

Revista Científica



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 40, Año XI 3º Cuatrimestre del 1998

Colegio de Enfermería de Sevilla

Unidades de enfermería

**Aproximación al perfil del usuario de la residencia
asistida de Montequinto**

**Plan de cuidados de enfermería en pacientes
sometidos a laminectomía lumbar**

Cuidados de enfermería ante la sarna noruega

Parto de urgencias

**Educación para la salud en pacientes intervenidos
de hernia inguinal en cirugía mayor ambulatoria**

**Factores que influyen en la estancia hospitalaria
anteparto**

**Análisis económico de la política de administración
de inhaladores de gas presurizado**

**Educación Sanitaria en televisión sobre la
ingestión de líquidos en el anciano**

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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

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



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

Unidades de enfermería

El S.A.S. en su Plan Estratégico establece varios retos, siendo uno de ellos el de "Otorgar mayor autonomía al profesional", identificando a la Gestión Clínica como herramienta que facilite dicha autonomía, transfiriendo así la responsabilidad asistencial y la gestión de recursos, mejorando consecuentemente la calidad y cantidad de las prestaciones sanitarias a los usuarios.

En esta línea se pretende que las Unidades con acuerdo de Gestión Clínica, potencien la capacidad de los profesionales para autogestionarse y que exista libertad de relación entre el paciente y el profesional sanitario.

Así podemos decir, que la Gestión de Cuidados forma parte de la Gestión Clínica, siendo su principal objetivo el adecuar la oferta de cuidados de enfermería a las demandas de los usuarios, por lo que una de las unidades susceptibles de descentralizarse con acuerdos de Gestión Clínica, son sin lugar a dudas las UNIDADES DE ENFERMERÍA.

Pero debemos demostrar una vez más, que nuestro colectivo está capacitado y dispuesto para aceptar esta responsabilidad, trabajando y diseñando modelos que nos permitan definir y cuantificar nuestro producto, apoyado por un sistema de información que nos posibilite relacionar la **cantidad con la calidad y el coste del mismo**. Esto no se hace de otra manera que no sea identificando las Unidades de Enfermería, definiendo su cartera de servicios, el coste de su producto y las características del mismo a que nos comprometemos, a través de unos determinados indicadores de calidad y asistenciales, exigiéndonos una formación posgrado que nos permita mantener constante nuestro desarrollo profesional y nos meta de forma definitiva en el campo de la investigación; quedando todo ello plasmado en "**Contratos de Gestión**" en forma de objetivos muy claros y medibles con un sistema de información que nos permita hacer el seguimiento y evaluación del desempeño de los profesionales y con una **Cuenta de Resultados** donde los gastos sean los recursos humanos y materiales que se necesiten y los ingresos vengan establecidos por la "facturación" de nuestro producto a las Unidades Clínicas al precio que estimemos.

Tenemos que ser conscientes que el "**camino más largo comienza con el primer paso**", y que debemos dejar aparcado en un lado los pensamientos que siempre estamos utilizando de forma rutinaria, impidiéndonos además empezar el camino, y que siempre alude a las dificultades que nuestro colectivo tienen en el desempeño diario de sus actividades, por lo que desde aquí pido que seamos valientes y asumamos riesgos, demostrando nuestra **capacidad, responsabilidad y madurez en la gestión de nuestros cuidados**.

Jesús Álvarez Jiménez

Director de Enfermería del A.H. Virgen Macarena. Sevilla

EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Ángel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCIÓN

Carmelo Gallardo Moraleja

Mª Dolores Ruiz Fernández

Mª Josefa Espinaco Garrido

Amelia Lerma Soriano

Mª Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

Mª Eugenia Jiménez de León

Alfonso Álvarez González

Encarnación Jiménez García

Hipólito Gallardo Reyes

TIRADA

8.000 ejemplares

ISSN

1.137-7178

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 89032 R.

