que en algunos casos puede disminuir los efectos no deseados causados por su aumento y llevar a salvar la vida del paciente a la Atención Especializada.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Presión Intraabdominal.
- ✓ Síndrome Compartimental Agudo.
- ✓ Método intravesical.

Abstract

The measurement of intraabdominal pressure (IAP) is a parameter of great value and importance that will allow us to objectify the severity of acute abdominal conditions in both the Intensive Care Unit (Special Care) and Health Centres (PHC), if so can use this parameter to refer patients as soon as possible and making an early diagnosis in some cases may reduce the undesirable effects caused by its increase and lead to life-saving to Special Care.

KEY WORDS:

- ✓ Intra-abdominal pressure.
- ✓ Abdominal Compartment Syndrome.
- ✓ Intravesical method.

INTRODUCCIÓN

Presión abdominal, hipertensión abdominal (HIA) y Síndrome compartimental abdominal (SCA) no son sinónimos. Son entidades bien diferenciadas y estudiadas a lo largo de este siglo en pacientes con problemas médicos, quirúrgicos y en aquellos sometidos a laparotomías de control de daños. Existen muchas referencias bibliográficas y estudios realizados en este campo por personal médico y de enfermería que evidencian una estrecha relación entre hipertensión abdominal y alteraciones fisiopatológicas secundarias a la misma; de aquí la importancia de una monitorización que ayude a prevenir el SCA.

La técnica indirecta de la medición de la PIA por el método intravesical se trata de un procedimiento útil, realizado por el personal de enfermería y que incluso puede practicarse en consultorios médicos. Es una técnica fácil, bien conocida en las unidades de urgencias quirúrgicas y de reanimación, poco invasiva, con escasos efectos secundarios y cuyos resultados pueden beneficiar al paciente, siendo en la actualidad de elección para determinar la PIA.

DEFINICIÓN

El concepto de cavidad abdominal puede ser considerado como un compartimento o cavidad cerrada protegida por el peritoneo y limitados en su expansión por estructuras osteomusculares y tendinosas, dentro del cual vamos a encontrar los órganos intraabdominales que no van a estar exentos de modificar su fisiología en relación con los cambios de volumen que consecutivamente elevan la presión.

En condiciones normales, la PIA es 0, es decir, es igual a la Presión atmosférica la cual variara debido a determinados cambios fisiológicos normales como son la respiración, la tos, movimientos diafragmáticos, vómitos, defecación entre otras muchas variaciones.

El aumento no detectado de la PIA puede variar desde la hipertensión abdominal leve y sin mayores consecuencias patológicas hasta el SCA el cual provoca efectos fisiológicos letales de la presión sobre los órganos contenidos dentro del abdomen.

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL?

Podemos considerar explícitamente HIA al incremento de la presión de la cavidad abdominal por encima de los 10 mmHg, según algunos autores como BURCH, que realizó un consenso basado en los diferentes conceptos dados a lo largo de la historia por diversos autores y agrupo a los pacientes en cuatro categorías de acuerdo con la medición de la PIA y las alteraciones fisiológicas más relevantes (para fines de conversión debemos tener en cuenta que 1 mmHg es igual a 1'36mmH2O).

Tenemos que tener en cuenta que HIA y SCA no son términos sinónimos. HIA se refiere solo a una medida de presión elevada; cuando ese aumento en la PIA se acompaña de una disfunción orgánica atribuible al aumento de la misma, se habla de SCA. Este SCA conlleva una disfunción renal, cerebral, pulmonar, cardiovascular y esplénica y se va a manifestar con hipoperfusión generalizada, incremento de la presión pico de las vías aéreas, hipoxemia, hipercapnia, oliguria y aumento de la presión intracraneal.

CLASIFICACION DE LA PIA

Burch describe un sistema de graduación en cuatro escalas

GRADO	PR VESICAL (cm/H ₂ O)
I	10-15
II	15-25
III	25-35
IV	>35

CUADRO I : Grados de medición de PIA

Normalmente la PIA es menor o igual a 0. La mayoría de las alteraciones fisiológicas se dan en los grados III-IV. Cuando esta presión se encuentra por encima de 20 cm de H₂O se producen alteraciones importantes de la respiración, hemodinámicas, renales, hepáticas y cerebrales. (Cuadro 1).

Los pacientes sometidos a operaciones abdominales corrientes, obesidad moderada y otras que no alcanzan mayor riesgo, su PIA generalmente es cero o negativa. Tras las primeras 24 horas de una operación no complicada la PIA aumenta hasta 15 mmHg en la mayor parte de los casos.

