

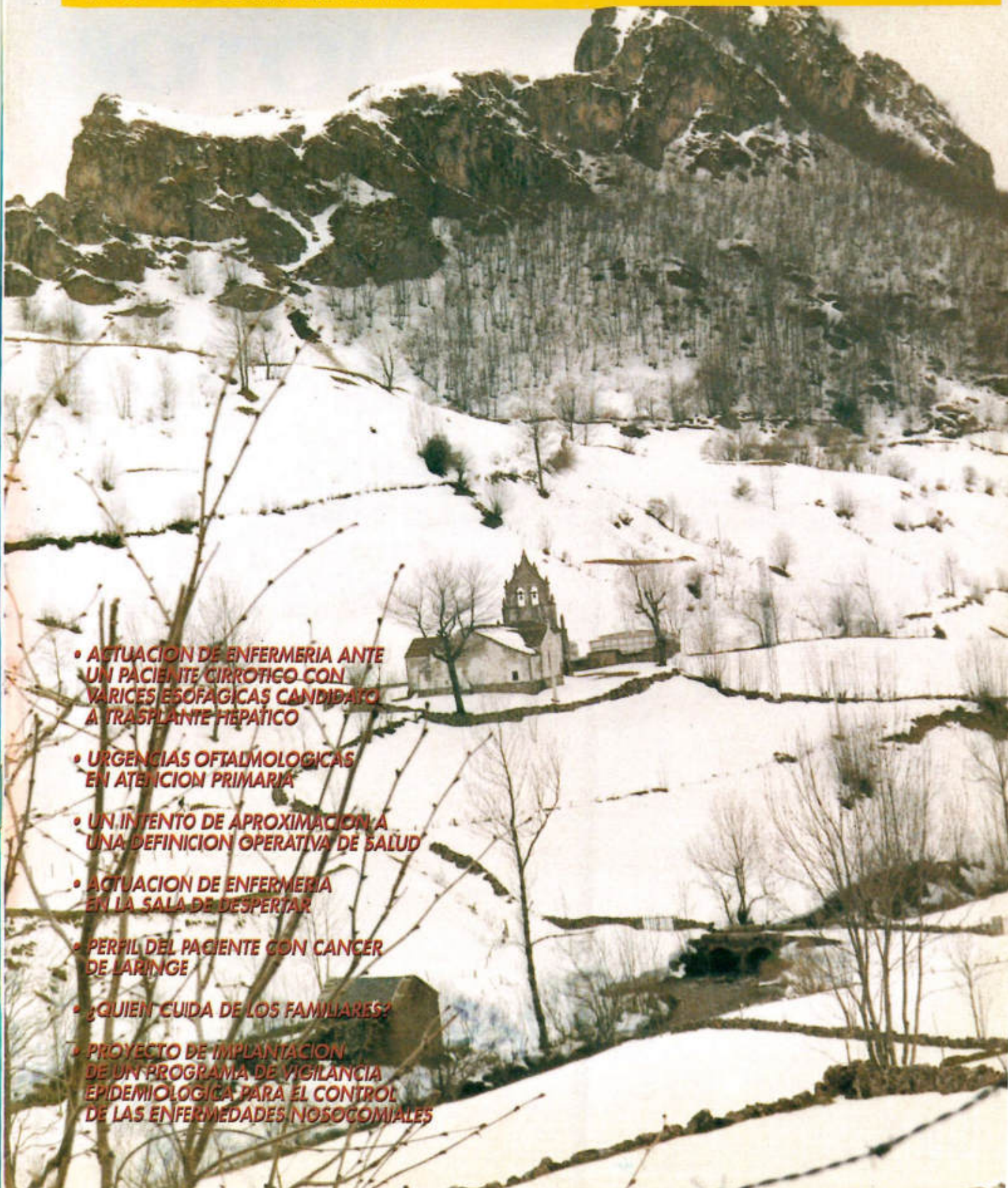


HYGIA

Revista Científica del Colegio
de Enfermería de Sevilla

Nº. 37 • 3^{er} Cuatrimestre de 1997

AÑO X

- 
- ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE CIRROTICO CON VARICES ESOFAGICAS CANDIDATO A TRASPLANTE HEPATICO
 - URGENCIAS OFTALMOLOGICAS EN ATENCION PRIMARIA
 - UN INTENTO DE APROXIMACION A UNA DEFINICION OPERATIVA DE SALUD
 - ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA SALA DE DESPERTAR
 - PERFIL DEL PACIENTE CON CANCER DE LARINGE
 - ¿QUIEN CUIDA DE LOS FAMILIARES?
 - PROYECTO DE IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

Oferta exclusiva para el Colegio de Enfermería de Sevilla



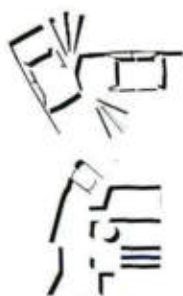
TU SEGURO DE AUTOMÓVILES TE INFORMA:

- **Precios excepcionales.**
- Oferta **exclusiva para colegiados.**
- **Centro de peritaciones rápidas** en las mismas oficinas de CAUDAL Seguros.
- Servicio de **Atención al Cliente** de CAUDAL, **en las instalaciones del Colegio.**
- **Asistencia desde el Km. 0** (su domicilio), y cambio de rueda en caso de pinchazo.

Por pedir
Oferta para el Seguro
de tu Automóvil, te
obsequiamos con un
**actualizado Mapa
de Carreteras.**



TU COCHE MÁS SEGURO DURAN- TE LOS DOS PRIMEROS AÑOS



Indemnización del 100%
del valor de nuevo duran-
te los dos primeros años
de la primera matricula-
ción del vehículo, en caso
de Robo o Sinistro Total.

Infórmate de las oportunidades que tu
seguro te ofrece. Te sorprenderás.

INFÓRMATE EN LAS OFICINAS DE CAUDAL SEGUROS
O EN TU PROPIO COLEGIO.

Avda. de la Buhaira, s/n
Nueva Enramadilla, manzana 2
Tel.: (95) 463 66 45
Fax: (95) 463 09 36
41018 - SEVILLA


CAUDAL
GRUPO ZURICH


ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE ENFERMERÍA



AÑO 98: LLEGARON LOS HECHOS

Metidos ya en 1998, bien puede afirmarse que, a la luz de las expectativas suscitadas, la profesión se dispone a vivir acontecimientos harto significativos. A la cabeza de todos, el doble Concurso convocado por la Administración para satisfacer una de las exigencias más demandadas por el colectivo. Solo hemos de aguardar a que tanto el de Traslado como la Oposición a plazas de empleo público, discurran con la normalidad exigida para el caso y que lleguen al único puerto posible, el de su culminación sin mayores altibajos ni zozobras que los propios de unas citas largamente esperadas por cientos, acaso miles de profesionales sevillanos y andaluces.

Pero el calendario señala que no será exclusivo el interés hacia los aludidos concursos por cuanto en el Parlamento de Andalucía el titular de la Consejería, García de Arboleya, ha anunciado su voluntad de promover un nuevo "mapa de la atención primaria" para finales del 98 que mueve a no pocas incógnitas. Si el Consejero se apresuró a destacar que "no peligrarán puestos de Médicos ni ATS" habrá que creer sus manifestaciones para evitar que bajo el matiz de la reforma de la A.P. pueda esconderse una reducción de puestos de trabajo que nadie espera, desea ni podría asumirse. La A.P. andaluza hace años que navega sumida por la apatía y si algo esperan ciudadanos y profesionales son respuestas conducentes no sólo a reducir puestos directivos sino, sobre todo, a cubrir más y más parcelas asistenciales.

Estos dos acontecimientos, por sí solo, valdrían para condensar en sus principales cotas un año que se espera tenso. Para el Colegio Oficial, nada mejor que asegurar al profesional el total seguimiento de todos y cuantos pasos propicie la Administración que afecten al colectivo. Se llamen programas docentes (cursos en sucesión casi indefinida), ayudas y fomento a la investigación (con el Simposio próximo a consumir), protección en todos los sentidos (con las diferentes pólizas y sus modalidades) ... todo estará al cuidado del Colegio para favorecer los intereses del profesional, individual y colectivamente. Ahora que la Sede Colegial es una enorme aula donde se suceden, casi sin solución de continuidad, debates y foros de amplio espectro, es hora de prepararse para vivir un año 98 intenso y cargado de intenciones. En el día a día, en la defensa del profesional de a pie, creemos que está fundada la esencia de este Colegio Profesional porque no caben fórmulas más o menos mágicas sino ser responsables de lo que es una profesión apegada a cambios de los que deberán sacarse las mejores consecuencias.

EDITA

Ílte. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCION TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara
González

JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-
Noblejas

CONSEJO DE REDACCION

Carmelo Gallardo Moraleda
M^º Dolores Ruiz Fernández
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
M^º Eugenia Jiménez de León
M^º Fernanda Fuentes
Paniagua
Alfonso Alvarez González
M^º Carmen Fernández
Zamudio
Hipólito Gallardo Reyes.

PRODUCE

J. B. & Asociados
Tel: (95) 220.15.16
(95) 560.09.43

TIRADA

9.300 ejemplares

DEPOSITO LEGAL

SE - 470 - 1987

ISSN

1.137 - 7178

SUMARIO

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE CIRROTICO CON VARICES ESOFAGICAS CANDIDATO A TRASPLANTE HEPATICO	5
URGENCIAS OFTALMOLOGICAS EN ATENCION PRIMARIA	10
UN INTENTO DE APROXIMACION A UNA DEFINICION OPERATIVA DE SALUD	18
ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA SALA DE DESPERTAR	21
PERFIL DEL PACIENTE CON CANCER DE LARINGE	26
¿QUIEN CUIDA DE LOS FAMILIARES?	30
PROYECTO DE IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES	35



Autor: José Antonio Galván Oliert
Colegiado Nº: 2.607
Título: "Paisaje de nieve"

El equipo de Redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos exclusiva del que los suscribe.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CIRRÓTICO CON VARICES ESOFÁGICAS CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO

Juan Manuel Fernández Vilches. D.E.
Magdalena Gómez López. D.E.
H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción

El enfermo hepático por su patología es muy conocido en los hospitales, debido a sus múltiples ingresos por las diversas complicaciones que se derivan de su enfermedad, esto conlleva un deterioro físico que va en paralelo con una importante afectación psicológica creando una gran dependencia sanitaria.

Creemos por ello necesario conocer con precisión y claridad cuales son las líneas fundamentales de la actuación de enfermería en este campo, las cuales hemos intentado reflejar en este trabajo.

La Cirrosis Hepática (C.H.) es una enfermedad que se puede dividir en dos formas tales como C.H. compensada y C.H. descompensada, en la mayoría de los casos, el inicio del proceso se realiza en forma de C.H. compensada y en el curso de los años aparecen complicaciones tales como:

- Ascitis.
- Hemorragia digestiva.
- Encefalopatía Hepática.
- Peritonitis bacteriana espontánea.
- Ictericia.

Estas complicaciones pueden darse a la vez, varias de ellas, o de forma independiente; si además el paciente presenta a consecuencia de su fallo hepático, una afectación renal, más deteriorado llegará al Trasplante hepático (T.H.). Son cuadros muy importantes y que requieren de una gran atención y preparación por parte de enfermería en lo que a vigilancia y control de este enfermo se refiere.



Cama de la Unidad de Sangrantes pendiente de ingreso

Objetivos

Demostrar la importancia de la asistencia de enfermería en los cuidados al paciente cirrótico con Varices Esofágicas (V.E.)

Material

- Historias Clínicas, de pacientes sometidos a trasplante hepático en el Hospital General Virgen del Rocío. Número de historias estudiadas 55, comprendidas entre el 12 de Octubre del 1994 y el 30 de Marzo de 1996.
- Bibliografía.

Metodología

Hemos estudiado un total de 55 historias de pacientes que han sido some-

tidos a Trasplante Hepático en el período comprendido entre el 12 de Octubre de 1994 hasta el 30 de Marzo de 1996. De estas 55 historias, 5 fueron nulas puesto que la patología previa al trasplante hepático (T.H.) no era la C.H. Las variables a estudio han sido las distintas complicaciones que presentaron previo a su inclusión en protocolo de T.H.

Se realiza estudio descriptivo de las complicaciones del cirrótico y plan de cuidados de enfermería. Empezamos en primer lugar por la hemorragia digestiva que se divide en:

- **Hemorragia Digestiva Alta (H.D.A.)** que es aquella en la que la lesión o punto sangrante se encuentra localizado por encima del ligamento de Treitz, es decir, localizado al nivel del esófago, estómago o duodeno.



Toma de constantes

● **Hemorragia Digestiva Baja (H.D.B)** que es aquella en la que la lesión o punto sangrante se encuentra localizado por debajo del ligamento de Treitz, es decir, localizado a nivel del yeyuno, íleon grueso y región ano-rectal.

Ante un paciente con sintomatología de H.D.A. por V.E. lo primero que tenemos que hacer es valorar y estabilizar, cuando sea necesario su situación hemodinámica y su estado de consciencia, siempre intentando evitar una situación de shock, que podemos identificar por hipotensión severa, taquicardia, presión venosa central baja, sudoración, etc....

Comprobaremos en primer lugar la permeabilidad de las vías aéreas, que pueden estar no permeables en cuyo caso colocaremos un Guedels y realizaremos aspirado hemético, si procede. También se puede colocar una sonda nasogástrica para controlar la evolución de la hemorragia, realizando lavados horarios hasta que el aspirado sea bilioso. El aspirado de estos lavados si es rojo indica actividad de la hemorragia y si son negros indica que el sangrado ha cesado. Al cabo de 4-6 horas, los aspirados comenzarán a ser biliosos.

Si las vías aéreas están permeables, se coloca al paciente en posición de Trendelenburg; en caso de vómitos la cabeza debe mantenerse lateralizada para evitar una aspiración bronquial; no olvidemos que tranquilizar al

paciente mejora su situación y disminuye el riesgo de shock. En caso de shock hipovolémico es necesario administrar O₂ para mejorar la saturación de la hemoglobina que de por sí ya baja. Valorar y anotar las características y cuantías de las pérdidas, entre ellas la sudoración que puede ser profusa y que nos indicará un estado de shock, además controlaríamos los vómitos y la diuresis que en estos casos suele ser muy escasa. Una diuresis por debajo de 0.5 cc/kg/Hora indica mala perfusión renal.

Hecha esta evaluación procederemos al control de constantes vitales entre ellas, T/A y F.C. (a demanda, según la situación y evolución del enfermo), Presión Venosa Central (P.V.C.), ésta nos será de gran importancia en la fase aguda ya que a este enfermo se le administran grandes cantidades de suero y con ella haríamos una reanimación más segura y evitaríamos el riesgo de edema agudo de pulmón; una vez estable hemodinámicamente el enfermo, la P.V.C. nos será útil para detectar precozmente una situación de hipovolemia por resangrado. Un descenso brusco de P.V.C. puede detectar el resangrado incluso antes que el aumento de la Frecuencia Cardíaca (F.C.) o la disminución de la T/A; además de estas medidas se observaría la Frecuencia Respiratoria (F.R.) y temperatura. Una vez estabilizado hemodinámicamente, la toma de dichos

controles será horaria.

Además, canalizar una vía central, (que puede ser un catéter tipo "Drum", y si no es posible el médico debe canalizar una vía central preferentemente yugular interna, ya que la subclavia puede provocar un neumotorax), para reponer volemia mediante suero Fisiológico, Ringer Lactato, y si es necesario emplear macromoléculas como pueden ser el Dextrano o la solución de Hemo-C (es preferible el empleo de Ringer Lactato antes que el Hemo-C, ya que este último en grandes cantidades (1 litro) inhibe la agregación plaquetaria), mientras se aguarda la llegada de sangre.

Extraer analítica de urgencia como bioquímica (glucemia, urea, sodio, potasio, creatinina...), hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas. Hay valores analíticos que nos indican sangrado importante, como son las cifras elevadas de urea, y la disminución de la hemoglobina y de todas las cifras de hemograma, aunque esta variación no es inmediata, sino que suele aparecer en el transcurso de las horas.

En la petición de pruebas cruzadas se suelen pedir cuatro bolsas de concentrado de hemáties, dos de ellas se le transfunden a su llegada y otras dos, quedan en reserva durante 48 horas. Administración de la mediación específica: (Somatostatina, Octreotide...), para disminuir el gradiente de presión portal (diferencia entre la presión de la vena cava y vena porta). Este efecto se consigue mediante la inhibición de péptidos vasodilatadores (glucagon) lo que produce una vasoconstricción en el territorio portal. La forma de administración es en perfusión precedida de "bolus", el octreotide 50 mcg/Hora y la somatostatina 250 mcg/Hora. La dosis del "bolus" es la misma, puesta en 4 ó 5 minutos ya que produce náuseas y vómitos.

La función del "bolus" es conseguir un descenso rápido y brusco del gradiente de presión porto-cava. Se ha comprobado que la práctica totalidad de enfermos con hipertensión portal que presentan hemorragias por V.E., tienen un gradiente de presión porto-cava por encima de 12 mm Hg.

En algunos casos, dependiendo de la gravedad del paciente se canaliza otra vía que puede ser periférica de grueso calibre, normalmente se utilizan abocath números 16-18 y se suele utilizar para la administración de sangre, dejando la vía central para la administración de sueros, medicación y toma de P.V.C.

Control de la diuresis, si es necesario, mediante sondaje vesical, si procede se tomará horaria, para ello utilizaremos un urinómetro.