MAQUETACIÓN, FOTOMECAÁNICA E

IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Telf. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

Sumario

HYGIA

Nº 40

3
tres

Unidades de enfermería

5
cinco

Aproximación al perfil del usuario de la residencia asistida de Montequinto

11
once

Plan de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a laminectomía lumbar

16
dieciseis

Cuidados de enfermería ante la sarna noruega

19
diezanueve

Parto de urgencias

24
veinticuatro

Educación para la salud en pacientes intervenidos de hernia inguinal en cirugía mayor ambulatoria

28
veintiocho

Factores que influyen en la estancia hospitalaria anteparto

32
treintidos

Análisis económico de la política de administración de inhaladores de gas presurizado

39
treinta y nueve

Educación Sanitaria en televisión sobre la ingestión de líquidos en el anciano

Rocío Bravo
Lozano
Colegiado
nº 11.068
Título:
"Quejigos
nevados"



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

Aproximación al perfil del usuario de la residencia asistida de Montequinto

Mercedes Soldevila Rodríguez¹.

Concepción Nieto Morales².

Alejandra Durán Navarro¹.

Macarena Acosta Fernández³.

María del Mar Cabrera Gago⁴.

¹D.E. Auxiliar de Enfermería. ²Trabajadora Social. Auxiliar de Enfermería. ³Psicóloga. Auxiliar de Enfermería.

⁴Educadora Especial. Auxiliar de Enfermería.

Residencia Asistida de Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla).

I. Introducción

¿Qué se entiende por envejecimiento de la población?

Según el demógrafo francés Roland Pressat, el envejecimiento de una población es una "modificación progresiva de la distribución por edades de los miembros de esta población, que da peso cada vez más considerable a las edades avanzadas y correlativamente un peso cada vez más bajo a las edades jóvenes".

Hay que estudiar el proceso del envejecimiento desde una doble perspectiva: a) individual, b) colectiva.

Desde la perspectiva individual se aborda el envejecimiento desde el triple aspecto biológico, psicológico y social.

La perspectiva colectiva se refiere al envejecimiento de la población y sus consecuencias económicas y sociales.

El proceso de envejecimiento afecta fundamentalmente al mundo desarrollado, siendo Europa el continente más poblado (100 hab/Km²) y con distribución más homogénea. En este envejecimiento de la población intervienen una serie de factores:

- * 1. Disminución de la natalidad; es sin duda el factor básico del envejecimiento demográfico ya que produce una reducción inmediata de población infantil, es de decir, se produce un envejeci-

miento por la base de la pirámide que a la vez se traduce en un aumento proporcional de la población anciana.

- * 2. Aumento de la esperanza de vida. La suma de ambos factores significa para las poblaciones de los países más desarrollados un envejecimiento por partida doble.
- * 3. Los movimientos migratorios: pueden alterar la pirámide de edad de una población. La inmigración rejuvenece la población del lugar de destino; por el contrario la emigración envejece la población de origen.

En la vejez hay una disminución de las funciones fisiológicas, una menor capacidad de adaptación a esfuerzos físicos, una mayor frecuencia de enfermedades crónicas e incapacidades y una serie de enfermedades que vienen ocasionadas por crisis sociales, como la jubilación, la viudedad etc.

Es en esta etapa de la vida donde hay una relación más estrecha entre los problemas de salud y la situación social; ambos están interrela-

cionados y por lo tanto debemos pensar en la salud desde un punto de vista biosocial.

En la Residencias asistidas las personas mayores presentan algún grado de dependencia. Hablamos de dependencia, no de pérdida de autonomía.

La "autonomía" es la capacidad de una persona de elegir por sí mismas las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentran dispuestos a asumir. En suma, autonomía es elegir y conducir la propia vida.

La "dependencia" se produce, cuando una persona no realiza sin ayuda (porque no puede o no quiere) actividades consideradas básicas, como levantarse, comer, andar, etc.

Toda residencia debería tener como objetivo general de la atención, "facilitar el mantenimiento de



Son frecuentes las incapacitaciones físicas en los ancianos, derivadas de enfermedades degenerativas o neurológicas.