Según su grado, vamos a detallar las alteraciones que se producen y la actuación para paliarlas:

GRADO I: cuando la presión se encuentra entre estos valores, no existen cambios significativos. A excepción de periodos de pH ácido en la mucosa intestinal. Se recomienda reanimación normovolémica con soluciones cristaloides por los cambios cardiovasculares diversos. Vigilarla repitiendo mediciones cada 2 horas.

GRADO II: en los pacientes que se encuentran en este tipo de presiones, se observa un aumento en pico de la Presión inspiratoria máxima por el aumento de la PIA al tórax por vecindad. Se mejorará con reanimación hipervolémica y valorando el compromiso multisistémico para una posible descompresión quirúrgica si fuese necesario, mejoraría la función respiratoria y renal inmediatamente.

GRADO III: una presión en este intervalo crea una dificultad externa que conlleva la disminución del flujo sanguíneo esplénico provocando un evidente deterioro multisistémico y de estructuras abdominales. Con ello se provocan alteraciones respiratorias, cardiovasculares y oliguria. Se debe instaurar una apertura de la sutura operatoria total/parcial en casi todos los casos para disminuir así la PIA, acompañada de una resucitación agresiva.

GRADO IV: en estos pacientes ya existe compromiso hemodinámico y un cuadro completo de SAC, presentando como síntoma característico la anuria. La conducta a seguir es la resucitación y reexploración urgente de la cavidad abdominal para una posible descompresión urgente.

MANEJO CLÍNICO DE LA PIA

Para llevar a cabo la medición de la PIA existen varios métodos a través de los cuales obtendremos de una forma invasiva o no invasiva el valor de la PIA.

MÉTODOS DIRECTOS: desde principios de la utilización de la medición de la PIA esta se llevaba a cabo a través de una cánula metálica insertándola en el interior de la cavidad peritoneal y obteniendo el resultado por un transductor de presión. También otro método directo es a través de la cirugía laparoscópica en donde se monitoriza de forma continua la presión por medio de un transductor automático.

MÉTODOS INDIRECTOS: dentro de estos métodos los tres más utilizados son:

- Presión de la vena cava vía transfemoral

- Presión gástrica
- Presión del tracto urinario

El más utilizado de ellos es el método intravesical que describiremos a continuación.

PRESIÓN DEL TRACTO URINARIO (MÉTODO INTRAVESICAL)

Como hemos comentado previamente es método más utilizado para la medición de la PIA debido a:

- coste económico ya que no requiere de equipos especiales
- método rápido, eficaz, seguro y apenas invasivo
- fácil en nuestra práctica
- es la vejiga un órgano retroperitoneal y por sus relaciones anatómicas su techo sirve de transductor, transmite la PIA y por tanto permite su medición. Se comporta como un diafragma pasivo.

OBJETIVOS

Podemos destacar de entre todos los objetivos:

- Llevar a cabo un tratamiento rápido y eficaz que puede estar dirigido a utilizar medidas de soporte o una descompresión quirúrgica.
- Identificar rápidamente las complicaciones que puede provocar un aumento de la PIA.

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES

Los procesos de carácter agudo donde la PIA va en aumento y donde la gravedad indica su magnitud, dan lugar al conocido SCA, y son:

- Pancreatitis Aguda
- Obstrucción intestinal mecánica
- Ileo parálisis
- Técnicas laparoscópicas
- Reducción de hernias masivas
- Cierre a tensión de la pared abdominal
- Peritonitis, abscesos intrabdominales y neumoperitoneo a tensión
- Hemorragias intra/retroperitoneales
- Edema visceral post-reanimación
- Trombosis venosa mesentérica
- Dilatación gástrica aguda
- Aneurisma aórtico roto

En procesos como ascitis, tumores abdominales, diálisis peritoneal ambulatoria o embarazo la PIA aumenta progresivamente y se da de forma mantenida.

Surge una *contraindicación* absoluta para utilizar la medición de este valor, sería el trauma uretral.

Las *complicaciones* derivadas del SCA pueden ser: dificultad respiratoria, fallo renal y sepsis. Se asocia una mortalidad del 40-50%. La pérdida de la integridad de la vía urinaria puede agravar la lesión uretral y permitir el paso al

abdomen de la solución salina utilizada para realizar la medición. Para ello debemos estar convencidos de la integridad de la estructura de las vías urinarias.