Observar las características de las deposiciones ya que nos pueden orientar acerca de la actividad o no de la hemorragia. No debemos confundir las rectorragias con las melenas, las rectorragias con deposiciones que contienen coágulos con sangre fresca y es indicativo de H.D.B.; las melenas pueden ser en fondo rojo o con cerco rojo oscuro, en este caso puede ser sangrado activo o inactivo. Por último están los restos melánicos que son las melenas con cerco negro, cerco verde, y cerco marrón, ambas serían indicativas de sangrado inactivo.

La administración de enemas de limpieza son útiles ya que nos ayudan a conocer las características de las heces más recientes y nos dan información acerca de la evolución del sangrado; se suelen poner hasta que las heces sean normales, habitualmente uno cada 24 horas, y si es necesario cada 12 horas.

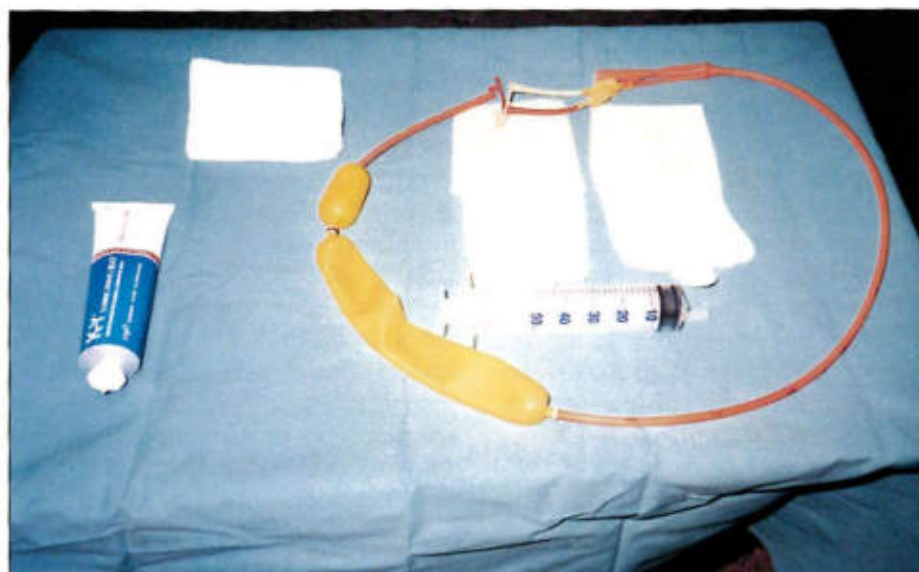
Es conveniente, la monitorización del enfermo o en su defecto realizar un E.K.G., ya que hay una alta incidencia de infarto agudo de miocardio asintomático debido a la situación hipovolémica.

Cuando la situación hemodinámica del enfermo se estabiliza, se trasladará a quirófano para realizar una endoscopia de urgencia, dicha prueba puede ser diagnóstica o terapéutica. La endoscopia terapéutica o E.V.E., es una técnica que consiste en esclerosar el punto sangrante mediante inyección de etanolamina diluida al 5%.

Si no se le puede realizar la E.V.E. y no se controla la hemorragia con tratamiento farmacológico (somatostatina y octreotide) se colocará la sonda de Sengstaken-Blakemore.



Stock de medicación y sueros de la unidad



Material para el sondaje de Sengstaken-Blakemore

Rx. para comprobar la correcta colocación de la vía central.

Las hemorragias por V.E. requieren una actuación de enfermería de urgencias que en nuestro hospital se lleva a cabo en una Unidad especial de Sangrantes, ubicada dentro del servicio de Digestivo. Una vez el enfermo se estabiliza, tras confirmación mediante endoscopia que ha dejado de sangrar, pasa a planta donde seguirá con el tratamiento de mantenimiento que consiste en esclerosis de repetición cada 10-15 días y tratamiento con Betabloqueantes;

para este tratamiento es imprescindible realizar previamente un E.K.G. para observar si existe bloqueo auriculo-ventricular, en cuyo caso estarían contraindicados los Beta-bloqueantes; controlar la T/A y F.C. por turno mientras está con dicho tratamiento.

Otra complicación es la ascitis siendo esta la que, con más frecuencia se presenta en estos pacientes y la causa por la que un mayor número de veces acuden al hospital.

La sintomatología más frecuente en la ascitis es el aumento del perímetro abdominal que puede estar acompañado de dolor, dificultades respirato-

ria, edemas en miembros inferiores y genitales; a veces también puede aparecer fiebre.

Otra complicación es la Encefalopatía Hepática (E.H.) que se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia, según su afectación, se divide en cuatro grados:

ESTADO MENTAL

GRADO 1	Euforia-depresión bradipsiquia. Trastornos de lenguaje Inversión de ritmo del sueño
GRADO 2	Acentuación del grado 1 Somnolencia Comportamiento inadecuado
GRADO 3	Pérdida de consciencia Lenguaje incoherente
GRADO 4	Coma profundo

Es muy difícil etiquetar a un paciente en un grado estricto de encefalopatía hepática.

Dependiendo del nivel de consciencia y del número y características de las deposiciones actuaremos dando solución de lactulosa por vía oral o bien aplicando enemas de lactulosa, ésta tiene un doble efecto: como laxante acelerando el tránsito intestinal, lo cual evita que aumenten los niveles sanguíneos de amoníaco; y por otro lado interfiriendo la acción de las bacterias sobre el contenido intestinal disminuyendo la producción de radicales amonio.



Registro de Enfermería

Es de actuación diaria controlar los signos vitales, las ingestas (dieta hipoprotéica e hiposódica) y pérdidas de líquidos (diuresis, control de vómitos...) con el fin de comprobar la existencia de retención de líquidos, lo que nos indicaría que pudiera haber ascitis, para lo cual controlamos el aumento del perímetro abdominal, la presencia de dolor, edemas, la aparición de dificultad respiratoria y fiebre; esta situación requiere como tratamiento la eliminación por medio de paracentesis evacuadoras de líquido ascítico para detectar posibles P.B.E. que cursan con

fiebre (se deben realizar hemocultivos seriados), dolor abdominal y presencia de dato analítico de más de 250 polimorfonucleares por cc. de líquidos ascítico; posterior a la paracentesis evacuadora se administra seroalbúmina para reponer la albúmina que se ha extraído en la paracentesis. Observar el color de la piel y esclerótica lo cual es indicativo de ictericia, que junto con el prurito es otro de los signos que presentan con frecuencia este tipo de enfermos.

Debemos examinar al enfermo en busca de encías sangrantes, epistaxis equimosis y petequias que suelen aparecer con frecuencia dado los trastornos de coagulación que presentan estos pacientes; además anotar la cantidad, color y consistencia de las heces y buscar la presencia de sangre oculta en ellas, puesto que son enfermos que padecen V.E. y que pueden tener sangrados de repetición que no siempre se manifiestan por hematemesis sino también por melenas; muchos de estos pacientes están en tratamiento para sus V.E. con esclerosis de varices de repetición requiriendo tras ello un reposo y dieta absoluta y control de T/A y F.C. horarias hasta pasadas 6 u 8 horas tras la intervención.

Es fundamental animar al paciente a expresar sus sentimientos acerca de su enfermedad y ofrecerle a él y a su familia apoyo emocional sobre todo cuan-



Unidad de Sangrantes



Anagrama de complicaciones muy frecuentes en el enfermo cirrótico.

do se le comunica su inclusión en protocolo de estudio para T.H. Dicho protocolo consiste en:

- Análisis pretrasplante según protocolo
- Test de lidocaína.
- Mantoux.
- Vacuna neumovax.
- Rx de torax.
- Ecocardiograma.
- Electrocardiograma.
- Pruebas de función respiratoria.
- Ecografía-Doppler.
- Angiografía.
- Endoscopia.
- Estudio psiquiátrico.

Conclusiones

El paciente con C.H., en el transcurso del tiempo se va deteriorando física y psicológicamente por sus múltiples complicaciones, entre ellas la ascitis es la más frecuente como hemos podido comprobar en nuestro estudio sobre 55 casos de pacientes sometidos a T.H., de los cuales 5 fueron nulos, puesto que la patología previa al Trasplante Hepático no era la Cirrosis Hepática. De los 50 pacientes trasplantados sometidos a nuestro estudio, la frecuencia con la que habían padecido complicaciones previas al T.H. son:

Ascitis	88% (44 enfermos)
V.E.	48% (24 enfermos)
E.H.	48% (24 enfermos)
P.B.E.	26% (13 enfermos)

Estas complicaciones pueden darse todas a la vez, varias de ellas, o de forma independiente.

Aunque es la ascitis la complicación que con más frecuencia se presenta en los pacientes estudiados, son las hemorragias por V.E. las que requieren una actuación de enfermería de urgencia, por el riesgo vital que conllevan, para lo cual se necesita gran preparación por parte de enfermería en lo que a vigilancia y control de este enfermo se refiere.

No sólo cabe resaltar esta actuación de enfermería en pacientes con V.E. sangrantes como una actuación de urgencias, también hay que hacer hincapié en el esfuerzo que día a día supone el trabajar con estos enfermos ya que son pacientes con gran deterioro físico y psicológico que demandan gran asistencia sanitaria creando un vínculo socio-afectivo con el personal sanitario.

En la experiencia adquirida en nuestro servicio, hemos comprobado que este tipo de enfermo es consciente de la gravedad de su enfermedad, saben que su existencia está limitada mientras no se le dé una solución a su problema hepático; cuando se les informa de su inclusión en protocolo de estudio de T.H. ven una esperanza de vida, aunque no por ello dejan de sentir temor a la muerte. Es en este momento cuando más demandan un apoyo psicológico, con el que completamos los cuidados de enfermería que se le dan a este paciente.

Será este tema, el apoyo psicológico al enfermo en el pretrasplante, otro campo para la investigación.

Agradecimientos

Al personal de la Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Hospital General Virgen del Rocío. (Sevilla)

BIBLIOGRAFÍA

- Domenech Gil, L.M. y otros. Hemorragia digestiva. Asistencia de enfermería. *Enfermería Científica* nº 127. Octubre de 1992. Páginas 12 a 16.
- Martínez Alcalá, Felipe y otros. Hemorragia digestiva: concepto y síntomas. Causas y metodología inicial del diagnóstico. *Enfermería Científica* nº 148-149 Julio-Agosto de 1994. Páginas 63 a 66.
- Larcancel Morcillo, Manuel y otros. Estudio de la peritonitis bacteriana espontánea del cirrótico. *Enfermería Científica* nº 122. Mayo de 1992. Páginas 31-33.
- E. Meisner, Judith. Cuidar del paciente con C.H. *Nursing* volumen 13 nº 4. Abril de 1995.
- Blasco Solana, Mercedes y otros. Respuestas psíquicas del enfermo agudo ante la hospitalización. *Enfermería Científica* nº 123. Junio de 1992. Páginas 8 a 11.
- Leslie Ann Siconolfi. Clasificar la complejidad de las pruebas de función hepática. *Nursing*. Noviembre de 1995. Páginas 13 a 18.
- Angelucci, Patricia. Shunt portosistémico transjugular intrahepático. *Nursing*. Febrero de 1996. Página 29.
- Harrison. Principios de medicina interna. Volumen 2. Páginas 1640-1650.
- Rodes, J. y Charitar, C. Actualidades de Gastroenterología y Hepatología. J.R. Prous editores S.A. 1988-1989. Volúmenes 3 y 5.
- Narvasa, M. y otros. Selección de candidatos para trasplante hepático. Unidad de Hepatología Hospital Clínic Provincial de Barcelona, Universitat de Barcelona.
- García Pagan, J.C. y otros. Factores pronósticos en la Hemorragia por varices esofágicas en pacientes con C.H. *Gastroenterología y Hepatología*. Volumen 13 NT 10 Diciembre de 1990. Páginas 485 a 490.

URGENCIAS OFTALMOLOGICAS EN ATENCION PRIMARIA

Carmen Llamas Urrutia, D.E.
C.A.P. Lope de Vega (Barcelona)

Introducción

Los trastornos oculares, ya sean por enfermedad o por accidente, son una causa frecuente de consulta en los Centros de Atención Primaria (CAP). La asistencia inmediata de las enfermedades oculares se realiza en los CAP, aunque la mayoría de veces los pacientes se derivan a los oftalmólogos. Sin embargo, debemos estar bien preparados para saber actuar en los casos de lesiones por accidentes porque una buena intervención y un traslado correcto a un centro especializado pueden variar mucho el pronóstico. En la primera parte del trabajo exponemos las medidas técnicas necesarias (instrumental y fármacos) y los procedimientos básicos que debemos saber realizar. En la segunda parte veremos en forma de cuadros y con abundantes figuras las manifestaciones y actuación de Enfermería ante las principales enfermedades y accidentes oculares que acuden de urgencias a los CAP.

Medidas técnicas necesarias

A continuación citaremos los medios instrumentales y los fármacos básicos que debe tener un CAP para atender correctamente las urgencias oftalmológicas.

1. Medios Instrumentales:

1) Sillón apoya-cabeza.- Indispensable para facilitar el trabajo de inspección y aplicación de colirios o pomadas.

2) Luz Focal.- Una luz de pie con bombilla opal de 80-100 W colocada cerca de la zona a explorar, permite obtener una buena iluminación. Si no fuera suficiente, puede aumentarse concentrando los rayos de luz con una lente de aumento de 13 o más dioptrías.

3) Oftalmoscopio.- Para poder realizar exámenes de fondo de ojo.

4) Separador de desmarres.- Permite separar fácilmente los párpados y obtener un buen campo de exploración.

5) Lentes de aumento.- Sirven para obtener una visión aumentada de la zona a explorar y así poder valorar mejor las lesiones en caso de accidentes oculares.

6) Frasco irrigador de suero fisiológico.- Se utiliza para eliminar partículas extrañas (causticos, ácidos, tierras, etc.) que puedan existir en los fondos de saco conjuntivales.

7) Riñonera.- Cuando se utilice el frasco irrigador debe colocarse una riñonera contra la mejilla del paciente para evitar mancharle la ropa.

8) Torundas de algodón y pinzas sin dientes.- Las torundas de algodón sirven para extraer cuerpos extraños alojados en los fondos de saco conjuntivales. Se utilizan pasándolas sin realizar presión. A menudo las pinzas sin dientes complementan esta maniobra.

9) Gasas y apósitos oculares estériles.- Los utilizaremos para ocluir correctamente los ojos después de realizada la primera cura de urgencia.

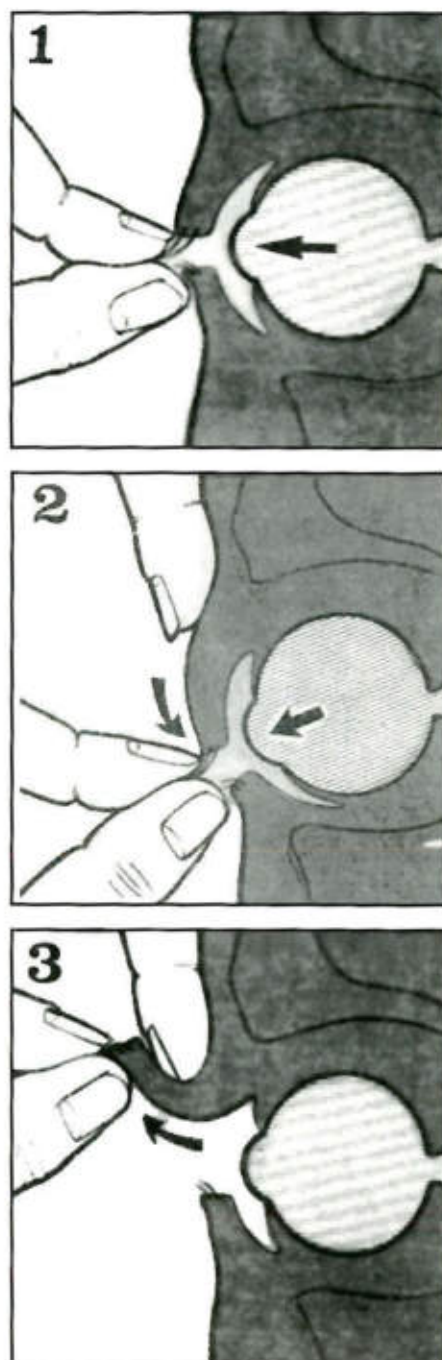


FIG. 1: Eversión del párpado superior

CONJUNTIVITIS	Concepto: Es la inflamación de la conjuntiva por infecciones víricas o bacterianas y alérgicas (fig.2). Manifestación: Enrojecimiento, picor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo y secreción mucopurulenta. Tratamiento: Colirio aureomicina por el día y pomada del mismo tipo por la noche durante una semana. Medidas higiénicas para evitar contagios.	GLAUCOMA	Concepto: Aumento brusco de la presión intraocular que produce cambios degenerativos en el nervio óptico y defectos progresivos en el campo visual (fig.4). Manifestación: El paciente ve halos de color entorno a la luz, molestias y sensación de plenitud en los ojos, puede acompañarse de náuseas y vómitos intensos, bradicardia y sudor. Tratamiento: Colirio de pilocarpina para aumentar el drenaje de humor acuoso. Derivados tópicos de la adrenalina o timolol tópico para disminuir la formación de humor acuoso. Si fracasa este tipo de tratamiento se debe intervenir efectuando una abertura en la esclerótica.
QUERATO CONJUNTIVITIS HERPÉTICA	Concepto: Úlcera corneal infecciosa causada por el virus del herpes simple. Manifestación: Similar a la conjuntivitis. Tratamiento: Algunos casos se resuelve espontáneamente, otros requieren aplicaciones frecuentes de un agente antiviral (idoxuridina, trifluridina, vidarabina). Derivación al oftalmólogo.	DESPRENDIMIENTO DE RETINA	Concepto: Separación de la retina y la capa del epitelio pigmentario con introducción entre ambas de humor vítreo. Puede deberse a traumatismos o enfermedades (fig.5). Manifestación: El paciente puede ver "luzes centelleantes y sombras volantes" seguidas de visión borrosa o sombras en una parte del campo visual. Tratamiento: Intervención quirúrgica inmediata, éxito en el 85-90% de los casos.
CRUZELO	Concepto: Infección de la raíz de una pestaña o de una glándula sebácea del margen palpebral producida por estafilococos (fig.3). Manifestación: Picor, dolor, lagrimeo y aparición de pústula en la zona. Tratamiento: Aplicación de compresas calientes con solución ocular de ácido bórico y pomada antibiótica.	TRANSTORNOS VASCULARES OCULARES	Concepto: Oclusión de la arteria central de la retina producida generalmente por una placa ateromatosa obstructiva, un émbolo procedente de la carótida o por arteritis temporal. Manifestación: Ceguera súbita e indolora del ojo afectado. Tratamiento: La inyección retrobulbar de vasodilatadores y la punción de la cámara anterior para disminuir la presión pueden desalojar el émbolo, aunque en muchas ocasiones el tratamiento es inútil porque el infarto isquémico y la ceguera se produce en unos minutos.