Aunque las necesidades básicas están cubiertas en las residencias, es su propio hogar el lugar ideal para vivir esta etapa de la vida.

la autonomía de la persona mayor".

La diferente procedencia de los ancianos determina la propia idiosincrasia de la Residencia, que puede tener poco que ver con la comunidad a la que pertenece. De esta forma se favorece poco la integración del anciano en la Residencia, ya dificultada por las propias características de la institucionalización.

Una idea contra la que es necesario luchar es aquella que manifiesta reiteradamente que el problema del paciente psicogerátrico viene dado por su falta de adaptación al medio. Mucho más lógico sería empezar a pensar en cómo adaptar el medio a las necesidades del anciano y no al revés.

GERIATRÍA

Implantada en España desde 1978; la geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y enfermedad de los ancianos.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

El concepto de trastorno adaptativo se entiende como un fracaso de

los procesos mentales necesarios para hacer frente a un estresante identificable que supone una alteración de la homeostasis psíquica. La procedencia de estos trastornos se considera entre un 5% y un 20% de la población general, según las evaluaciones diagnósticas empleadas.

Los rasgos de personalidad son fundamentales a la hora de considerar las posibilidades adaptativas del sujeto, por ello no se pueden entender las dificultades adaptativas solamente bajo el concepto de acción-reacción, ya que para lo que un individuo resulta traumático, para otro puede integrarse en su psiquismo sin descompensarse. El cambio de rol familiar sufre profundos cambios en el periodo de envejecimiento la sensación que a menudo viven los ancianos que han depositado intensas expectativas en los hijos es de cierto abandono, cuando estos emprenden su propio camino, creando su propia familia, con las exigencias laborales y sociales, tan diferentes de la generación precedente. El rol del abuelo no está suficientemente valorado en nuestra sociedad y a menudo se vive como un papel secundario sin valor en la estructura familiar.

Los hospitales de día o las ayudas

a domicilio son situaciones intermedias que evitan ingresos, que pueden ser negativos por una doble razón: favorecen el desahogo y los cuadros confusionales, y son mucho más caros desde el punto de vista socioeconómico.

Hay medidas a tener en cuenta:

- * Evitar las situaciones potenciales de riesgos físicos.
- * Mantenerlo físicamente activo, evitando tratados como seres inertes a los que hay que hacerles todo.
- * Regular horario sueño-vigilia, no dejarle dormir durante el día, sino mantenerlo activo.
- * Personalizar la atención que se presta en aseos, como en comidas y no dar la impresión de tener prisa, lo que contribuye a atenderlos más.
- * Reacción cálida pero siempre respetuosa.
- * Mantenerlos limpios y aseados para evitar la sensación decrepitud y abandono, lo que refuerza su autoestima.
- * Mantenerlos informados, darles puntos de referencia de la realidad, del espacio en que se encuentra, la fecha, etc., todo lo que facilite la orientación.
- * Dar instrucciones simples y claras, no dando demasiada información de golpe, que no se asimila y lleva al aturdimiento.
- * Mantener el contacto con el exterior; si es posible facilitar salidas temporales con familiares o amigos, u otros grupos que le acepten.
- * Favorecer el encuentro entre ellos en grupos, actividades diversas lúdico-culturales.
- * Terapia ocupacional, terapia física y rehabilitadora.
- * Ayudará mucho al residente a disminuir la ansiedad y la confusión manteniendo la habitación iluminada, tranquila, sin ruidos, con personas próximas a ellos.

- * Procurar darle el máximo de autonomía en sus actividades y después supervisarlas.

Reforzarle la autonomía subrayando lo que hacen bien. Tener en cuenta que el grado de lucidez y capacidad pueden variar de un día a otro.

En muchos casos está indicada la terapia de apoyo, los grupos de terapia, la terapia social, rehabilitadora y la terapia de familia.