De una descompresión súbita del abdomen se puede provocar una movilización importante de la carga de hidrogeniones, radicales libres y potasio (productos tóxicos del metabolismo anaerobio) en forma masiva a la circulación. Produciéndose así el llamado Síndrome de Reperusión. Además esta descompresión puede ocasionar una caída inesperada de la precarga y un aumento rápido del volumen tidal con alcalosis respiratoria, como consecuencia de las venas abdomino-pelvicas. desencadenado en asistolia.

MATERIAL UTILIZADO PARA LA MEDICIÓN

El material que vamos a necesitar para llevar a cabo esta técnica es el siguiente: (Figuras 1 y 2).

- ⊕ Si el paciente no está sondado vesicalmente debemos proceder a sondarlo: sonda vesical tipo Foley, lubricante, desinfectante (povidona yodada), guantes estériles, paño estéril, bolsa recolectora de orina, agua bidestilada, jeringa de 10 cc, gasas estériles.
- ⊕ Una vez sondado o si el paciente ya estaba sondado: equipo para medir PVC, regla de PVC, soporte de suero, pinzas de hemostasia, bolsa recolectora de orina con grifo, suero fisiológico de 500 cc, guantes, llave en Y.



Fig. 1: Material necesario para la medición de la presión intraabdominal.

PROCEDIMIENTO

- Situaremos al paciente en posición horizontal si no se encontraba ya en esta posición previamente.
- Previa asepsia se coloca la sonda vesical de 2 lúmenes al paciente si este no estuviese sondado.
- Tras comprobar que la sonda vesical se encuentra ubicada en el lugar correcto evacuamos la vejiga y llevamos a cabo el procedimiento.
- Colocamos la regla de PVC en un soporte de suero haciendo coincidir el cero de la regla con la sínfisis púbica del paciente.

Método intravesical como herramienta enfermera para la medición de la presión intraabdominal

- A continuación conectamos el suero fisiológico 500cc al equipo de PVC y lo colocamos en la regla de PVC.
- Conectaremos la llave en Y al extremo distal del equipo de PVC y a la bolsa colectora de orina. A continuación por extremo sobrante conectaremos dicha llave a la sonda vesical. Se retirará la conexión ante cualquier manifestación de intolerancia del paciente (dolor, alteración hemodinámica, etc).
- Pinzaremos la bolsa colectora de orina a nivel de la unión con la llave en Y.
- Posteriormente instilaremos 150cc de suero salino a través de la sonda vesical.
- Finalmente observaremos la oscilación de la columna de líquido en la regla de medición de la PVC y registraremos dicho valor en la Hoja de Enfermería en cm de H₂O. Comunicaremos dicho valor en caso de observar cualquier anomalía al facultativo.
- Retiraremos la pinza y dejaremos salir el líquido que anteriormente instilamos hacia la vejiga.
- No debemos olvidar restar dicha cantidad a la diuresis obtenida ya que si no lo realizamos estaremos obteniendo un valor erróneo de diuresis.



Fig. 1. Simulación del montaje del procedimiento

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Cambiar el equipo cada 48 horas.
- Control de CONSTANTES VITALES para detectar alteraciones hemodinámicas, antes y después de la medición.
- Medir el perímetro abdominal con frecuencia para detectar los cambios. Marcar sitios de referencia para no encontrar datos erróneos.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con patología abdominal pueden evolucionar a SCA debido a que en las unidades de cuidados intensivos no se valora adecuadamente la hipertensión abdominal.

Una monitorización adecuada de la presión en este tipo de pacientes puede disminuir su mortalidad y permitir un diagnóstico a tiempo y un tratamiento adecuado para así evitar fallo multisistémico.

La aplicación de esta medición por el método intravesical es de utilidad por los siguientes motivos:

- Una evaluación más objetiva del paciente.
- Es muy económica al no utilizar equipo técnico especializado.
- Es sencilla, efectiva, libre de complicaciones y daños (método menos invasivo) y por tanto disminuye los riesgos y molestias para el paciente.
- Aplicable como diagnóstico tanto en urgencias hospitalarias como extrahospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Patiño JF. La presión intra abdominal en el paciente en estado crítico: el Síndrome de Compartimiento Abdominal. En: Lecciones de cirugía, Editorial Médica Panamericana, Bogotá 2000. 597-98.
- Dra. Soler Morejón C. Presión intrabdominal y sepsis. En: Rev cubana Med 2001;40(1):45-9.
- Aragón palmero FJ, Candelario López RH, Hernández Hernández JM, Mirabal Rodríguez C, Aragón Palmero L. Valor de la Presión intraabdominal en el paciente quirúrgico grave. En: CirCiruj 2000, Vol. 68, No. 1:5-9.
- Arneláez G, Celis E. Hipertensión Abdominal: Efectos sobre la fisiología; Monitoreo y Tratamiento. Tribuna Médica 89 (6) 1994: 372-76.
- Alejandro SE, Ballesteros M. Síndrome Compartimental. En: Pautas para el manejo definitivo de pacientes críticos. Editorial Interamericana 1996: 575-82.
- Wilches Palomo A. Medición de la Presión Intraabdominal por el método intravesical. Intervenciones de enfermería. Actual. Enferm. Vol. 3 No.3 septiembre 2000.