CUADRO I: Principales enfermedades oculares que acuden a los CAP

10) Esparadrapo hipoalérgico.- Para sujetar las gasas y apósitos empleados en la cura y evitar que se produzcan dermatitis.

II. Medios Farmacológicos:

Como veremos podemos utilizarlos para facilitar la exploración, para reducir el pronóstico de la lesión o como profilácticos.

1) Fármacos que facilitan la exploración ocular:

- Colirios anestésicos.- Se deben utilizar en las lesiones del globo ocular para que el paciente pueda abrir voluntariamente los párpados y evitar agravar la lesión al tocar el ojo para abrirlo.
- Psicosedantes.- Por vía oral o parenteral permiten calmar al paciente que se encuentra excitado e impresionado.
- Analgésicos.- También por vía oral o parenteral disminuyen el intenso dolor que provocan las heridas que afectan a la córnea.



FIG 2: Conjuntivitis aguda

- Colirios colorantes como la Fluoresceína o azul de Metileno que permiten ver la extensión de las lesiones corneales producidas por caústicos o detectar erosiones.

2) Fármacos que reducen el pronóstico de la lesión:

- Neutralizantes de los caústicos, medio más rápido y asequible que



FIG 3: Orzuelo



FIG 5: Desprendimiento de retina con desgarramiento en forma de herradura (fondo de ojo)

CONCLUSIONES QUE NO AFECTAN AL GLOBO OCULAR		CONCLUSIONES QUE AFECTAN AL GLOBO OCULAR	
HEMATOMA PARPEBRAL	Manifestación: Tumefacción rápida de los párpados con edema y una fuerte tensión hemática. Actuación: Aplicación de hielo las primeras 24 horas para pasar posteriormente a calor local. Vendaje compresivo de la región. A veces es necesario administrar antiinflamatorios y antihemorrágicos.	SÍNDROME TRAUMÁTICO POLO ANTERIOR	Manifestación: Irregularidad, subluxación del cristalino, ruptura del esfínter pupilar, midriasis traumática, lesiones de la cápsula del cristalino con catarata traumática etc. Actuación: Oclusión ocular y traslado rápido con ambulancia al hospital. En los casos que se requiera administrar antihemorrágicos, analgésicos o sedantes por vía parenteral.
HEMATOMA ORBITARIO	Manifestación: Parecida al hematoma parpebral, puede ocasionar exoftalmos. Actuación: Igual al anterior. Se resorbe en pocas semanas.	SÍNDROME TRAUMÁTICO POLO POSTERIOR	Manifestación: Al examinar el fondo de ojo se aprecia hemorragia, edema de Berlín (fig.6), desgarramientos, desprendimiento de retina etc. Actuación: Igual al caso anterior.
HEMATOMA VAINA MUSCULOSAS EXTRÍNSECCOS OCULARES	Manifestación: El principal síntoma es la diplopía que suele ceder en pocos días si la hemorragia es mínima o durar meses si es de mayor intensidad. Actuación: Oclusión monocular alternativa hasta que desaparece la diplopía.	CONTUSIÓN SOBRE CONJUNTIVA	Manifestación: Puede ocasionar desde una pequeña equimosis a un gran hematoma (fig.7). Actuación: Las equimosis se solucionan por sí solas sin tratamiento. En los hematomas más extensos trasladar al paciente al hospital porque en ocasiones el especialista tiene que buscar y cerrar el vaso responsable.
FIGURAS ÓSEAS	Manifestación: Las fisuras pueden ser a nivel del reborde orbitario o de las zonas vecinas, estableciéndose una comunicación con los senos faciales o celidias óseas por los que pasa aire. Esta comunicación se manifiesta por la laxitud de la zona y la crepitación al tacto. Actuación: En los casos graves intervención quirúrgica en centro especializado. Vendaje compresivo en fisuras leves. Recomendar al paciente que estornude o se suene la nariz con la boca abierta.	CONTUSIÓN SOBRE CORNEA	Manifestación: Dolor, fotofobia, miosis y disminución de la agudeza visual. Actuación: Midriáticos locales y analgésicos por vía general. Oclusión ocular.
		CONTUSIÓN SOBRE ESCLERA	Manifestación: Hemoftalmos y hemorragia extensa subconjuntival. La pupila se puede ver deformada y desplazada hacia la ruptura escleral. Actuación: Traslado rápido del accidentado a un centro especializado para intervención quirúrgica.
		LESION RETINA	Manifestación: Por fondo de ojo se observa edema de Berlín en los casos más leves. En los más graves desprendimiento de retina. Actuación: Igual al caso anterior.
		LESION CRISTALINO	Manifestación: Puede aparecer el cristalino luxado hacia la cámara anterior (fig.8). Hay riesgo de glaucoma secundario por impedimento del flujo de humor acuoso de la cámara posterior a la anterior. Actuación: Igual al caso anterior.

CUADRO II: Contusiones, con y sin afectación del globo ocular



FIG 7: Contusión sobre la conjuntiva con hemorragia en la región inferior

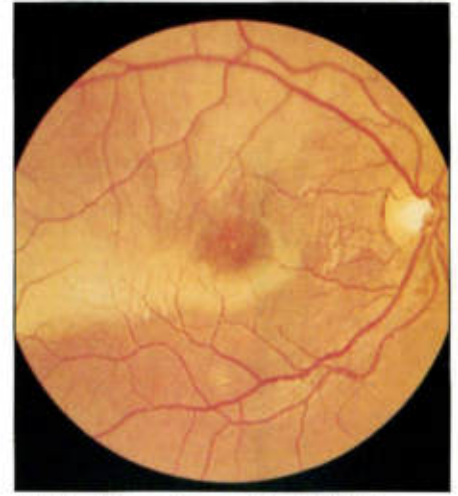


FIG 6: Edema traumatico de Berlin (fondo del Ojo)



FIG 8: Luxación post-traumatica del cristalino



FIG 4: Ataque de Glucoma agudo en ojo derecho

puede utilizar es el agua.

- Antiinflamatorios.- Para evitar la reacción del globo ocular. Sin embargo, los corticoesteroides deben ser reservados para casos excepcionales en la primera asistencia porque pueden provocar glaucoma cortisónico. Recordar también que está contraindicado en pacientes ulcerosos e hipertensos, entre otros.

3) Fármacos profilácticos:

- Colirio antibióticos.- En las infecciones oculares los utilizaremos como tratamiento pero en las heridas sirven para evitar posibles infecciones, sobre todo en los casos de cuerpos extraños intra-oculares.

- Antibióticos para administración general.- Se admite como norma general que toda herida penetrante en el globo ocular, sea por cuerpo extraño retenido o por elemento punzante, se ha de considerar como causa de infección endo-ocular.

Deben tener dos condiciones:

. Ser de amplio espectro (cefalosporinas, gentamicina, ampicilina).

. Facilidad para atravesar la barrera hemato-oftálmica (penicilina, estreptomicina).

- Antihemorrágicos.- En los traumatismos las hemorragias son frecuentes, administraremos antihemorrágicos por vía intramuscular y en los casos más

graves por vía endovenosa.

- Gammaglobulina antitetánica.- Se deben administrar cuando se producen heridas por elementos sucios u oxidados, o producidos en lugares donde hay animales. Aprovecharemos esta ocasión para empezar a vacunar al paciente y concienciarlo para que siga posteriormente la pauta correcta.

Procedimientos Básicos

1. Instilación de colirios y colocación de pomadas

Recordar que para realizar una correcta administración se deben separar los párpados e instilar gotas o colocar la pomada en el saco conjuntival, nunca

NO PENETRANTES	Manifestación: Es diferente según se trate de heridas en la córnea, conjuntiva bulbar o párpados. Actuación: En las heridas de córnea y conjuntiva aplicar fluoresceína para saber la extensión de las mismas (fig.9). En las pequeñas erosiones se aplicará una pomada antibiótico-sedante y oclusión del ojo afectado. En las más extensas o profundas la actuación es la misma añadiendo un analgésico por vía general y derivación del paciente al oftalmólogo. Si la herida es profunda y se ha producido con objetos sucios u oxidados se debe administrar una gammaglobulina antitetánica y hacerlo constar en la hoja de interconsulta que el paciente llevará al especialista. En las heridas de los párpados (fig.10), oclusión y traslado para intervención quirúrgica.	PENETRANTES	Manifestación: Las heridas penetrantes corneales pueden ir acompañadas de iridectomía, hernia de iris (fig.11) con o sin hemorragia en cara anterior. Si el cristalino es alcanzado aparecerá una catarata traumática. En las heridas esclerales aparece equimosis o hemorragia subconjuntival que las enmascara. Actuación: Lavado con suero fisiológico estéril. Aplicación de colirios antibiótico-sedantes (nunca en forma de pomada). Vendeje aséptico no compresivo. Traslado urgente en ambulancia, pero sentado con la cabeza elevada. En los casos que se requiera antihemorrágicos, analgésicos o sedantes por vía parenteral.
CON CUERPO EXTRAÑO	Manifestación: Depende según la localización (párpados, conjuntiva, córnea) y la profundidad (superficial o interna) (fig.12). Actuación: Cuerpos extraños superficiales: Eversión de los párpados y extracción según hemos expuesto anteriormente. Cuerpos extraños profundos: Colirio antibiótico-sedante. Vendeje ocular no compresivo. En los casos que se requiera antibióticos, antihemorrágicos, analgésicos o sedantes por vía parenteral. Traslado rápido en ambulancia.		

CUADRO III: Heridas oculares



FIG 8: Luxación post-traumática del cristalino

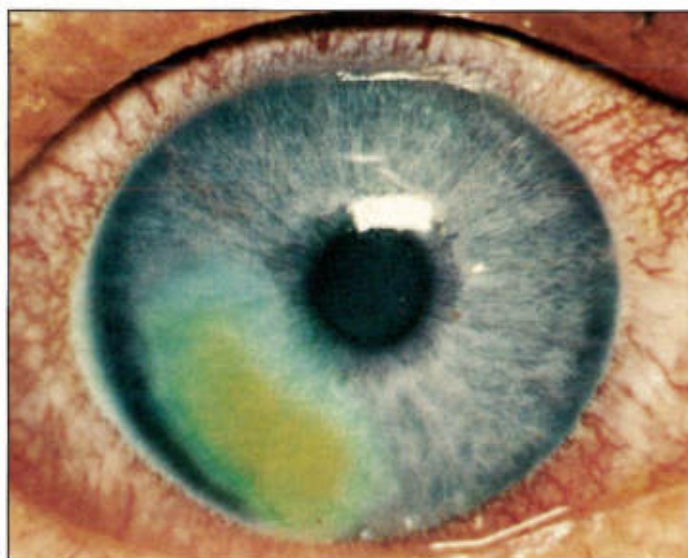


FIG 9: Erosión cornea teñida con fluorescencia

PRIMER GRADO	AGENTES QUÍMICOS	PARPADOS	AGENTES TÉRMICOS
SEGUNDO GRADO	Manifestación: Hiperemia conjuntival y abundante secreción. Actuación: Lavado con suero fisiológico Aplicación de anestésico suave y posteriormente pomada antibiótico-sedante. Oclusión ocular. No deja secuelas.	CONJUNTIVA Y CORNEA	Manifestación: Igual sintomatología que las quemaduras del resto del cuerpo. Las de tercer grado suelen dejar ectropión cicatricial.
TERCER GRADO	Manifestación: Molestias intensas. Peligro de infección por pérdida del epitelio. Actuación: Igual actuación que en el caso anterior más midriático y analgésico y sedantes por vía parenteral. Oclusión ocular y derivación al oftalmólogo. No acostumbra a dejar secuelas ya que no afecta al parénquima corneal.		Actuación: Pomada de aureomicina y estimulantes de la cicatrización a nivel local y antiinflamatorios y antibióticos por vía general para evitar infecciones.
	Manifestación: Extensa necrosis de córnea, conjuntiva y esclera, pudiendo provocar extensas opacidades cicatriciales (fig.13). Actuación: Igual al anterior. Secuelas irreversibles.		Manifestación: En las quemaduras de primer grado aparece hiperemia conjuntival, secreción mucosa abundante y enturbiamiento blanquecino de la córnea. En las de segundo grado se observan zonas blancas y lumefactas en conjuntiva y pérdidas de epitelio en la córnea. Las de tercer grado suelen ser debidas a metales u otras sustancias proyectadas a altas temperaturas produciendo destrucción profunda de los tejidos.
RADIACION ULTRAVIOLETA	ENERGIA RADIANTE	FOTOTRAUMATISMO	Actuación: En las de primer grado aplicación de pomada antibiótico-sedante y oclusión. Curan totalmente en pocos días. En las de segundo y tercer grado sólo podemos administrar pomada antibiótico-sedante, midriáticos, oclusión y traslado urgente.
	Manifestación: Se debe a chispazos de fusibles, soldadura eléctrica o chispas de corrientes de alta tensión. Suele aparecer blefaroespanto, intenso lagrimeo, fotofobia e hiperemia conjuntival (fig.14). Actuación: Calmar las molestias con pomada antibiótico-sedante. Analgésicos por vía general. Tratar quemaduras cutáneas si existieran. Manifestación: Hiperemia conjuntival, alteraciones del epitelio corneal incluso edema de parénquima. Actuación: Colirio vasoconstrictor si no hay lesiones corneales, si las hubiera aplicar midriáticos. Pomada antibiótico-sedante. Aplicación local de hielo. Analgésicos orales y traslado.		

CUADRO IV: Lesiones por agentes químicos, térmicos y energía radiante

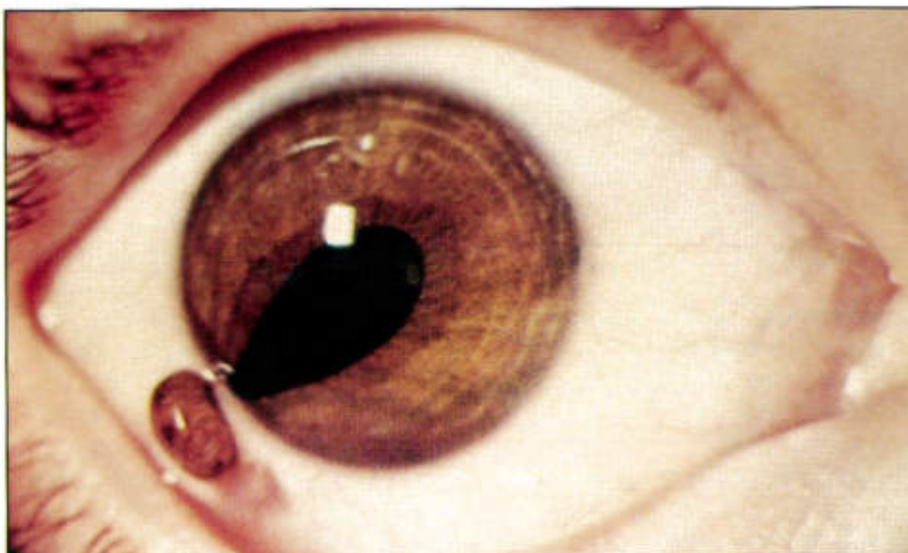


FIG 11: Hernia de iris consecutiva a herida penetrante

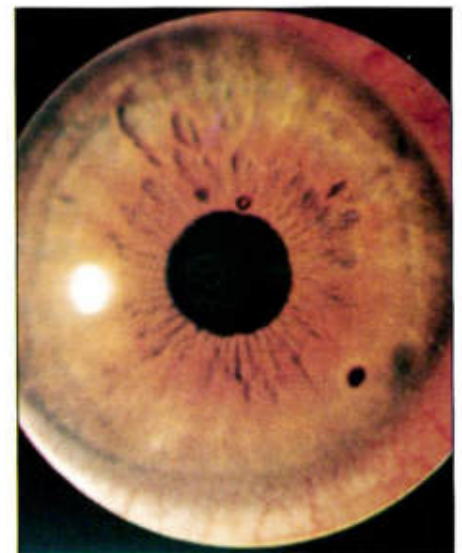


FIG 12: Cuerpo extraño en cornea con aureola herrumbrosa clara



FIG 14: Fototraumatismo tras soldadura electrica

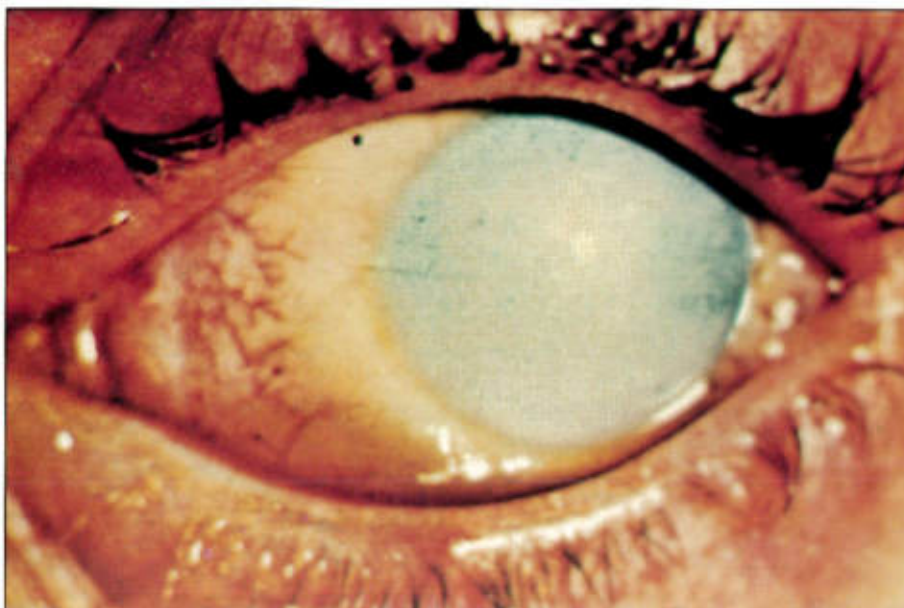


FIG 13: Corrosión por Cal (tercer grado) Estadío de Necrosis

encima de la córnea, sin tocar con el frasco aplicador.