GESTIÓN POR PROCESOS Y PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

MANAGEMENT AND STANDARDIZED CARE PLANS

- **Carmen Rodríguez Pozo¹**
- **Esteban Romero Rueda²**

¹ Enfermera. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

² Enfermero. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Resumen

El desarrollo de la gestión por procesos implica identificar y comprender mejor las áreas de responsabilidad enfermera en las urgencias hospitalarias. Como respuesta profesional a ello es necesario el diseño de planes de cuidados.

Se utilizan los procesos asistenciales integrados como sistema de agrupación de pacientes para identificar los grupos de diagnóstico homogéneos en los que se emplean pruebas, tratamientos y servicios similares.

La incorporación de cuidados según grupos por patologías reduciría la variabilidad de la práctica clínica y permitiría planificar mejor la adjudicación de los recursos de enfermería.

Desarrollamos una revisión bibliográfica para determinar las características más frecuentes de los pacientes que acuden a urgencias.

Introducimos los planes de cuidados estandarizados del enfermo con: dolor abdominal, dolor torácico y el EPOC/disnea.

Expondremos las ventajas del uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados y desarrollaremos el plan de cuidados estandarizado para urgencias de cada uno de los tres procesos asistenciales más frecuentes en nuestro ámbito.

Más allá de la asignación del nivel de gravedad, la clasificación permite la articulación de circuitos de atención y si se conjuga su despliegue con el desarrollo de procedimientos y protocolos, se convierte en el primer paso para una respuesta finalista.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ PROCESO
- ✓ PLANES DE CUIDADOS
- ✓ ESTANDARIZACIÓN
- ✓ DOLOR ABDOMINAL
- ✓ DOLOR TORÁCICO
- ✓ EPOC

Abstract

The development of the management by processes implies to identify and to understand better the responsibility of nurses in the urgencies. As professional answer, it is necessary the design of plans of cares.

The processes integrated like system of grouping of patients are used to identify the homogenous groups of diagnosis with similar tests, treatments and services.

The plans of cares according to groups by pathologies would reduce the variability of the clinical practice and would allow to plan better the awarding of the nursing resources.

We develop a bibliographical revision to determine the most frequent characteristics of the patients who go to urgencies.

We will use the plans of cares standardized of the patient with: abdominal pain, thoracic pain and EPOC.

We will set out the advantages of the use of standardized and will develop the plan of cares standardized for urgencies of each one of the three more frequent processes.

Beyond the allocation of the gravity level, the classification allows the joint of circuits of attention and if she conjugates his unfolding with the development of procedures and protocols, becomes the first passage for an finalist answer.

KEY WORDS:

- ✓ PROCESS
- ✓ CARE PLANS
- ✓ STANDARDIZATION
- ✓ ABDOMINAL PAIN
- ✓ THORACIC PAIN
- ✓ EPOC

INTRODUCCIÓN

La gestión por procesos es un instrumento básico para las organizaciones innovadoras cuya visión sea trabajar en la gestión clínica con el valor añadido de la calidad orientada al cliente. El desarrollo de ésta estrategia pasa por identificar, comprender, estabilizar y controlar mejor y de manera más tangible las áreas de responsabilidad enfermera en las urgencias hospitalarias.

En el terreno sanitario los procesos tienen un valor añadido caracterizado por actividades coordinadas integradas, que satisfacen los deseos de sus clientes en términos de salud.

En el marco de la organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc).

JUSTIFICACIÓN / IMPORTANCIA

En la gestión del producto enfermero en versión asistencial la enfermería tiene que dar respuesta a un buen nivel de calidad utilizando los recursos necesarios, pero adaptados a los costes posibles, en un futuro inmediato de financiación por procesos asistenciales y así evitar la variabilidad que provoca disminución de la calidad asistencial.

Cuantificar las cargas de trabajo de enfermería nos permite distribuir mejor el personal dedicando mayor número de profesionales a las consultas que atiendan enfermos cuya patología o nivel de clasificación requieran un mayor número o complejidad de intervenciones enfermeras, disminuyendo la presión asistencial y dotando a la vez de mayor calidad a los cuidados administrados.

La incorporación de cuidados según grupos por patologías reduciría la variabilidad de la práctica clínica y permitiría planificar mejor la adjudicación de los recursos de enfermería.

La adecuada clasificación de pacientes con resolución inmediata de las pruebas banales así como la adecuada petición de pruebas complementarias y administración de tratamientos disminuirán la permanencia de los pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias, con lo que aumentamos la calidad del servicio, por tanto se puede establecer una previsión fiable de la duración para cada proceso clínico.

Además, al diferenciar los cuidados por grupos de patologías evitamos la variabilidad de la actividad enfermera para el mismo tipo de pacientes e introducimos el coste de los servicios de enfermería en el proceso.

OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA

Evitar la variabilidad de la actividad enfermera para el mismo tipo de pacientes.

Los objetivos del proceso se centran en:

- Mejorar la accesibilidad, la percepción de seguridad y de intensidad de cuidados de la población, en el caso de la demanda urgente
- Dinamizar el flujo de pacientes en estas áreas de atención
- Proveer de un modelo de Clasificación orientado a la excelencia, basado en criterios normalizados que disminuyan la variabilidad y mejoren la calidad de la atención
- Mejorar la satisfacción de todos los usuarios de los servicios de Urgencia
- Gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos en estos escenarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para cumplir los objetivos de este trabajo, hemos desarrollado una revisión bibliográfica para determinar las características de los pacientes que acuden a las urgencias.

Con esto, pretendemos agrupar los pacientes según sus características para poder estandarizar los cuidados que enfermería les debe aplicar según se integren en un proceso asistencial determinado u otro.

- introducimos el proceso asistencial integrado del dolor abdominal y los planes de cuidados estandarizados de enfermería.
- introducimos el proceso asistencial integrado del dolor torácico y los planes de cuidados estandarizados de enfermería.
- introducimos el proceso asistencial integrado del EPOC y los planes de cuidados estandarizados de enfermería.

RESULTADOS

Ventajas del uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados:

- Prevenir la variabilidad de la asistencia, mediante la normalización de la actividad de las enfermeras a través del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a cada paciente, familia y entorno.

- Disminuyendo la variabilidad se aumenta la eficiencia y se permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores.
- Se mejora la práctica enfermera asumiendo las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la base del conocimiento científico actual.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: DOLOR ABDOMINAL.

DIAGNÓSTICOS NANDA.

- 00148 Temor.
- 00126 Conocimientos deficientes: régimen terapéutico.
- 00132 Dolor agudo.
- 00085 Deterioro de la movilidad física.
- 00004 Riesgo de infección.

RESULTADOS E INDICADORES.

- 1302.- Superación de problemas.
- 03. Verbaliza sensación de control.
- 06. Busca información sobre su enfermedad y tratamiento.
- 07. Modifica el estilo de vida cuando se requiere.
- 1813.- Conocimiento: régimen terapéutico.
- 02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.
- 05. Descripción de la dieta prescrita.
- 07. Descripción de la actividad prescrita.
- 1605.- Control del dolor.
- 01. Reconoce factores causales.
- 02. Reconoce el comienzo del dolor.
- 03. Utiliza medidas preventivas.
- 05. Utiliza los analgésicos de forma adecuada.
- 0208.- Nivel de movilidad.
- 08. Come.
- 09. Se viste.
- 10. Uso del inodoro.
- 11. Higiene.
- 1609.- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
- 01. Cumple las precauciones recomendadas.
- 02. Cumple el régimen terapéutico recomendado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- 5230.- Aumentar el afrontamiento.
- 5380.- Potenciación de la seguridad.
- 5820.- Disminución de la ansiedad.
- 5610.- Enseñanza prequirúrgica.
- 5612.- Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito.
- 5614.- Enseñanza: dieta prescrita.

- 3440.- Cuidados del sitio de incisión.
- 1400.- Manejo del dolor.
- 2210.- Administración de analgésicos.
- 02.- Ayuda en los autocuidados: vestir/ arreglo personal.
- 1803.- Ayuda en los autocuidados: alimentación.
- 1804.- Ayuda en los autocuidados: aseo.
- 6540.- Control de infecciones.
- 6550.- Protección contra las infecciones.
- 3440.- Cuidados del sitio de incisión.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: DOLOR TORÁCICO.