En caso de heridas oculares utilizar antibióticos profilácticos en forma de colirio y nunca en forma de pomada porque puede penetrar por la herida y constituirse en un verdadero cuerpo extraño.

II. Eversión del párpado

Esta maniobra se realiza para detectar anomalías y cuerpos extraños que se suelen alojar en los fondos de saco conjuntivales.

A nivel del párpado inferior es sencillo, basta con traccionarlo hacia abajo y apoyar el pulpejo de un dedo a nivel del reborde inferior mientras el paciente mira hacia arriba.

La eversión del párpado superior se realiza como se observa en la figura 1. El paciente debe mirar hacia abajo, se cogen las pestañas entre el pulgar e índice firando suavemente hacia abajo y adelante. Se apoya un dedo en la parte anterior del párpado y se le hace voltear levantando el borde ciliar que tenemos sujeto por las pestañas.

III. Exploración

Necesitaremos una buena iluminación y una lente de aumento, como se expuso anteriormente.

Se sistematizará la exploración de manera que empecemos por un punto y acabemos por otro para evitar dejarnos zonas sin observar.

En los párpados miraremos si existen erosiones, pequeñas heridas, equimosis, quemaduras o contusiones.

Para explorar las zonas internas deberemos abrir los párpados con una suave tracción sin comprimir el globo ocular. Con los párpados abiertos exploraremos la córnea, conjuntiva, bordes parpebrales, fondos de saco y ambos ángulos.

A continuación debemos observar la pupila y si se conserva el reflejo fotomotor. Para finalizar exploraremos la conjuntiva tarsal realizando la eversión parpebral superior e inferior, como se ha explicado anteriormente.

Cuando el paciente presenta tumefacción parpebral utilizaremos el separador de desmarres previa instilación de colirio anestésico.

Para evidenciar lesiones corneales utilizaremos una gota de Fluoresceína.

IV. Extracción de cuerpos extraños corneales

Si los cuerpos extraños no están adheridos bastará con utilizar el frasco irrigador de suero fisiológico que comentábamos anteriormente.

En el caso de que el cuerpo extraño esté pegado a la córnea se debe anestesiar el ojo con colirio e intentar extraerlo con una varilla de algodón humedecido con suero fisiológico. El paciente debe mantener la mirada fija mientras sostenemos la varilla horizontalmente entre los dedos índice y pulgar. Se desliza el algodón de la varilla sobre la córnea suavemente, sin rascar, hasta que el cuerpo extraño queda adherido al algodón.

Cuando no se consiga extraer con la varilla se puede utilizar una aguja de calibre 25 montada en una jeringa de insulina. El paciente debe permanecer inmóvil mientras quitamos el cuerpo extraño.

Después de la extracción el paciente seguirá notando molestias por la herida residual. Se le aplicará pomada antibiótico-sedante y se le recomendará reposo visual de 24 horas mientras epitelizan los tejidos dañados.

V. Oclusión Ocular

En las lesiones leves sólo se realiza la oclusión del ojo dañado. Sin embargo, para el traslado del paciente con lesiones oculares graves es conveniente ocluir ambos ojos porque si dejamos destapado el no lesionado éste se moverá y hará mover el otro al unísono.

La oclusión se debe realizar con gasas estériles y con una venda que realice una presión suave, pero firme para evitar que los párpados puedan movilizarse.

Asistencia Inmediata por Enfermedad

En el cuadro I describimos brevemente las principales enfermedades oculares de tipo agudo.

En ocasiones son molestas para el paciente pero leves, incluso se resuelven espontáneamente como en el caso de algunos orzuelos. Otras veces debe derivarse rápidamente al especialista o al hospital para intervenir quirúrgicamente como en el caso del glaucoma o el desprendimiento de retina.

Asistencia Inmediata por Accidente

En este apartado nos extendemos más, puesto que el personal de Enfermería debe saber realizar la primera cura de urgencia para que el accidentado llegue al hospital en las mejores condiciones.

En el cuadro II se exponen las contusiones diferenciando las que no afectan al globo ocular y las que sí lo hacen. Dentro de éstas últimas puede ocurrir que se lesionen varias estructuras a la vez (Síndrome traumático de polo anterior o posterior) o que la contusión dañe a alguna parte del globo ocular en concreto (conjuntiva, córnea, cristalino...).

En el cuadro III vemos la actuación en caso de las heridas que pueden ser no penetrantes, penetrantes o con cuerpo extraño.

Por último, en el cuadro IV aparecen las lesiones causadas por agentes químicos, térmicos y por energía radiante. Dentro de éstas últimas sólo hemos considerado los fototraumatismos y las radiaciones ultravioletas. Las lesiones causadas por radiaciones ionizantes e infrarrojos son raras de ver en la actualidad por las protecciones que se utilizan cuando se trabaja con ellos, además sus efectos no suelen ser de tipo agudo (aparición de cataratas al cabo de años).

Conclusiones

Los trastornos oculares debidos a enfermedad o accidente son causa frecuente de consulta en los Centros de Atención primaria (CAP).

Los CAP deben contar con unos medios instrumentales (sillón apoya-cabeza, luz focal, oftalmoscopios, separadores de desmarres...) y farmacológicos (colirios y pomadas diversas, anti-hemorragicos, analgésicos...) para poder realizar la asistencia de urgencia.

Enfermería debe dominar unos procedimientos básicos como eversión de los párpados, exploración ocular y extracción de cuerpos extraños corneales.

También debemos conocer las manifestaciones de las principales enfermedades y lesiones oculares para proporcionar una correcta asistencia inmediata que asegure un óptimo traslado al hospital del paciente en los casos necesarios.

Resumen

El personal de Enfermería que trabaja en los Centros de Atención primaria (CAP) debe estar preparado para la asistencia inmediata de lesiones oculares.

En este trabajo se exponen las medidas técnicas necesarias, los procedimientos que debemos saber realizar y un resumen de fácil comprensión, mediante cuadros y figuras, de las manifestaciones típicas y actuación ante las principales enfermedades y accidentes oculares.

BIBLIOGRAFÍA

- Hollwich F. Atlas de oftalmología. Salvat Editores S.A. 1984.
- Corcocoategui B. El fondo del ojo en la medicina práctica. Espaxs 1983.
- Martín Zurro A. Manual de Atención primaria. Ediciones Doyma 1989.
- Taylor R. y cols. Medicina de Familia, principios y práctica. Ediciones Doyma 1991.
- Elkington A., Kanski J.J. Traumatología ocular. Edit. Alhacen 1968.
- Greer C.H. Problemática actual en traumatología ocular laboral. Edit. Jims 1979.
- Zaragoza E. Cuerpos extraños oculares. Rev. Seguridad 1971 (43), 14-20.
- Estep B.H. Eye Injuries demand prompt first aid. National Safety News 1973, 108 (5), 62-63.

UN INTENTO DE APROXIMACIÓN A UNA DEFINICIÓN OPERATIVA DE SALUD

Pilar Gil López. D.E.
(Hospital Virgen deValme. Sevilla)

Introducción

La mayoría de los profesionales sanitarios no tenemos una idea clara del término "salud".

En este trabajo se hace un análisis de cada uno de los elementos que componen el amplio concepto de salud incluyendo todas las realidades que le son consustanciales de otro modo trataríamos el tema desde una perspectiva científica, sin dar cabida a una visión que existe, me estoy refiriendo a la popular.

Es importante que conozcamos la realidad en la que actuamos y acojamos todas las interpretaciones que se puedan hacer sobre principios básicos, como en este caso es la salud. Con todo esto evitaremos que se produzca en nuestra actividad diaria, un cierto distanciamiento con el paciente y cuya génesis radica en la conceptualidad.

El concepto de salud ha ido evolucionando a través de la historia, influido por valores económicos, sociales, religiosos o técnicos de la sociedad de cada momento. Esto no cabe duda de que ha influido directamente en la propia evolución de la Enfermería. Las enfermeras hemos tenido que desarrollar nuevas habilidades, en valoración, planificación, toma de decisiones, investigación y epidemiología, adquiriendo un papel cada vez más importante dentro de la salud.

La autora americana Hilderarde Peplau en 1952 define el concepto de Enfermería como:

"Un proceso interpersonal, terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a individuos y a la comunidad...".

Es evidente que, para que los indivi-



La salud se confunde con la vida misma y por lo tanto, es inseparable de la actividad del individuo.

duos puedan alcanzar la salud o para que puedan desarrollar su potencial óptimo de salud, deben tener en cuenta los elementos que la determinan. Es esencial enseñar a la gente durante toda su vida, ofreciéndoles información, educación encaminada a la salud y perfeccionando las aptitudes indispensables para la vida, ya que la salud es engendrada y vivida en los diversos momentos de la vida cotidiana. Llegados a este punto surge la pregunta objeto de este trabajo.

¿Qué es la salud?

Evidentemente a la hora de definir la noción de salud de una forma global y completa, nos encontramos con dificultades que son debidas sobre todo a que la salud se confunde con la vida misma y, por tanto, es inseparable de

la actividad del individuo.

La OMS ha definido la salud como: *"un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la mera ausencia de enfermedad o dolencia"*.

Esta definición en su momento fue revolucionaria por su concepción holística, sin embargo, ahora, esta descripción idealista e integradora, es considerada a veces como inalcanzable y en gran parte inaplicable para la vida de la mayoría de las personas.

Decimos que es idealista, ya que es imposible que sea realidad, un estado completo de bienestar, por otro lado la salud es una adaptación del individuo con su entorno, por tanto no puede ser estática, igualmente habría que destacar la influencia del contexto cultural y el carácter subjetivo de ésta, de ahí, que en salud se subraya la importancia de la "salud sentida".



El individuo adopta una actitud para adaptarse al medio y mermar las diferencias de salud.

Desde un punto de vista científico la salud tendría en su definición cada uno de los elementos que la componen:

- *Un componente biológico:* que estaría dentro de la capacidad filogenética de cada individuo, donde existe un equilibrio dinámico, marcado por los límites máximo y mínimo.

- *Un componente psicológico:* aquí se resaltaría la importancia del comportamiento individual y la actitud que adopta el individuo para adaptarse al medio y mermar las diferencias de salud.

- *Un componente social:* los individuos mantienen una relación con el medio, en el que los macrosistemas sociales, influyen directamente en los comportamientos que se van a traducir en el detrimento o aumento del nivel de salud, siendo éste también afectado por la diferencias que el individuo mantenga frente a su medio.

- *Un componente epidemiológico:* es decir, un conjunto de factores de riesgo que van modificándose a lo largo de la historia y que quedan manifestados en la morbilidad de cada tiempo.

Otro componente que podríamos añadir es el personal, ya que es donde confluyen el resto de realidades, y lo que es más importante es en él donde se

manifiestan.

Por tanto, la salud engloba desde este punto de vista aspectos subjetivos, objetivos y sociales.

Subjetivamente, una persona goza de buena salud cuando puede decir con sinceridad: "me siento sano".

Objetivamente, podemos establecer que un individuo está sano mediante un diagnóstico de salud que debe abarcar cuatro dimensiones: la morfológica, la funcional, el rendimiento vital y la conducta, y adecuarse a los factores de riesgo definido, por la epidemiología en cada momento. La salud **socialmente** se ve ajustada al criterio de normalidad. Así entendemos como "sano" el individuo al que la sociedad atribuye el status de estar sano y lleva a cabo con normalidad sus actividades habituales.

Según Laín (6) puede considerarse sano a un individuo cuando existe una adecuación a un valor o una tendencia que se acepta como normal, o dicho de otro modo, lo anormal es una desviación respecto al valor medio que marca un dato de exploración o respecto a la tendencia general de un grupo, luego si no hay desviación existe normalidad y esto equivale desde el punto de vista social a salud.

Entonces, ¿qué definición de salud nos puede servir para dar cabida a todas

las realidades?. Sin duda, una que considere a la salud como una noción relativa, y asiente en criterios subjetivos, objetivos y sociales, que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social(7).

Desde el punto de vista de los usuarios

la salud se identifica en la mayoría de los casos, al *sentimiento de bienestar*, este criterio subjetivo que anteriormente hemos referido, es creado en oposición al de enfermedad, por lo que el individuo se ve obligado a considerar el binomio salud/enfermedad en el mismo plano: "salud es lo fundamental" porque "la enfermedad es lo peor", la enfermedad como resultado de no salud, aparece como sentimiento de sufrimiento. Otro criterio utilizado es el de *ausencia de síntomas*, esta se reduce a la percepción directa del dolor: "la salud es estar bien y que no te duela nada". Otro enfoque que se da al estado de salud es aquel que permite a una persona *realizar las actividades* para las que está capacitado. Aquí se aprecia una relación con el modelo de normalidad al que antes nos referíamos. "Estar sano es no tener una enfermedad que pueda perjudicarte para ser una persona normal y poder hacer todo lo que se hace normalmente".



Son muchas las publicaciones relacionadas con la salud, sin embargo la mayoría de los profesionales sanitarios no tenemos una idea clara del concepto.



Las enfermeras hemos tenido que desarrollar nuevas habilidades, en valoración, planificación, toma de decisiones, investigación y epidemiología.

Conclusiones

Con todo lo expuesto, decir que la sociedad no identifica la salud de igual forma que la ciencia. Para la primera, la dimensión que adquiere a este respecto se basa sobre todo en parámetros subjetivos.

Para la ciencia la salud adquiere una dimensión relativa que está inmersa en criterios subjetivos, objetivos y sociales, incluida en un amplio margen de com-

pensación y tolerancia.

Cuando decimos que no hay enfermedad, sino enfermos, hacemos referencia a que la misma enfermedad es vivida y sentida distintamente por cada enfermo, análogamente podemos afirmar que: ¿la salud es igual para todos?. Intentar buscar una respuesta clara, definitiva y concreta sobre el concepto de salud puede resultar algo difícil. Sin embargo encontrar una verdadera dimensión al relativismo del con-

cepto, a los distintos componentes que la forman, a los patrones culturales que lo enriquecen y al subjetivismo que lo envuelve debemos remitirnos al verdadero origen del hombre.

Si situamos al hombre en un sistema abierto, relacionado con el ambiente, transformándolo en sapiens, por tanto en social, la salud cobra un doble sentido: *"Para la biología humana, la salud es necesariamente un fin, porque permite seguir viviendo, para el hombre social que es homo sapiens, la salud es un medio, entre otros, para lograr el bienestar social"* (7)

Con todo esto no se excluye la presencia de enfermedades, porque la salud absoluta no existe y biológicamente no puede existir, debido al proceso dinámico que se mantiene con el ambiente.

Y es que detrás de su definición, detrás de sus conceptos y aún detrás de ella misma, la salud, en su estructura física y metafísica, llevaría inserta de un modo esencial un fin que la trasciende. (6). Aunque la salud, a pesar de todo, es por vivir:

"No hay salud cumplida sin una respuesta satisfactoria a la pregunta: salud, para qué. No vivimos para estar sanos, sino que estamos sanos para vivir y obrar". R. Siebeck.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Don Nutbeam, Glosario de Promoción de la salud. Salud entre todos. Consejería de Salud. 1986.
- 2) Revista Ro. Viena 88. Conferencia Internacional de Enfermería.
- 3) Conceptos de Enfermería. Curso de Nivelación ATS.UNED.
- 4) Potter Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. 1996.
- 5) Aportaciones de la Psicología de la Salud. M. Costa, A. Benito, J.L. González y E. López. Jano 24-30. Marzo 1990.
- 6) Laín Entralgo, P. Historia de la medicina. Barcelona. Salvat 1981.
- 7) San Martín, H. La crisis mundial de la salud. Editorial Karpas, Madrid. 1982.
- 8) Black, W. Medicina Popular. Madrid Alta Fulla. 1982.
- 9) García Gullén, D. Antropología médica. Salvat. 1980.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE DESPERTAR

José López Barea, D.E.
M. Mar Martínez Gómez, D.E.
Fco. Javier Pérez Ruíz, D.E.
Rosario González Pavón, A.E.
M. Isabel Jorge Mateos, A.E.
M. Angeles Rodríguez Pérez, A.E.
Hospital Duques del Infantado. (Sevilla)

A. Introducción

A.1. Definición

Unidad en la que permanece el paciente quirúrgico desde la salida del quirófano hasta la recuperación anestésica (revertido, buena ventilación y perfusión) y ausencia de complicaciones quirúrgicas importantes.