DIAGNÓSTICOS NANDA.

- 00132.- Dolor agudo torácico R/C Agentes lesivos.
- 00093.- Intolerancia a la actividad R/C: Desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno.
- 00146.- Ansiedad R/C: Cambio repentino en el entorno y el estado de salud.
- 00126.- Conocimientos deficientes sobre el régimen terapéutico R/C: Cambios en el entorno y en la situación de salud.
- 00070.- Deterioro de la adaptación R/C: Infravaloración o sobrevaloración del riesgo sobre la salud.

RESULTADOS E INDICADORES.

- 1605.- Control del dolor.
- 01. Reconoce factores causales.
- 03. Utiliza medidas preventivas.
- 06. Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda.
- 09. Reconoce los síntomas del dolor.
- 11. Refiere dolor controlado.
- 0005.- Tolerancia a la actividad.
- 01. Saturación de O2 en el rango esperado (ERE) en respuesta a la actividad.
- 02. Frecuencia cardíaca ERE en respuesta a la actividad.
- 03. Frecuencia respiratoria ERE en respuesta a la actividad.
- 08. Esfuerzo respiratorio en respuesta a actividad.
- 15. Presión arterial ERE en respuesta a la actividad
- 1402.- Autocontrol de la ansiedad.
- 04. Busca información para reducir la ansiedad.
- 06. Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 17. Controla la respuesta de ansiedad.
- 18. Refiere disminución de estrés.
- 19. Verbaliza aceptación de la situación de salud.
- 1813.- Conocimiento: régimen terapéutico.
- 04. Descripción de los efectos esperados del tratamiento.

Gestión por procesos y planes de cuidados estandarizados

09.	Descripción de los procedimientos prescritos.	1702.-	Creencias sobre la salud: percepción de control.
10.	Descripción del proceso de la enfermedad.	05.	Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud.
16.	Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones.	1906.-	Control del riesgo: consumo de tabaco.
17.	Descripción de cómo funciona el dispositivo.	01.	Reconoce el riesgo del consumo de tabaco.
18.	Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones.	05.	Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.
1300.-	Aceptación del estado de salud.	11.	Cumple las recomendaciones para controlar el consumo de tabaco.
08.	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	1803.-	Conocimiento: proceso de la enfermedad.
11.	Toma de decisiones relacionadas con la salud.	02.	Descripción del proceso de la enfermedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

4044.-	Cuidados cardíacos agudos.	03.	Descripción de la causa o factores contribuyentes.
3320.-	Oxigenoterapia.	10.	Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones.
4200.-	Terapia intravenosa (IV).	11.	Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.
5602.-	Enseñanza: proceso de la enfermedad.	1805.-	Conocimiento: conducta sanitaria.
0180.-	Manejo de la energía.	17.	Monitoriza habitualmente el flujo Máximo.
1800.-	Ayuda con los autocuidados.	1808.-	Conocimiento: medicación.
5820.-	Disminución de la ansiedad.	04.	Descripción de las acciones de la medicación.
5380.-	Potenciación de la seguridad.	05.	Descripción de los efectos indeseables de la medicación.
5618.-	Enseñanza procedimiento/tratamiento.	18.	Demuestra un uso apropiado de inhaladores, difusores y nebulizadores.
5230.-	Aumentar el afrontamiento.	13.	Descripción de un cuidado adecuado de los dispositivos de administración.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: EPOC/DISNEA.

DIAGNÓSTICOS NANDA.

00069	Afrontamiento inefectivo.	1806.-	Conocimiento: recursos sanitarios.
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	02.	Descripción de cuándo contactar con un/a profesional sanitario.
00126	Conocimientos deficientes (asma).	04.	Descripción de los recursos para la asistencia urgente.
00148	Temor.	1404.-	Autocontrol del miedo.
00120	Baja autoestima situacional.	05.	Planea estrategias para superar las situaciones temibles.
00061	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador/a.	17.	Controla la respuesta de miedo.

RESULTADOS E INDICADORES.

1302.-	Superación de problemas.	15.	Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.
01.	Identifica patrones de afrontamiento eficaces.	1504.-	Soporte social.
03.	Verbaliza sensación de control.	07.	Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita.
1704.-	Creencias sobre la salud: percepción de amenaza.	1205.-	Autoestima.
01.	Percepción de amenaza para la salud.	01.	Verbalización de autoaceptación.
1300.-	Aceptación: estado de salud.	02.	Aceptación de las propias limitaciones.
08.	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	08.	Cumplimiento de los roles significativos personales.
11.	Toma de decisiones relacionadas con la salud.	11.	Nivel de confianza.
1601.-	Conducta de cumplimiento.	2508.-	Bienestar del/de la cuidador/a principal.
10.	Comunica seguir el plan terapéutico prescrito.	09.	Rol de cuidador/a.