A.2. Diseño

Debe estar integrada dentro del Bloque Quirúrgico, cerca de los quirófanos y con acceso fácil a los servicios generales del hospital (Rx, UCI, laboratorios...). Las ventajas de esta ubicación son un menor tiempo de traslado desde el quirófano al despertar y viceversa, ahorro de tiempo para el personal y unas condiciones de limpieza semejantes a las que caracteriza al Bloque Quirúrgico.

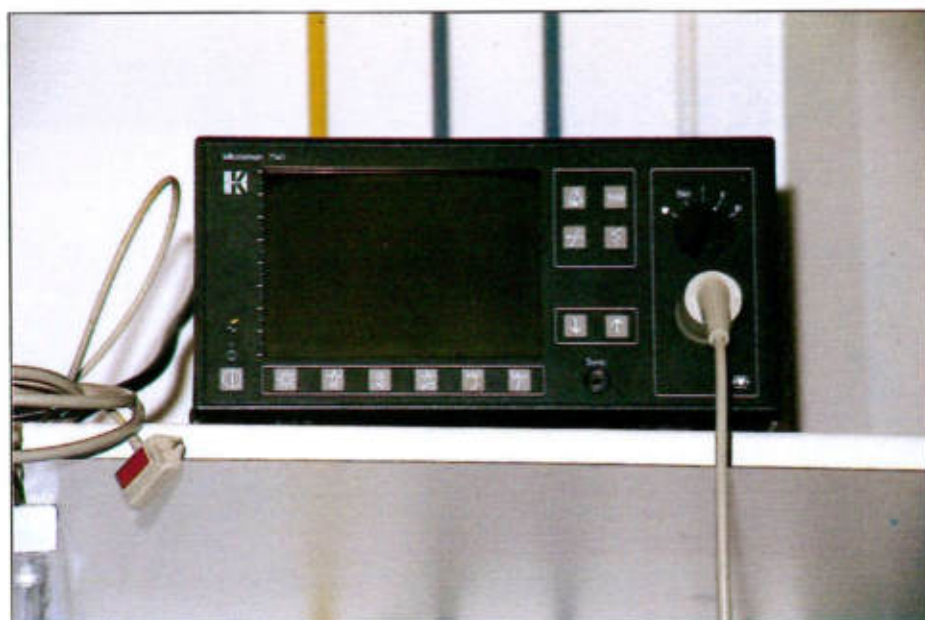
La distribución debe de realizarse de forma que en todo momento se facilite la vigilancia del paciente y movilidad entorno a éste. La estructura puede ser circular con el Control de Enfermería en el centro, o lineal con las camas adosadas a la pared y el Control de Enfermería frente a ellas.

Otras características deben ser la iluminación, ventilación y temperatura (23-25°) correctas.

B. Observaciones

B.1. Dotación

La dotación de camas debe ser de 1,5 por quirófano, pero dependiendo del



Monitor Continuo de E.K.G.

tipo de cirugía y/o tipo de paciente intervenido puede modificarse:

- Cirugía Ambulatoria: 3 camas/quirófano.
- Cirugía Infantil: 2 camas/quirófano.
- Cirugía Especializada: 1 cama/quirófano.

La equipación por paciente debe ser:

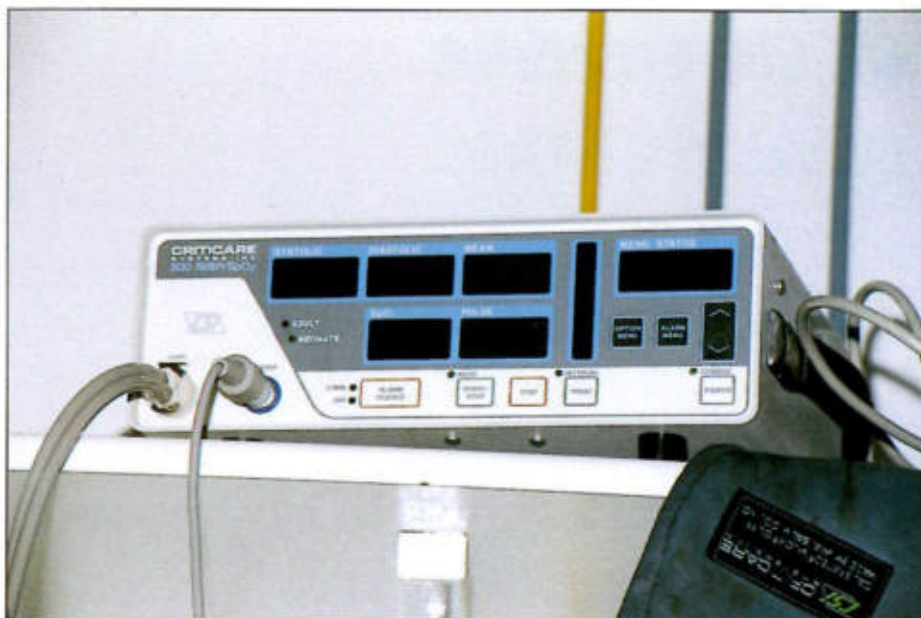
- Monitor de EKG.
- Monitor de Pulsioximetría.
- Fonendoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Toma de O₂, de aire y de aspiración.
- De 6 a 8 enchufes.
- Mesilla para guardar material desechable (mascarilla y gafas nasales, electrodos, gases, etc.).

La unidad debe contar con un carro de Reanimación Cardio-pulmonar. Este debe contener tratamiento de urgencia para la vía aérea (mascarilla, tubos endotraqueales, gúedels, laringoscopios con varias palas, pinzas de Magill, ambú pediátrico y de adulto), desfibrilador y fármacos de emergencias; así mismo debe de tener un sistema de ventilación mecánica portátil.

El personal destinado a la Sala de Despertar será el encargado de revisar y tener a punto todo el material y aparataje de la misma.

B.2. Personal

Un anestesiista disponible en todo momento.



Monitor de Presión arterial no invasivo



Monitor continuo de E.K.G.o

Personal de Enfermería: La relación enfermero/cama debe ser:

- Normal o básico: 1/3.
- Niños y Ciruj. mayor: 1/2.
- Enf. con complicaciones: 1/1.
- Auxiliar de Enfermería/paciente: 1/6-7
- Celador

B.3. Traslado del paciente a Sala de Despertar

Debe considerarse como una continuación del proceso de recuperación de la anestesia que ya ha comenzado en quirófano.

El traslado se debe realizar:

- En camillas adecuadas, con barras laterales y posibilidad de cambio de postura del paciente.

• Bajo vigilancia continua de un miembro del equipo de anestesia.

• Según el estado del paciente, sería aconsejable algún tipo de monitorización (EKG, pulsioximetría...) y soporte adecuado (Oxígeno, ventilación mecánica...).

Si la distancia es pequeña, salvo la vigilancia, se podrá prescindir de estas medidas a criterio del anestesta.

c. comentarios

Recepción y valoración.

1. Valoración inicial:

La recepción se inicia evaluando la función respiratoria y circulatoria para descartar, de entrada, cualquier situación de emergencia vital.

Se procederá:

- Comprobación de la permeabilidad de la vía aérea y patrón respiratorio. Administración de oxígeno mediante mascarilla o gafas nasales, siempre si la anestesia ha sido general y sólo en caso de necesidad si ha sido por otros procedimientos.
- Monitorización de EKG.
- Monitorización del pulso y oxigenación periféricos
- Toma de constantes vitales (F.C., F.R., P.A...).
- Observación y valoración de la perfusión periférica.

La monitorización se mantendrá durante todo el tiempo que el paciente permanezca en la unidad.

2. Documentación:

El anestesta informará verbalmente sobre aspectos del paciente (antecedentes, problemas operatorios...). En este momento se iniciará la evaluación de la recuperación anestésica y cumplimiento de la gráfica por parte del enfermero/a, cuya finalidad será reflejar el estado fisiológico del paciente y detectar cualquier anomalía antes del alta.

3. Valoración integral:

3.1. Valoración respiratoria.

Deben descartarse signos de inadecuada ventilación u oxigenación.



Medicación habitual en postanestesia

Complicaciones generales.

a. Obstrucción de vía aérea: Generalmente ocurre por la caída de la lengua, obstruyendo la vía respiratoria o por un laringoespasmio. El método más eficaz para tratar esta complicación consiste en una hiperextensión de la cabeza con cierto grado de desplazamiento anterior de la mandíbula. Si no se consigue por medios físicos se añade mascarilla y bolsa. Si aún así persiste el problema, entubación endotraqueal.

b. Hipoxemia: Ha quedado demostrado la aparición de periodos hipoxémicos en el postoperatorio inmediato. Se recomienda: Administración de oxígeno desde un primer momento bien mediante mascarilla facial o cánula nasal.

La causa más común de hiposemia suele ser obstrucción bronquial por secreciones o sangre, por lo cual deberemos estimular la tos, la respiración profunda y el drenaje postural

c. Hipoventilación.

Causas fundamentales:

- Escasa función de los músculos respiratorios.
- Anestésicos opiáceos: Producen depresión

respiratoria siendo reversible mediante la utilización de los antagonistas de los opiáceos.

• Obesidad, dilatación gástrica, vendajes ope-
sivos y férulas de yeso en el tronco, también
inhiben la función de los músculos respira-
torios.

Signos de oxigenación inadecuada:

- Taquipnea (> 35 r.p.m.), bradipnea (< 10 r.p.m.).
- Respiración paradójica, tiraje intercostal o
supraesternal, aleteo nasal.
- Ruidos respiratorios anómalos.
- Valores anormales de dióxido de carbono
espirado y/o en sangre

Síntomas:

- Neurológicos: Inquietud, agitación, confu-
sión, coma, espasmos musculares o convul-
siones.
- Cardiovasculares: Hipertensión arterial y taqui-
cardia (estímulos simpáticos); hipotensión y
bradicardia (efecto hipoxico). Arritmias
- Piel: Cianosis.
- Respiración: Trabajo respiratorio aumentado
o ausente

3.2. Valoración hemodinámica.

Los parámetros básicos que deben vigi- larse son:

- Pulso.
- Presión arterial.
- Auscultación cardíaca.
- EKG continuo.
- Datos físicos de inadecuada perfusión perifé-
rica.

Complicaciones:

a. Hipotensión:

- Por disminución de la precarga ventricular
por: Pérdidas sanguíneas, de líquidos, urina-
rias, vasodilatación.
- Reducción de la contractibilidad miocárdi-
ca por efecto continuado de fármacos anesté-
sicos.

Actuación:

- Asegurar que la hipotensión es real no un arte-
facto del sistema de medición.
- Aumentar la precarga ventricular mediante
la elevación de las piernas y la administración
de líquidos I.V. Indicados (Expansores del plas-
ma, suero salino...).
- Examinar el área de incisión quirúrgica para
verificar si existe una pérdida sanguínea rápi-
da.

b. Hipertensión:

En Sala de Despertar se debe, a menu-
do, a:

- Dolor.
- Hipoxemia.
- Excesivo volumen de líquido intravascular.

La mitad de los pacientes que desa-
rollan una HTA en la Sala de Despertar
la tienen preexistente, ésta puede empe-
orar si ha tenido que suspender su medi-
cación antihipertensiva en el preope-
ratorio (actualmente con el tipo de
cirugía que se realiza en este hospital
no es necesaria su interrupción).

Cuando se produce la HTA durante
la recuperación de la anestesia, por lo
general comienza a los 30' posteriores
a la intervención.

Actuación:

- Tratamiento del :
 - Dolor.
 - Hipoxemia.
 - Sobrecarga hídrica.
- Si esta continua, fármacos antihipertensivos.

3.3. Valoración del dolor.

Los pacientes a veces despiertan de
la anestesia en un estado de agitación
e incluso violencia que a menudo requie-
re una inmovilización manual para impe-
dir que se lesione a sí mismo o al per-
sonal, este tipo de respuesta puede
estar ocasionado por dolor aunque
también pueden estar implicados otros
factores como hipoxemia, hipercap-
nia, distensión gástrica, retención uri-
naria con distensión vesical, etc., que
hace que el paciente caiga en una
gran agitación.

También puede aparecer agitación
en los pacientes jóvenes, con apren-
sión por los hallazgos operatorios y en
individuos que temen al dolor.

El dolor es uno de los problemas que
con mayor frecuencia requieren tra-
tamiento en la Sala de Despertar.

El grado de dolor no puede ser cuan-
titativo de manera objetiva, sin embar-
go, la observación directa del pacien-
te puede orientarnos sobre el grado
de dolor que padece. Muchos facto-
res inciden en el comienzo, la inciden-
cia y la intensidad del dolor postope-
ratorio:

- Edad del paciente: Los muy jóvenes



Equipo de emergencias cardiorespiratorio. Carro de paradas

y los muy ancianos parecen experimentar menos dolor que las personas de edad media.

• Rasgos neurológicos: Estos rasgos que presentan algunos pacientes en el preoperatorio tienden a aumentar el dolor en el postoperatorio; así como el miedo al dolor.

• La región involucrada influye en la intensidad de los dolores, hay zonas que sufren más el dolor (cirugía del tórax), abdomen superior y abdomen inferior (menos dolorosa).

• La manera en la que el paciente es preparado, en el preoperatorio, para la experiencia dolorosa puede alterar notablemente la percepción del dolor postoperatorio de ahí la importancia del personal de Enfermería para una buena información al paciente sobre todo lo referido a su intervención.

• El dolor en la Sala de Despertar debe ser tratado de forma enérgica por las múltiples ventajas que proporciona una buena analgesia; un paciente no podrá ser dado de alta si padece dolor intenso.

3.4. Valoración neurológica

La principal causa de retraso del despertar es la acción residual de los fármacos anestésicos, aunque debemos destacar otras causas como hipoxemia, hipotensión, alteraciones metabó-

licas (hiper o hipoglucemia, sepsis, etc.), delirio del despertar.

Se analizará inicialmente:

- Nivel de consciencia
- Estado motor y sensibilidad.
- Reflejos osteotendinosos.
- Posturas o movimientos anormales.
- Tamaño, simetría y reactividad de las pupilas.

3.5. Valoración de transmisión neuromuscular.

Puede destacarse bloqueo con significación clínica si el paciente tiene capacidad para levantar la cabeza, abrir los ojos, sacar la lengua durante 10 segundos.

3.6. Valoración de la hipotermia y temblores.

La hipotermia es un fenómeno frecuente en la Sala de Despertar debido a múltiples factores que concurren en el paciente intervenido quirúrgicamente: Infusión de líquidos fríos, baja temperatura en el quirófano, exposición del área quirúrgica, alteración de la regulación de la temperatura, etc.

Esto provoca en el paciente malestar, vasoconstricción y temblores. Ante estos temblores podemos comentar que no todos los pacientes que tiemblan en el despertar están hipotérmicos, lo cual sugiere que el mecanismo productor de este fenómeno podrían ser los gases anestésicos utilizados en quirófano.

Actuación de Enfermería:

- Administración de oxígeno suplementario.
- Fluidos intravenosos tibios.
- Proporcionar calor exterior mediante mantas.
- Mantenimiento de la temperatura adecuada en la sala.

3.7. Valoración renal.

Un aspecto importante en la prevención de una complicación del sistema renal es un tratamiento adecuado en la Sala de Despertar.

Las medidas más útiles para su análisis son: Diuresis horaria, electrolitos en orina y sangre, densidad y osmolaridad de la orina, urea y creatinina.

Para la detección precoz de oliguria (< 15-20 ml/h) en los pacientes quirúrgicos de alto riesgo es importante la colaboración de una sonda urinaria.

Pacientes de "alto riesgo" de lesión renal:

- Cirugía cardíaca.
- Cirugía mayor de vías biliares (especialmente si existe ictericia obstructiva).
- Los pacientes que requieren transfusión masiva o los que presentan hipotensión prolongada.
- Los ancianos sometidos a procedimientos quirúrgicos prolongados.
- Pacientes con enfermedad renal previa.
- Pacientes traumatizados graves.
- Los pacientes con sepsis.

Una vez que se detecta presencia de oliguria se debe realizar:

- Examinar la permeabilidad del sistema de drenaje (causopostrenal).
- En aquellos que esté permeable y la diuresis sea escasa, puede tener una causa prerenal a consecuencia de:

- Desequilibrios de fluidos.
- Factores farmacológicos.
- Episodios de bajo flujo.

Por lo general la corrección de hipovolemia (infusión continua de líquidos) reinstaura la diuresis. Por tanto, ante la presencia de oliguria descartar la obstrucción de sonda vesical.

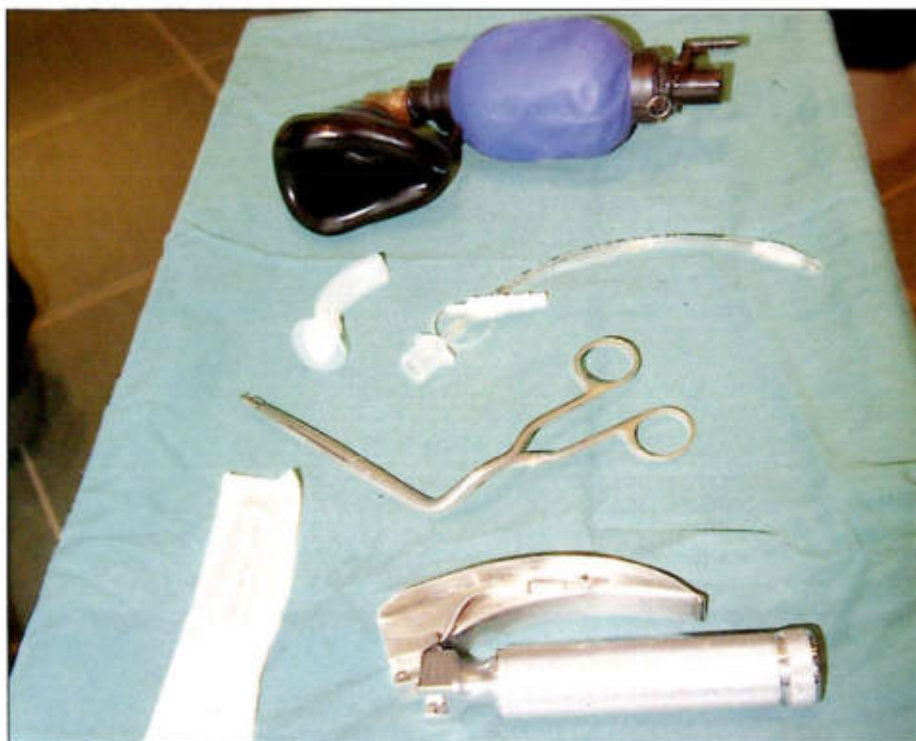
3.8. Valores de la náuseas y vómitos.

Las náuseas y los vómitos en el postoperatorio son complicaciones relativamente frecuentes que provocan malestar en el paciente, prolongación de su permanencia en Sala de Despertar y, en contadas ocasiones, un síndrome de aspiración pulmonar.

Debemos de tener en cuenta que el tipo de procedimiento quirúrgico tiene más influencia en la aparición de náuseas y vómitos que la técnica anestésica empleada.

Actuación de Enfermería:

- Colocar al paciente elevando en lo posible, la cabecera de la camilla así como lateralizado.
- Controlar las vías aéreas, retirando mascarilla facial (si oxigenoterapia) y colocar gafas nasales, por riesgo de aspiración.



Material para intubación pediátrica

- Estimular a una respiración profunda y tranquila
- Colocación de antieméticos.

3.9. Valoración del equilibrio hidroelectrolítico. Glucemia. Hematocrito.

El equilibrio exacto de balance de fluidos se debe realizar rutinariamente en la Sala de Despertar (T.A., diuresis...). En pacientes con anemia preoperatoria, sangrado significativo Intraoperatorio con reposición sanguínea en quirófano debe valorarse el hematocrito y la hemoglobina al menos 1 hora después de la intervención. Es importante la vigilancia de la hemorragia postoperatoria, cuantificándola en lo posible.

4 Seguimiento:

Durante la estancia del paciente en la Sala de Despertar, es imprescindible una evaluación periódica del estado de éste. Cualquier sistema de puntuación postanestésica debe de reunir, al menos, dos características:

- 1 Que sea simple.
- 2 Que refleje el estado fisiológico del paciente.

En nuestro hospital se realiza esta tarea mediante el test de Aldrete modificado, en el que se puntúan de 0 a 2 diferentes parámetros como son:

- a. Estado de consciencia.
- b. Grado de motividad.
- c. Respiración.
- d. Hemodinámica.
- e. Dolor.
- f. Pulsioximetría.

5. Alta:

Para que el paciente sea dado de alta en la Sala de Despertar, debe de reunir una puntuación, en el test anterior, de $> \text{o} = 10$, sin tener ningún cero en los parámetros a calificar.

Como criterio general, el paciente debe estar revertido del efecto anestésico, es decir, orientado espacio y temporalmente, con buena perfusión y ventilación y ausente de complicaciones quirúrgicas (sangrado, drenaje, etc.). El alta debe estar firmada por el anestesista.

Resumen

Las funciones y roles de Enfermería deben estar lo más definidas y organizadas posible. En el trabajo diario es cuando más se necesita conocer dónde, cómo, qué y para qué estamos desarrollando nuestra labor. En la Sala de Despertar es necesario tener claro, dado que la mayoría de los pacientes están en situación potencialmente peligrosa, con qué espacio y materiales contamos (medicación, monitorización, carro de paradas...), cómo utilizarlos, qué valorar (clínica del paciente, constantes vitales...) y con qué fin (detección de problemas, apoyo psicológico, alta...). Todo esto, dada las características de la unidad, debe ser conocido por todo el personal que en ella se encuentra. Este es el fin último de nuestro artículo, basado en las características particulares de nuestro hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. Joanna Ruth Fuller, 3ª Ed. Editorial Panamericana.
- Anestesia. Ronald D. Miller. Vol. 1. 2ª Ed. Editorial Doyma. 1993.
- Manual de terapéutica quirúrgica. Robert E. Cordón. 4ª Ed. Editorial Salvat. 1990.

PERFIL DEL PACIENTE CON CÁNCER DE LARINGE

Adolfo Botrán Moreno* D.E.

Antonio López Napal** D.E.

Francisco José Domínguez Aguilar*** D.E.

Manuel Ángel Calvo Calvo*** D.E.

Josefina Cuenca Labrado*** D.E.

* H.U. Virgen Macarena (Sevilla)

** H.U. Virgen de Valme (Sevilla)

*** H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción

En nuestros hospitales, con frecuencia, encontramos pacientes con cáncer de laringe, muchos son laringectomizados. Este tipo de paciente presenta una problemática tanto social como psicológica debido a la pérdida del habla y la disminución de autoestima e imagen, disminuyendo su vida de relación con su entorno social-laboral. Es de gran interés conocer el perfil con el fin de poder instaurar una política preventiva y de educación sanitaria para promover cambios en los hábitos de la vida que puedan influir en la reducción del número de casos de esta patología.

Este trabajo describe las características más comunes que presentan los pacientes diagnosticados de cáncer de laringe en los hospitales de Sevilla (H.U.V. Macarena, H.U.V. del Rocío y H.U.V. de Valme). Se conoce por paciente con cáncer de laringe aquella persona afectada por un tumor maligno localizado en los compartimentos supraglótico, glótico y subglótico. El término anatómico de laringe entraña, dado su distinto origen embrionario, tres regiones bien diferenciadas: región supraglótica, región glótica y región subglótica. Por encima se encuentra el vestíbulo laríngeo y por debajo continúa con la tráquea.

La región supraglótica está situada por encima de las cuerdas vocales y sus



Enfermera aplicando cuidados al traqueostoma

límites son: el límite inferior es una línea imaginaria en el borde superior de las cuerdas vocales y el límite superior, una línea imaginaria por el borde de las valéculas. Incluye en su interior: la epiglotis, las bandas ventriculares, los ventrículos de Morgagni, los repliegues aritenopiglóticos y relieves aritenoides.

La región glótica está limitada entre el suelo de los ventrículos y el borde inferior del cartilago tiroides. Incluye a las cuerdas vocales y a las comisuras anterior y posterior.

La región Subglótica tiene como límite inferior al primer anillo traqueal y se

sitúa debajo de las cuerdas vocales (1).

De la bibliografía revisada sólo aparece un estudio sobre el cáncer de laringe en el área sanitaria de Sevilla y su razón de influencia, fechado en el año 1975 y realizado por J. Marcos (2), obteniendo los siguientes resultados:

- Edad: Mayor porcentaje entre los 55 y los 64 años con un 30%.
- Sexo: Predominio absoluto del varón en un 99,5%.
- Tabaco: Son fumadores el 97,4%.
- Alcohol: Son bebedores habituales el 22,6%.
- Localización: Supraglótico el 59,5%, glótico el 31% y subglótico el 7%.

Otros estudios revisados: J. Bartual et al. en 1975 (2), F. González Mardano et al. en 1983, F. González Martín et al. en 1986 (3), M. Quer-Agustí et al. 1988 (4), E.R. Redondo Lucíañez et al. en 1989 (5) y M. de la Plata Granados en 1992 (6). De estos estudios se obtiene el siguiente perfil:

- Edad: La mayor incidencia se da entre los 55 y 64 años.
- Sexo: Varón, casi en el 100%.
- Tabaco: Son fumadores entre el 74 y 99%.
- Alcohol: Varía entre el 22,6 y el 94%.
- Hábitat: Sobre esta variable el único dato encontrado es del Dr. de la Plata, en Málaga, dando el 50% tanto en ciudad como en provincia.
- Localización: En todos los trabajos existe un predominio del cáncer supraglótico, entre un 51 y 75%, seguido del glótico y ya en un menor porcentaje el cáncer subglótico que está sobre el 6% de los pacientes diagnosticado de cáncer de laringe.

Los cambios que se han dado tanto en el sistema de salud como en la educación sanitaria y hábitos de la población, en estos veinte años, han podido modificar dicho perfil.

Material y método

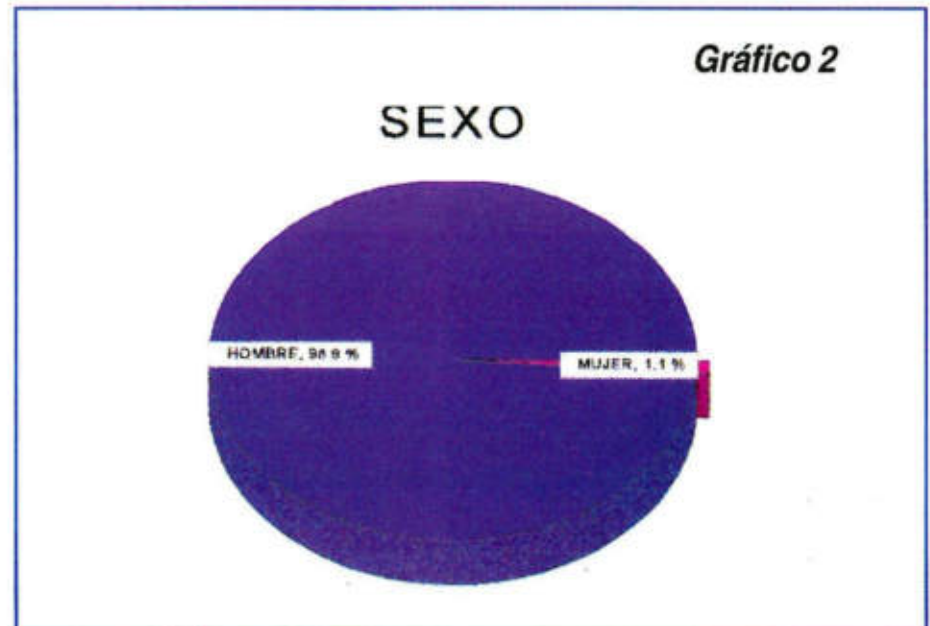
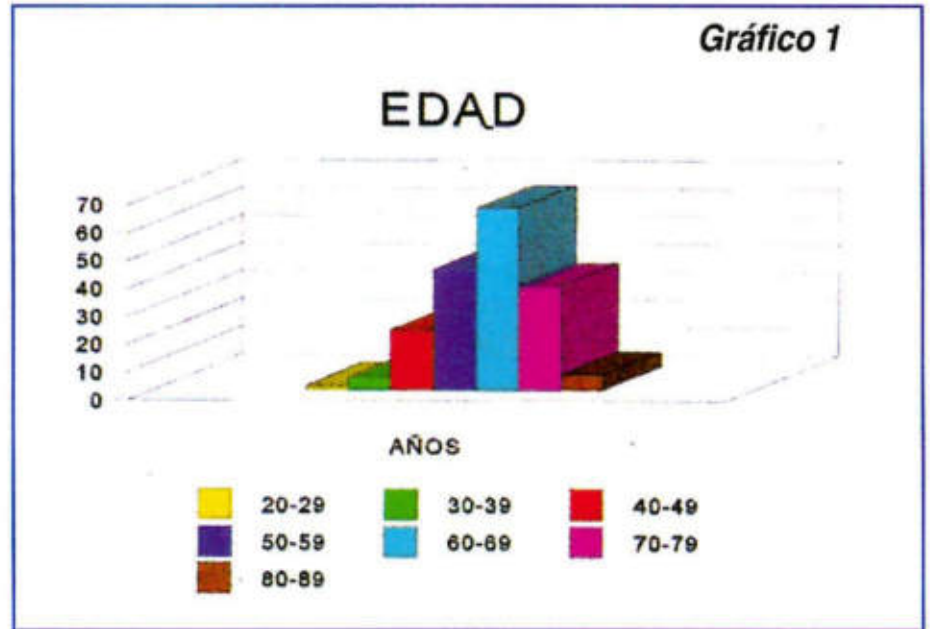
El objetivo general de este estudio es conocer el perfil del paciente con cáncer de laringe. Este estudio es descriptivo y retrospectivo. La población incluyó a todos los pacientes diagnosticados de cáncer de laringe, durante el año 1995 en Sevilla y provincia, vistos en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Virgen Macarena y Virgen de Valme. Se intentó que la muestra fuera igual a la población. La muestra no probabilística es incidental y asciende a un total de 176 casos, de los cuales corresponden:

- H.U. Virgen Macarena: 55 casos.
- H.U. Virgen del Rocío: 80 casos.
- H.U. Virgen de Valme: 41 casos.

Los datos de las siguientes variables se han recogido de la historias clínicas: Edad, sexo, tabaco, alcohol, hábitat, historia previa de O.R.L. y localización anatómica.

Se confeccionó una plantilla para la recogida de datos y éstos se agruparon de la siguiente forma:

- Edad: Se indica los años que tenía el pacien-



te de 1995.

- Sexo: Varón y hembra.
- Tabaco: -No fumador o ex-fumador desde hace cinco años o más.
- Fumador de hasta veinte cigarrillos/día.
- Fumador de veintiún a cuarenta cigarrillos/día.
- Fumador de más de cuarenta cigarrillos/día.
- No consta en la historia este dato.
- Alcohol: -No bebedor o bebedor habitual.
- Bebedor habitual y moderado.
- Bebedor excesivo o importante.
- No consta en la historia este dato.
- Hábitat: Lugar de residencia del paciente: capital o una población de la provincia.
- Historia previa de laringitis crónica u otras sintomatologías relacionadas con la zona hipofaringea-laríngea: Si o no.

Localización anatómica según la O.M.S.:

- Supraglótico.
- Glótico.
- Subglótico.
- No especificado.
- No consta este dato en la historia del paciente.

Los datos se han analizado utilizando el paquete estadístico SPSS/PC+(7-8).

Resultados

Los resultados obtenidos de las distintas variables son:

- Edad: La media es 61,7 años, con un rango entre 28 y 89 años.
- Sexo: Son varones el 98,9%, hembras el 1,1%.

Gráfico 3

CONSUMO DE TABACO

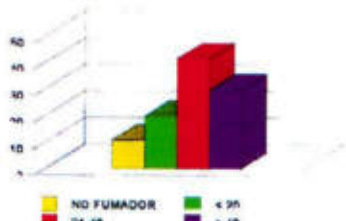
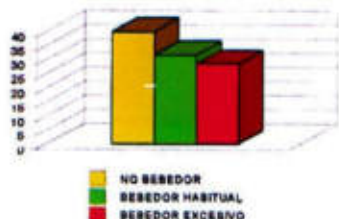


Gráfico 4

CONSUMO ALCOHOL



- Tabaco: - No fumadores y exfumadores de al menos 5 años el 10,5%.
- Fumadores hasta 20 cigarrillos/día el 17,6%.
- Fumadores entre 21 y 40 cigarrillos/día el 41,5%.
- Fumadores de más de 40 cigarrillos/día el 29,2%.
- No consta este dato en el 1,2%.
- Alcohol: - No bebedores o bebedores ocasionales es el 39,9%.
- Bebedores habituales y moderados, el 31,6%.
- Bebedores excesivos e importantes el 28,5%.
- Hábitat: Viven en la capital el 32,7% y en pueblos de la provincia el 67,3%.
- Historia previa de O.R.L.: Tiene historia previa el 43,8% y no consta en el 56,2%.
- Localización anatómica: -Supraglótica, el 36,4%.
- Glótica, el 54,7%.
- Subglótica, el 3,4%.
- No especificado, el 5,4%.

El perfil del paciente con cáncer de laringe diagnosticado en los hospitales de Sevilla (H.U.V. Macarena, H.U.V. del Rocío y H.U.V. de Valme) durante el año 1995 obtenido en nuestro estudio es: el de un varón, entre 60 y 69 años de edad, fumador crónico de uno a dos paquetes de cigarrillos diarios, bebedor, que vive en pueblos de la provincia, que no consta que tenga historia clínica previa de laringitis crónica u otras sintomatología relacionada con la zona hipofaríngea-laríngea. La localización anatómica predomi-



Importancia del apoyo psicoafectivo al paciente laringectomizado

nante del cáncer de laringe es el compartimiento glótico.

Discusión

Comparando las variables de nuestra investigación con estudios anteriores, llegamos a las siguientes conclusiones: En relación a la edad, obtenemos resultados similares a los estudios anteriores.

En cuanto a la variable sexo, continúa el predominio masculino.