- 2202.- Preparación del/ de la cuidador/a familiar domiciliario/a.
01. Voluntad de asumir el papel de cuidador/a familiar.
02. Conocimiento sobre el papel de cuidador/a familiar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- 5230.- Aumentar el afrontamiento.
- 5400.- Potenciación de la autoestima.
- 4700.- Reestructuración cognitiva.
- 4360.- Modificación de la conducta.
- 4490.- Ayuda para dejar de fumar.
- 4360.- Modificación de la conducta.
- 4480.- Facilitar la autorresponsabilidad.
- 5602.- Enseñanza: proceso de la enfermedad (asma).
- 5616.- Enseñanza: medicamentos prescritos.
- 5618.- Enseñanza: procedimiento / tratamiento.
- 5520.- Facilitar el Aprendizaje.
- 4700.- Reestructuración cognitiva.
- 5440.- Aumento de los sistemas de apoyo.
- 5820.- Disminución de la ansiedad.
- 5400.- Potenciación de la autoestima.
- 5270.- Apoyo emocional.
- 5370.- Potenciación de roles.
- 5240.- Asesoramiento.
- 7040.- Apoyo al/ a la cuidador/a principal.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

El fin último de la sección de urgencias es atender a cualquier ciudadano que demande asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Por ello, la sección de urgencias adaptará, por un lado, la cartera de servicios para proveer aquellas prestaciones sanitarias con rentabilidad social para que sean eficaces, efectivas y eficientes, y por otro, su organización interna para que esté centrada en el ciudadano como cliente y en la comunidad como referente.

Más allá de la asignación del nivel de gravedad, la clasificación permite la articulación de circuitos de atención y si se conjuga su despliegue con el desarrollo de procedimientos y protocolos, se convierte en el primer paso para una respuesta finalista.

A pesar de la protocolización de los cuidados y de la definición de funciones, no debemos olvidar nunca lo que es otro pilar básico en la estrategia de nuestro sistema sanitario público y en la personalización del cuidado para cada uno de los usuarios, que será llevado a cabo siempre que utilicemos uno de estos procedimientos.

Sin duda, existen mas grupos de pacientes que no cumplen los requisitos de atención de éstos tres que proponemos. Estos pacientes presentan una gran variabilidad de juicios clínicos y su inclusión en algún proceso específico tendría que ser objeto de estudio para determinar si es eficiente o si, por el contrario, es más útil englobar todo ello es un único proceso asistencial que englobe toda esta variabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Mulens Ramos, I. Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana. Facultad de Enfermería "Lidia Doce Sánchez". "La gestión de enfermería desde las dimensiones del cuidado". http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/archivos/trabaj_gestion_ivette.pdf
- Mora Martínez, J.R.; Ferrer Amedo, C; Ramos Quirós, E. "Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en centros de salud". Revista de Administración Sanitaria. Volumen VI. Nº 21. Enero/Marzo 2002.
- Granados Matute AE, Estepa Osuna MJ, Paneque Sánchez-Toscano I. La Gestión por Procesos: un Proyecto de Desarrollo Endógeno. Tesela [Rev Tesela] 2007; 1. <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6351.php>
- Consejería de salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Descripción y diseño de procesos asistenciales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/2.pdf>
- Ponce Domínguez, Juana; Vázquez Hachero, Gabriel; Ponce Domínguez, María del Carmen. Gestión de la calidad de los cuidados enfermeros en la atención especializada andaluza. Tesela [Rev Tesela] 2008; 3 <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6516.php>
- Servicio Andaluz de Salud. "Presentación planes de cuidados estandarizados".

- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/B%20PRESENTACION.pdf>.
7. Tamayo Lorenzo, P.A.; Juez Martel, P; Gómez Barroso, J.L. “Técnicas de investigación”. UNED. Máster en gestión de Servicios de Enfermería”. Módulo VI.
 8. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. “Memoria Hospitales Universitarios Virgen del Rocío”. 2005. Sevilla.
 9. Duque del Río, M.C; Claudio Romo, E. “Metodología Nanda II en el servicio de urgencias para la estandarización de cuidados. Marco teórico”. Ciber revista. Nº 40. Abril 2006.
 10. Arenas Fernández, J; Conejo Romero, N; Cristóbal Cañadas, C; Duque del Río, M.C.; Fernández Rodríguez, B; Martín Hernández; M.J.; Muñoz Arteaga, D; Porcel Gálvez, A.M.; Silva García, L; Terrero Varila, M; Valenzuela Rodríguez, A.J. “RAC de enfermería en urgencias y emergencias. Recepción, Acogida y Clasificación”. Memorando SEEUE 2003.
 11. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. “Protocolo de la consulta de clasificación”. Unidad de Urgencias, Hospital General, Servicio de cuidados críticos y urgencias, 2000 (Sevilla).
 12. Servicio Andaluz de Salud. Procesos asistenciales integrados. “Colelitiasis/colelitis”. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/Colelitis.pdf>
 13. Servicio Andaluz de Salud. Planes de cuidados estandarizados.”Colelitiasis/colelitis”. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/14%20COLELITIASIS.pdf>
 14. Alconero, A.R.; Pérez, S; Fernández, R; Sola, J.M. “Registros de Enfermería en la valoración del dolor en el Infarto Agudo de Miocardio”. Enfermería Cardiológica 1999; Año VI (17): 20-24. Mención especial en el XX Congreso de Enfermería en Cardiología, Huesca, 1999.
 15. Bassan, R; Brian Gibler; W. “Unidades de dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias” Revista Española de Cardiología 2001; 54: 1103-1109.
 16. Flores Montes, I; Torres Peláez, M.L. “Proceso de atención de enfermería en un paciente con angina inestable”. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000; 8 (1-4); 14-18.
 17. Gámez Simarro, J.D.; Girbés Calvo, A; Penades Antolín, R.A.; Cortés Gómez, M.J. “Protocolo de Enfermería en la Insuficiencia Cardíaca”. Enferurg.com. <http://www.enferurg.com/articulos/protocoloinsuficienciardiaca.htm>
 18. Servicio Andaluz de Salud. Procesos asistenciales integrados. “Proceso Asistencial. Dolor torácico genérico (no filiado)”. http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/DT_29_11_07.pdf
 19. Servicio Andaluz de Salud. Planes de cuidados estandarizados. “Dolor torácico genérico (no filiado)”. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/20%20DOLOR%20TORACICO.pdf>
 20. Merino Navarro, D; González Rodríguez, A; Palomar Gallardo, C. “La atención de enfermería de urgencias en la crisis asmática”. Ciber Revista. Número 15. Septiembre 2003.
 21. Servicio Andaluz de Salud. Procesos asistenciales integrados. “Asma del adulto”. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/Asma%25200k%252028-1-2005%5B1%5D.pdf>
 22. Servicio Andaluz de Salud. Planes de cuidados estandarizados. “Asma del adulto”. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/ASMA%20DEL%20ADULTO%20E.P.pdf>
 23. Bermúdez Román, Olga; Moreno Ruiz, Luis. La Gestión en los Cuidados de Enfermería. Del arte de cuidar a la profesionalización. Tesela [Rev Tesela] 2008; 4. <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6733.php>



Groupama

Seguros



MUTUA
EUROPEA
DE SEGUROS

TU SEGURO POR SER ENFERMERA/O
AÚN MÁS BARATO

PREGUNTE EN LA OFICINA DEL COLEGIO
Y PAGUE MENOS POR SUS SEGUROS:
COCHE, HOGAR, VIDA, SALUD... ETC

TELÉFONO OFICINA: 955.09.92.50
HORARIO: LUNES A VIERNES
MAÑANAS: 9 A 14h. TARDES: 17 A 20h.

PRECIOS
INCREIBLES

Atención Personalizada.

XXVIII

Certamen Nacional

de Enfermería Ciudad de Sevilla

Luis Ramos Araujo

PREMIOS

PRIMERO: 3.600 € SEGUNDO: 1.800 € TERCERO: 1.200 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.000 €

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.
El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con **1.000 Euros**. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600 Euros** para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800 Euros** para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** para el premiado en tercer lugar.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, 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 encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de Diplomado o Graduado en Enfermería que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres vocales del profesorado de la Facultad, actual o de futura creación, de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación continua de Sevilla.
Todos los miembros del jurado serán diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXVIII 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 currículum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXVIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2012. 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 2012.



148 Años avanzando con la profesión

PREMIOS 2011

1º Almudena Arroyo Rodríguez (Sevilla)
2º Dolores Torres Enamorado (Sevilla)
3º José E. Guerra González (Huelva)
Accésit joven: Laura Moraleda Torres (Toledo)

Patrocina



seguros