Con respecto al tabaco, vemos que al menos el 90% de los pacientes son fumadores, nos encontramos que en el 10% restante la mayoría son exfumadores. Comparando con los demás estudios el resultado es casi igual.

Los datos obtenidos en la variable alcohol no nos permiten extraer un resultado concluyente, ya que los resultados de los distintos intervalos se aproximan mucho. En estudios anteriores se ve una gran disparidad en los distintos resultados obtenidos.

Las variables hábitat e historia previa no están reflejadas en muchos estudios.

Comparando nuestra investigación con estudios anteriores, vemos que hay una gran diferencia significativa en el resultado obtenido en cuanto a la localización anatómica del cáncer de

laringe. Según los estudios anteriores consultados, la localización anatómica predominante es la supraglótica, mientras que en nuestro estudio la localización que predomina es la glótica, con un 54,7%.

Para concluir queremos destacar que el cambio en la localización de esta variable, obtenida en nuestro estudio, debería de ser objeto de estudios posteriores, ya que de alguna forma modifica el patrón tradicional de la región mediterránea y lo acerca al patrón anglosajón.

Como posteriores línea de investigación sugerimos:

- Estudio del consumo de distintos tipos de tabacos (rubio-negro).
- Estudio de las influencias del medio laboral: exposición a agentes físicos y químicos.
- Estudio de la contaminación medioambiental.
- Relación con el tiempo de consumo de tabaco.

Resumen

El objetivo de este trabajo es conocer las características más comunes del paciente diagnosticado de cáncer de laringe en los hospitales de Sevilla (H.U. Virgen Macarena, H.U. Virgen del Rocío y H.U. Virgen de Valme) en el año 1995, pues consideramos de gran impor-

Gráfico 5

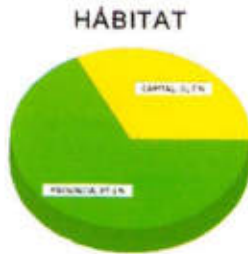


Gráfico 6



Gráfico 7



tancia saber si se han producido cambios en dicho perfil, ya que el último estudio realizado en Sevilla, fue publicado hace más de veinte años. El paciente con cáncer de laringe es aquella persona afectada por un tumor maligno localizado en los compartimientos supraglótico, glótico y subglótico.

El trabajo realizado es un estudio descriptivo y retrospectivo. Las variables del estudio son: edad, sexo, tabaco, alcohol, hábitat, historia previa de o.R.L. y localización. La muestra ha sido no probabilística e incidental, con un total de 176 casos. El perfil obtenido es: varón, entre 60 y 69 años, fumador de uno a dos paquete-

tes de cigarrillos diarios, bebedor, que vive en pueblos de la provincia, sin historia previa de O.R.L. y localizado anatómicamente en el compartimento glótico. Se ha detectado un cambio importante en la localización anatómica, con respecto a estudios anteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) González Barón, M.; et al. "Cáncer de cabeza y cuello. Una aproximación al tema", cap 1 de "Cáncer de cabeza y cuello", coordinador: González Barón, M. Madrid 1995.
- (2) Bartual, J.; et al. "Cáncer laríngeo y faringolaríngeo". Acta Otorrinolaringológica Española 26. año 1975.
- (3) González Martín, F.; et al. "Neoplasia de laringe. Estudio estadístico retrospectivo". Oncología, vol. IX/307. Año 1986.
- (4) Quer-Agustí, M.; et al. "Incidencia del carcinoma de laringe: análisis de 255 casos". Acta Otorrinolaringológica Española 39,6. Año 1988.
- (5) Redondo Lucíañez, E.R.; et al. "Epidemiología de cáncer de laringe en la comarca de Cartagena en el período de 1972 al 1984. Acta Otorrinolaringológica Española 40,4. Año 1989.
- (6) De la Plata Granados, "Estudio estadístico, epidemiológico, clínico y terapéutico del cáncer de laringe en Málaga y su provincia". Tesis doctoral. Málaga. Año 1992.
- (7) Are, C. "Introducción al análisis estadístico con SPSS/PC+PPV".
- (8) Camacho González, J. "Manual del uso del programa PSS/PC+PPV".
- Antón Aparicio, L; et al. "Estudio de extensión. Técnicas diagnósticas", cap III de "Cáncer de cabeza y cuello", coordinador: González Barón, M. Madrid 1995.

¿QUIÉN CUIDA DE LOS FAMILIARES?

Susana M^a Meléndez Pérez*
Samuel Rueda Méndez**

* H.U. Virgen de Valme (Sevilla)

** Dpto. Psicología Social de la Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido por todos que nuestro sujeto de cuidados es el individuo, la familia y la comunidad. En el ámbito hospitalario es evidente a quién va dirigida nuestra asistencia, pero a veces olvidamos una parte importante que influye muy directamente en el proceso de enfermedad del individuo: su familia. La influencia a la que me refiero puede ser tanto positiva y sanadora como angustiosa y negativa para el enfermo.

El apoyo y la aceptación del familiar nos permiten predecir cuál será la adaptación del enfermo a su pérdida de salud, de autonomía, de intimidad, etc.... Así también las condiciones físicas y anémicas del familiar se agravan por la escasez de recursos a su disposición que el hospital ofrece, yendo esto en detrimento de la calidad del acompañamiento y cuidado que presta. Como profesionales sanitarios, tenemos que ser conscientes de la importancia de la presencia del familiar, porque para el enfermo es el factor humano que le acompaña, que le escucha, que le une al mundo exterior, en el que confía, con quien habla,... y no olvidemos que también es alguien que le preocupa.

Por todo ello, y recordando que la familia es, cada vez más, un pilar importante en el cuidado integral del paciente, quiero llamar a la reflexión a todo el personal sanitario, concretamente a Enfermería, de la importancia de hacernos responsables de que el familiar se encuentre en condiciones óptimas para acompañar día y noche a su ser querido.



La separación entre familia y enfermo, provoca en ambos una falta de bienestar y estabilidad, que repercute de forma negativa en el proceso de curación.

OBSERVACIONES

Para argumentar éste planteamiento, me baso en pilares de la Psicología Comunitaria.

Entre los modelos que dan forma a esta ciencia social, nos encontramos con la Teoría Ecológica, según la cual la influencia del hábitat es clave, así como la de todos los círculos que rodean al individuo en el comportamiento y adaptación de éste ante situaciones estresantes.

En la resolución o agravamiento del estrés, juegan un papel clave las redes y los grupos de apoyo, tanto naturales como institucionales. Éstos funcionan como una pequeña "comunidad per-

sonal" protectora o mediadora de los efectos del estrés y de los recursos para afrontarlo.

La enfermedad puede considerarse como un evento que excede los recursos adaptativos de afrontamiento de una persona, apareciendo una respuesta de estrés. Así pues, los grupos de apoyo del individuo enfermo serán:

- **FAMILIA (como grupo natural)**
- **PERSONAL SANITARIO (como grupo institucional)**

Es indudable, pues, que una adecuada y fluida red de apoyo y relaciones sociales contribuyen enormemente a la prevención y protección de la salud, tanto individual como



Enfermeras y auxiliares acompañando a un enfermo y familiar. Trabajar en equipo mejora los resultados que esperamos de nuestra asistencia

Comunitaria (Taylor et al., 1984).
Existen distintas modalidades de apoyo social:

1.- *Apoyo emocional*: Se ha definido como el sentimiento de ser amado y de pertenencia (Cobb, 1976), de intimidad, de poder confiar, de sentir la disponibilidad de alguien,... Es el más importante para mantener y fomentar la salud porque aumenta la autoestima (Cutrona, 1986).

2.- *Apoyo tangible*: Consiste en la ayuda directa o servicios prestados (Wills, 1985).

3.- *Apoyo informacional*: Consiste en ofrecer información, consejo y guía, que ayude a solucionar problemas (Schaefer et al., 1981 Wills, 1985).

Se barajan dos teorías fundamentales sobre el efecto del Apoyo Social en la salud. Éstas son:

A.- **EFFECTO PRINCIPAL O DIRECTO**: Mantiene que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés. Este efecto positivo se ejercería mediante:

- Aumento de la moral y del sentimiento de bienestar.
- La integración en una red social puede ayudar a evitar experiencias negati-

vas.

- Crea en los individuos un sentimiento de tener ayuda en caso de necesidad, lo cual conlleva un aumento de la autoestima, de la estabilidad y del control sobre el ambiente.

B.- **EFFECTO AMORTIGUADOR DEL ESTRÉS**: Sostiene que en condiciones de estrés elevado, el apoyo social protege a los individuos de los efectos adversos de éste sobre el estado de ánimo y funcionamiento psicológico, facilita los procesos de atontamiento y adaptación, reduciendo así las posibilidades de enfermedad física o mental.

Aunque la evidencia experimental apoya ambas hipótesis, quiero resaltar esta última teoría por su afinidad con el tema que se trata y porque en ella se sustenta este artículo.

Es decir, situándonos en un proceso de enfermedad, evento que aumenta considerablemente los niveles de estrés, el Apoyo Social natural, representado indiscutiblemente por la familia, es fundamental por todos los beneficios descritos anteriormente. De esta forma, se refuerza la idea de la importancia de la compañía del familiar y de su actitud constructiva, como la red de apoyo necesaria para que el enfermo alcance un buen grado de adaptación ante

la enfermedad y la hospitalización.

COMENTARIOS.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

A.- Hacer más **digno y humano** el acompañamiento del familiar a su enfermo.
B.- Que esta compañía repercuta positivamente en el paciente y su familia, favoreciendo la **adaptación** de ambos al proceso de enfermedad.

Nuestro objetivo final siempre será contribuir a que el ingreso hospitalario sea una vivencia sana para todas las partes implicadas, sea cual sea su desenlace.

DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS

A.- "Hacer más **digno y humano** el acompañamiento del familiar a su enfermo."

Este objetivo se alcanzará mediante un cuidado integral del familiar por parte del personal sanitario, facilitado a su vez por la Gerencia del hospital.

Recordemos que los familiares también tienen necesidades básicas que cubrir (alimentación correcta, descanso óptimo, higiene adecuada, ...) junto a la necesidad de escucha, apoyo, comprensión, acogida,... y la estructura hospitalaria (arquitectura y personal) no está preparada para atender a este importante eslabón en la curación del enfermo. Un familiar bien atendido contribuye a largo plazo al buen cuidado del enfermo, evitándole preocupaciones adicionales y posibles sentimientos de culpabilidad. Igualmente, un familiar mal atendido puede ser un posible enfermo a largo plazo.

Observemos que el abordaje de este primer objetivo es responsabilidad de diferentes grupos, como hemos mencionado anteriormente. Las alternativas que se aportan que, si bien no solucionen, sí mejoran el estado actual de la cuestión, son las siguientes:

1- *Trabajo del PERSONAL SANITARIO*. El conocimiento del familiar, su realidad, sus necesidades,... está en primer lugar en manos del personal sanitario. Para ello, cuenta con las siguientes



Personal de Enfermería cercano no sólo al enfermo, sino también al familiar, promoviendo actitudes de adaptación.

tes herramientas:

- Una **ASISTENCIA HUMANIZADA**: Un trato más humano como resultado de la empatía, la escucha, comprensión, información y orientación; la motivación en nuestro trabajo diario y demás actitudes necesarias en una relación de ayuda, mejoraría ampliamente la vivencia de los familiares de ingreso. No olvidemos que el hospital es un mundo que desconcierta y produce mucha inseguridad no sólo al enfermo.
- Una **ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR**: Es decir, un mejor aprovechamiento de los recursos que existen en el hospital, ya que mediante el trabajo en equipo es posible un trato más digno y humano. Los problemas sociales y económicos de una familia frenan en parte nuestro esfuerzo por el restablecimiento del enfermo, por lo tanto, como profesionales de la Salud, hemos de contar con otros recursos que el hospital también nos ofrece y que pueden cubrir necesidades que a nosotros se nos escapan de las manos; por ejemplo la Unidad de Trabajo Social, el Servicio de Atención al Usuario, los capellanes, grupos de voluntariado que dediquen su tiempo de forma gratuita en el hospital, etc.

2.- Trabajo de la GERENCIA y/o EQUI-

POS DIRECTIVOS

Aparte de los recursos que nosotros, como profesionales, tenemos a nuestra disposición para ofrecer a los familiares, ¿qué ocurre con aquello que no está a nuestro alcance?

En este punto, nos dirigimos a la Gerencia de la institución sanitaria, aportando a la vez este escrito como punto de partida de una reflexión sobre la importancia de la familia y como medio de protesta por la falta de infraestructura y recursos para favorecer una acogida digna, así como por añadir en ocasiones más angustia y problemas donde ya los hay.

Obviamente, no todos los familiares se encuentran en las mismas circunstancias, pero es innegable que existen muchas situaciones difíciles, injustas e inhumanas. Estas situaciones pueden venir motivadas por una patología grave, una estancia prolongada, escasos recursos económicos unido a un bajo nivel cultural, la procedencia de otros pueblos e incluso provincias,... En muchas ocasiones, confluyen más de una de estas circunstancias, dando como resultado una vivencia de la enfermedad realmente dramática, ya que a la carga psicológica que supone tener a un ser querido enfermo, se unen las situaciones de precariedad

(falta de descanso, alimentación, aseo personal, información, comunicación, etc.).

Así pues, estas condiciones no le permiten al familiar acompañar de forma óptima a su enfermo. No olvidemos que el hospital existe porque existen enfermos, y éstos son o deben ser los protagonistas del mismo y hacia donde se dirijan todas las miradas a la hora de crear, organizar, cambiar y mejorar lo existente.

Pero también los familiares deben ser tenidos en cuenta. Ellos no están por estar o entretenerse, están porque quieren permanecer junto a su enfermo, porque están preocupados y porque no los quieren dejar solos. Por ello, es comprensible que se adapten a cualquier circunstancia y lugar, a cualquier sala de espera (aunque ésta sea incómoda, pequeña o esté sucia), a cualquier sillón (aunque no se pueda dormir más de tres horas seguidas sin que la espalda pase factura),...

Por todo ello, repito, llamamos a la reflexión a las autoridades sanitarias sobre este colectivo tan importante que necesita de una mejora de recursos a su disposición.

B.- "Que este acompañamiento repercute positivamente en el paciente y el familiar, favoreciendo la ADAPTACIÓN de ambos al proceso de enfermedad." La adaptación a la enfermedad es el camino para que un enfermo recupere el equilibrio y el bienestar interior. Esta actitud positiva y colaboradora suele estar precedida por comportamientos regresivos, dependientes y de agresividad.

La actitud del enfermo frente a la enfermedad es original y diferente para cada uno y depende de múltiples factores. Acaso la personalidad misma sea la variable más significativa, pero también el individuo interactúa con su ambiente vital. Por eso, sus familiares y amigos e incluso el mismo servicio sanitario son variables muy a tener en cuenta. Sus propias actitudes son determinantes en la estructuración de los modos de reaccionar del individuo. De esta forma, reacciones del enfermo y reacciones del familiar se influ-



La sala de estar de un Piso de Acogida para familiares de enfermos de larga estancia y no residentes en Sevilla capital.

yen recíprocamente.

La enfermedad significa amenaza, frustración y pérdidas no sólo para el enfermo, también para su familiar, pues, entre otras cosas se pone en peligro no sólo la estabilidad del hogar, sino también la relacional y emotiva. Por tanto, no se puede ayudar de modo válido y significativo al enfermo si no se trabaja de forma simultánea con la presencia y la relación familiar. Para advertir la importancia y la influencia que el acompañamiento del familiar tiene, me centraré brevemente en algunas de las actitudes que éste puede adoptar ante la enfermedad:

- Familiar ansioso: Puede volver ansioso al mismo paciente, impidiéndole ser más objetivo ante la realidad.
- Familiar que niega y no acepta la enfermedad: Puede llegar incluso a un rechazo del enfermo y a colaborar mínimamente con el personal sanitario.

- Familiar agresivo y desconfiado hacia los agentes sanitarios e incluso hacia los mismos enfermos: De esta manera puede provocar sentimientos de culpa en éstos, por presuntas negligencias de ambas partes.

- Familiar con actitudes regresivas: Puede acentuar la dependencia del enfermo con una actitud hiperprotectora.

- Familiar victimista: Puede cargar al enfermo con la tarea suplementaria de tranquilizar a su propio familiar.

- Familiar con actitud depresiva y de desesperación: Es quizás la más destructiva para el enfermo, pues ataca su autoestima.

- Familiar con reacciones de adaptación y constructivas: Son todos aquellos comportamientos encaminados a facilitar al enfermo la reconquista de la autonomía y de la independencia.

Para conseguir en los familiares de los

enfermos a los que cuidamos esa reacción positiva de adaptación deberíamos poner en práctica:

- **La Información:** Es necesaria puesto que una actitud óptima nace a partir de una visión realista del problema, lo cual va a derivar en una mayor confianza en las prestaciones asistenciales. Ésto crea en los componentes de la familia la disponibilidad a colaborar con el personal sanitario en la asistencia al enfermo.

Por todo ello, tengamos en cuenta que la claridad a la hora de informar alivian tensiones en el enfermo y el familiar, provocando quizás el encuentro, la comunicación y un ambiente tranquilizador entre ambos.

- **La Educación y Formación:** Es fundamental educar a la familia en cuanto a la enfermedad, los procesos terapéuticos, complicaciones, pronósticos, cuidados, repercusiones en la persona de

lo que supone perder la salud, temporal o definitivamente, etc. La formación conjunta al paciente y su familiar, en la medida de lo posible, es esencial, pues sólo así se consigue un mayor grado de aceptación de la enfermedad y de comprensión por parte de la familia de las reacciones, actitudes y estados anímicos de su familiar enfermo, favoreciendo todo ello, una vez más, a optimizar la disposición del paciente ante su proceso.

RESUMEN

1.- Nuestra actitud frente al enfermo puede provocarle Salud o, por el contrario, frenar o limitar estos procesos de recuperación. Igualmente el entorno influirá en su estado, y parte de este entorno y de su realidad es el FAMILIAR que lo acompaña, que va a sufrir momentos de tensión, estrés y necesidad a muchos niveles.

2.- Pienso que es responsabilidad de Enfermería "cuidar" también del familiar, haciendo más digno su paso por el hospital. Para ello, hemos de trabajar por una **asistencia HUMANIZADA y MULTIDISCIPLINAR**.

3.- También las autoridades sanitarias

deben colaborar, mejorando los **RECURSOS MATERIALES** a disposición de los familiares.

4.- La **Información, Educación y Formación** son los instrumentos esenciales para conseguir una reacción de **Adaptación** del familiar respecto a la enfermedad, adaptación que va a favorecer la misma reacción y actitud por parte del enfermo.

5.- Por todo ésto y como profesionales de la Enfermería, es decir, del "arte de cuidar", no podemos por cobardía o comodidad, obviar estas situaciones duras pero reales. Hemos de intentar que los procesos de enfermedad, curables o no, sean vividos de una forma sana y saludable por el enfermo y su familia. Y ésto, es tanto más posible cuanto mayor sea el esfuerzo de todo el EQUIPO de SALUD.

6.- Para finalizar, quisiera rescatar una cita en la que se resume la relación entre la estructura sanitaria y la familia del enfermo:

La relación de las estructuras sanitarias, sobre todo las hospitalarias, con las familias se caracterizan en general por una gran ambigüedad y ambi-

valencia. Por un lado, a menudo se considera la familia igual que al enfermo - incapaz de colaborar positivamente en el proceso de curación: las informaciones son escasas, apresuradas, dadas en un lenguaje incomprensible. Por otro lado, se delegan en la familia - por carencias organizativas - importantes funciones asistenciales, (...). Muchos conflictos entre el personal sanitario y los familiares se derivan de la ambigüedad del papel en que éstos últimos vienen a encontrarse.

A ésto se añade el hecho de que la total implicación de la familia en la hospitalización del allegado le expone, sobre todo en el caso de internamientos prolongados, a serias dificultades para hacer frente a las exigencias cotidianas de los otros miembros. Con ello la hospitalización corre el riesgo de convertirse en elemento de desorganización de la familia justamente en el momento en que se ve afectada por la enfermedad. Es ésta una causa importante de ansiedades y tensiones, cuya eliminación requeriría un mayor esfuerzo. En efecto, salvaguardar la integridad familiar significa indirectamente ayudar al enfermo a hacer frente más positivamente a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Martín González; F. Chacón Fuertes; M. Martínez García. "Psicología Comunitaria". Textos Visor. Capítulos I, III, X.
- O. Mittag. "Asistencia práctica para enfermos terminales". Editorial Herder (Barcelona).
- E. Kübler-Ross. "Sobre la muerte y los moribundos". Editorial Grijalbo.
- L. Sandrin; A. Brusco; G. Policante. "Comprender y ayudar al enfermo". Ediciones Paulinas.
- M. Gómez Sancho, et al. "Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal". Editado por la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital "El Sabinar" de Las Palmas de Gran Canaria.

PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Manuel Alés Reina

Hospital de "San Lázaro" (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

Con la elaboración de este artículo lo que se pretende es dar las bases para la creación de un programa de vigilancia epidemiológica para el control de las infecciones nosocomiales, adaptado en este caso a un hospital pequeño como es el hospital de "San Lázaro", el cual sólo consta de 176 camas hospitalarias aproximadamente, pero que se puede extrapolar a cualquier recinto hospitalario.

OBJETIVOS

Lo primero que haremos es citar que es lo que se pretende con la elaboración de este programa, es decir, el propósito de este programa es:

- Conocer los índices de infección nosocomial del hospital.
- Identificar problemas específicos para implantar soluciones
- Evaluar y controlar las técnicas y procedimientos que se realiza a los pacientes y que pueden comportar riesgo de infecciones.
- Tomar las medidas pertinentes destinadas a su prevención, control y erradicación,
- Dar a conocer el programa entre los trabajadores del centro.
- Disminuir la estancia media y por tanto el coste que supone toda infección nosocomial.
- Concienciar al personal de enfermería de la relevancia de su papel en la prevención de la infección nosocomial.



Mesa de instrumental debidamente montada

MATERIAL Y MÉTODO

A la hora de elaborar este programa tenemos que tener en cuenta una serie de factores, como son:

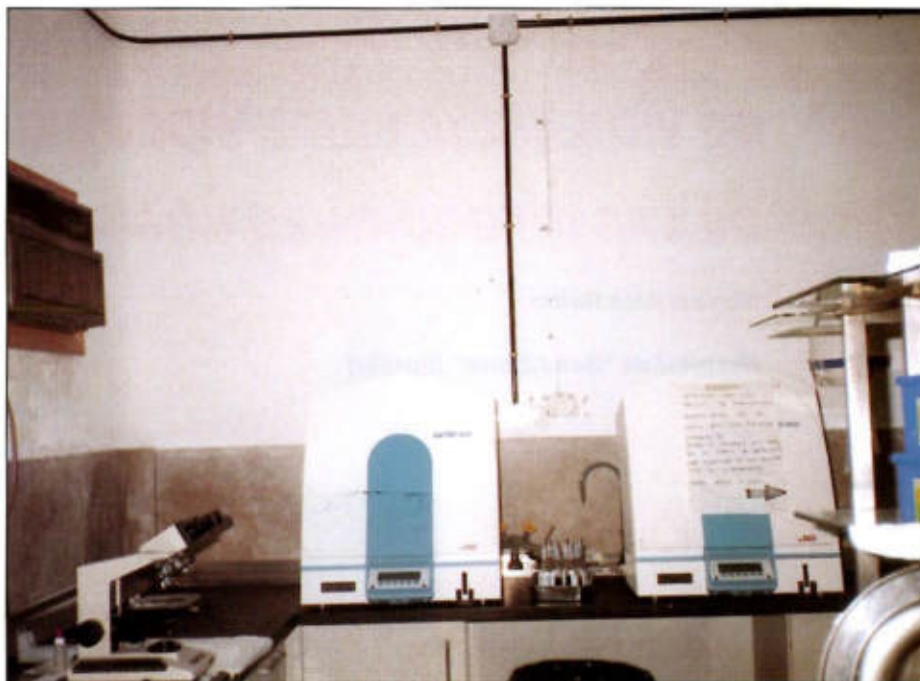
- Que el programa esté aprobado por la dirección del hospital (en el caso del hospital de "San Lázaro" el programa que hay puesto en marcha está aprobado).
- Tenemos que valorar las características del hospital, es decir, tamaño, ubicación, recursos de los que dispone, indicadores hospitalarios, bases de información de las que podemos disponer (literatura en torno al tema, normativa de los ministerios o de las comunidades autónomas, conclusiones de cursos y congresos, resultados de estudios anteriores realizados en el propio



Fachada del Hospital "San Lázaro"



Úlcera por decubito



Bactec 9050 para realización de hemocultivo



Colocación de banda vesical para obtención de muestra para posterior cultivo

centro, brotes infecciosos, disponibilidad del personal, tipo de pacientes, estudios retrospectivos INIMOS)

- Características del personal sanitario: tenemos que valorar si se trata de un personal que esté motivado para colaborar, la experiencia profesional, el ratio personal/cama.

- Características de los pacientes: Tenemos que valorar la edad del paciente, si se trata de un paciente con una pluripatología, si es un paciente encamado, si es un paciente de larga estancia, etc...

Se debería de crear un Comité de Infecciones (en el hospital de " San Lázaro está creado), el cual debería estar compuesto, teniendo en cuenta el tamaño del hospital y siguiendo las recomendaciones de los Centers for Disease Control (CDC), al menos por el siguiente personal:

- Un DE con dedicación exclusiva al Comité de Infecciones (CI por cada 250 camas.

- Un médico con dedicación exclusiva al CI.

- Además debería contar con la colaboración de un epidemiólogo, higienistas, etc., así como de personal operativo.

- Servicio de Medicina Preventiva.

- Se debería contar con disponibilidad y acceso a laboratorios, servicio de radiodiagnóstico y a las demás fuentes de información como son el servicio de anatomía patológica, servicio de farmacia, de salud laboral, consultas externas, etc...

Idealmente, el proceso de identificación y control de las infecciones nosocomiales debe basarse en:

a) Definición de las categorías y los tipos de infección.

b) Búsqueda sistemática de los casos (pacientes infectados) y recogida de datos.

e) Tabulación de estos datos.

d) Análisis e interpretación.

e) Comunicación de los datos relevantes a los comités designados para intervenir y tomar decisiones en el hospital.

Uno de los problemas básicos en el proceso de recolección de datos es identificar adecuadamente las fuentes de información más fiables para efectuar una vigilancia efectiva (método denominado de búsqueda de casos o case-finding). (1)

A la persona que se va a dedicar a la recogida de datos (DE) se le ha de formar previamente en lo relacionado con los impresos de recogida y en lo relacionado con la utilización de historias y demás documentos de donde van a obtener la información. Una buena idea para empezar a formar al personal e incluso detectar posibles problemas, es realizar una fase piloto,



Aparato de aspiración de secreciones

en la que se prueben todos los detalles del estudio.

En un principio podemos llevar a cabo un estudio observacional descriptivo, si lo que queremos conocer es la tasa de infección del hospital en su conjunto o por especialidades.

Teniendo en cuenta el tamaño del hospital, el tipo de estudio que podemos llevar a cabo es un estudio de vigilancia esporádica (**estudios de prevalencia**) por cada área del hospital. Este estudio alcanzaría cierto valor comparativo si lo efectuáramos de forma seriada (varias veces al año, varios años consecutivos, etc...). En nuestro caso se puede realizar con los pacientes que ingresen en el periodo de 18 meses e ir repitiéndolo por ejemplo cada tres meses. Se llevará a cabo teniendo en cuenta el diagnóstico de entrada, los procedimientos a los que se les someterá, los factores de riesgo para adquirir una infección nosocomial que padecen, en que servicio van a permanecer ingresados, etc. Estas variables definirán los distintos subgrupos del estudio, y permitirán comparar estadísticamente su relación o asociación con el tipo de infección que desarrollen (o que no desarrollen) y los microorganismos responsables de la misma. (2)

Antes de iniciar el estudio el CI junto con los colaboradores tendrá que delimitar una serie de parámetros o cuestiones, como a qué servicio se atribuirá una infección en caso de que un paciente sea trasladado de una unidad de hospitalización a otra, que factores se consideraran de riesgo para adquirir una infección nosocomial (como por ejemplo, que el paciente tenga colocada sonda vesical o no la tenga, el que tenga úlceras por presión o no las tenga, existencia de herida quirúrgica, etc...), cuál será el denominador a utilizar para calcular tasas de infección nosocomial.

Se denomina infección nosocomial "a aquella que no estaba presente ni se estaba incubando en el momento de ser admitido el paciente en un hospital. De forma arbitraria, se establece un plazo de 48-72 horas como mínimo necesario para considerar la infección como "adquirida en el hospital". Debe tenerse en cuenta la posibilidad de una infección nosocomial presente desde el mismo momento del ingreso, directamente relacionada con un ingreso previo o con el traslado del paciente desde un área a otra. También es posible que determinadas infecciones hospitalarias sólo sean detectables tras el alta del paciente, situación relativamente frecuente en las infecciones de la herida quirúrgica. En cuanto a los factores de riesgo cabe decir que existen grupos principales de factores:

- Los debidos a los diversos microorganismos.
- Los debidos a alteraciones en los mecanismos de defensa frente a las infecciones.
- Los derivados del medio ambiente que rodea al paciente.

Para cada tipo de infección nosocomial hay que definir los factores de riesgo. Sirva como ejemplo los siguientes factores:

- *Infección Urinaria: dentro de este tipo de infección la fundamental es la asociada a cateterismo vesical. Los factores que influyen en el desarrollo de esta infección pueden ser: el sexo (*

mayor riesgo en la mujer), la edad, la enfermedad de base, la historia de infecciones urinarias previas, técnicas de inserción y cuidado del catéter vesical, etc.

- *I. Quirúrgica: Este tipo de infección se inicia casi siempre en el quirófano. Los factores asociados a esta infección particular dependen, en parte, del número de bacterias que llegan al campo operatorio. En este sentido, tiene interés dividir las intervenciones según que éstas sean limpias, potencialmente contaminadas o sucias. Se han valorado como factores de riesgo de infección quirúrgica: la capacidad patogénica de las bacterias que llegan al campo operatorio, las condiciones locales (la existencia de hematomas, seromas, cuerpos extraños, gasas, prótesis, suturas, tejidos necróticos, isquémicos y/o macerados, etc., en la zona operada favorece el desarrollo de los microorganismos y, por tanto, la infección), las condiciones generales del huésped (disminuidas en enfermos ancianos, neoplásicos, diabéticos, etc...), las condiciones generales de esterilización del instrumental, limpieza y desinfección del quirófano, su capacidad, número de personas durante la intervención, medidas generales de higiene del equipo quirúrgico, etc*



Campana de flujo laminar

- *I. Respiratoria:* En este tipo de infección podemos señalar como factores de riesgo la intubación endotraqueal, la traqueotomía, la ausencia de movilización del paciente lo que conlleva el acumulo de secreciones, etc.

- *Bacteriemia nosocomial:* En cuanto a los factores de riesgo hay que decir que pueden superponerse a los de las otras infecciones ya citadas; así pues la edad (inferior a un año o superior a 60 años), la granulocitopenia, el tratamiento inmunodepresor, las lesiones cutáneas (quemados), la gravedad de la enfermedad de base y la presencia de infección previa o asociada influyen en la aparición de la bacteriemia.

RESULTADOS

Cuando se llega a la fase de análisis, interpretación y difusión de los resultados, es el momento de calcular tasas e índices de infección, comparar resultados entre los grupos que el estudio pueda tener, analizar el papel de las diferentes variables estudiadas, etc. En cuanto a la difusión de los resultados y de las medidas que se piensan tomar hay que decir que es un punto muy importante si se quiere que el personal sanitario continúe colaborando en próximos estudios y que además

ayude con la puesta en práctica de las medidas necesarias para disminuir la tasa de infección.

Dependiendo de los resultados que vayamos obteniendo es probable que tengamos que comenzar por llevar una vigilancia por objetivos o áreas determinadas y extenderla a otros lugares o procedimientos cuando sea necesario.

Durante la ejecución del programa el CI se tendrá que reunir periódicamente, a medida que vayan surgiendo dudas y haya que comentarlas con el grupo, etc.

RESUMEN

Lo que se pretende con el artículo es sentar las bases para que un equipo multidisciplinario se ponga en marcha para erradicar un tipo de infección que lo que significa es una molestia innecesaria para el paciente, una mayor estancia en el hospital y por tanto un mayor coste para el hospital.

AGRADECIMIENTO

Por último, quisiera dejar constancia por escrito **mi agradecimiento a todo el personal de Enfermería del Hospital de "San Lázaro"**.

Método	Sensibilidad *
Declaración por el médico	0,14-0,34
Presencia de fiebre	0,47
Empiezo de antibióticos	0,48
Fiebre + antibióticos	0,59
Informe de microbiología	0,33-0,65
Vigilancia prospectiva en sala	0,62
Vigilancia prospectiva en sala basada además en el laboratorio	0,70-0,89
Vigilancia basada en factores de riesgo	0,50-0,89
Revisión dirigida o selectiva de la historia clínica	0,85
Revisión total de la historia clínica	0,90

La sensibilidad se compara con un standar de referencia basado en la revisión por equipo de los CDC especialmente entrenados

(2) Formulario de recogida de datos:

1. Nombre
2. Nº de historia
3. Edad
4. Sexo
5. Juicio clínico de entrada
6. Día del ingreso
7. Unidad donde está ingresado
8. Técnicas a las que ha sido sometido
9. Factores de riesgo para adquirir una infección nosocomial que padezca
10. Día en que aparece la infección
11. Cómo se detecta
12. Microorganismos responsables de la infección

Formulario de recogida de datos

BIBLIOGRAFÍA

- M. Rebagliato et al. Metodología de Investigación en Epidemiología. Madrid, Díaz de Santos, 1996.
- José María Aguado et al. Medicina Interna (Farreras/ Rozman) Barcelona, Mosby- Doyma Libros S.A., 1995/6.
- Alberto Vasco Uribe, Curso de Metodología de la Investigación en Salud. Barcelona, IDER S.L., 1993.
- Molina R-M, Pitt C, Ruiz A. Control de la infección hospitalaria en España. Rev ROL Enf. 1995; 199:61-65.
- Pi-Sunyer M-T, Barrio J-L. Estudios de vigilancia y control de la infección nosocomial. Rev ROL Enf. 1992; 167-168:12-14.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 200 MILLONES
DE PESETAS**

*¡No te olvides!
Tu seguridad, ante todo*



ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA

I^{er} Simposium Andaluz de Investigación en Enfermería



Sevilla, 19 y 20 de Marzo de 1998

"investigar para avanzar"

se amplía el plazo de admisión de comunicaciones al 15 de enero de 1998

Secretaría: Colegio Oficial de Enfermería. Avda. Ramón y Cajal 10. Telf.: 493 38 00