Es importante tener en cuenta cual ha sido la elección de ingresar en una residencia, pues esto depende de cada persona:

- * Hay quienes optan por vivir en una residencia para dejar lejos la soledad del domicilio particular e integrarse en una dinámica de convivencia con gente de su edad que les permita además desarrollarse cultural y socialmente, otros eligen la residencia debido a su situación familiar, económica y social, y otros lo hacen porque necesitan de cuidados sanitarios y no pueden ser atendidos en su domicilio.
- * El tratamiento de los ancianos debe estar dirigido a una interrelación de los siguientes ámbitos:
 1. Médico
 2. Psicoterapeuta
 3. Rehabilitador
 4. Terapeuta ocupacional
 5. Enfermería

MARCO LEGAL

Plano constitucional

- Art. 50.

Los poderes públicos garantizarán mediante previsiones adecuadas y periódicamente actualizadas la suficiencia económica, a los ciudadanos durante la 3ª edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán su necesidad de salud, vivienda, cultura y ocio.



La relación con el entorno, condiciones económicas, culturales y físicas, pueden verse afectadas según las haya vivenciado el anciano.

PLAN NACIONAL DE ASISTENCIAS A LOS ANCIANOS

- Aprobado por orden del Ministerio de Trabajo, de 26 de Febrero de 1971.

La acción directa del plan comprende las realizaciones propias efectuadas por el servicio social de la Seguridad Social de Asistencias a Pensionistas; integrado por:

- * Hogares y clubes de pensionistas en los que se promueve-

rá la convivencia de los socios y se facilitará la atención geriátrica, alimenticia, recreativa, cultural, de asesoramiento, de terapia ocupacional y cualquier otra que complementa esta acción asistencial.

- * Residencias donde podrán ingresar los pensionistas que pueden valerse por sí mismos.
- * Centros geriátricos que constarán de:



Para disminuir la ansiedad y confusión es necesario favorecer las actividades grupales, terapia ocupacional, física y rehabilitadora.



La mayor longevidad de la mujer, hace que el porcentaje de residentes sea del 71,4% frente al 28,6% de hombres.

- Residencias asistidas para pensionistas que no puedan valerse por sí mismos.
- Sanatorios geriátricos, de rehabilitación cuyo fin será: tratamiento y diagnóstico precoz, rehabilitación de inválidos y tratamientos especiales de carácter quirúrgico y postoperatorio.
- Centros de día: donde en régimen de externado, se seguirán los necesarios tratamientos de rehabilitación.
- * Turno de vacaciones en residencias y balnearios.
- * Ayuda a domicilio, a los pensionistas que por su estado de salud lo requieran, limpieza del hogar, aseo personal, asistencia médica.

Estas prestaciones a los ancianos están dirigidas y coordinadas por las Comunidades Autónomas.

RESIDENCIA ASISTIDA

Centros destinados a ancianos incapacitados que precisan una asistencia continuada para la realización de las actividades de la vida diaria y que por su problemática sociofamiliar y económica, no

pueden ser atendidos en su propio domicilio.

La residencia asistida debe ofrecer servicios idóneos para la asistencia integral de estas personas. Suelen reunir las siguientes condiciones psicofísicas:

- * Incapacitados con secuelas de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- * Los que por inmovilidad prolongada presentan grave dificultad para la deambulación.
- * Ancianos con más de 65 años que tienen dificultades para valerse por sí mismos.
- * Dependientes por causas psíquicas que no presenten un trastorno grave en su comportamiento, o los incapacitados para la normal convivencia.

II. Objetivos de la investigación

Identificar los factores que pueden condicionar el grado de adaptación del anciano a una Residencia Asistida.

Este fue el primer objetivo que nos habíamos marcado, y el cual nos vimos obligado a modificar, debido a que la primera encuesta tenía ciertas preguntas muy íntimas, relacionadas con la familia, economía, etc., y los ancianos se mostraban reacios a contestar; por lo cual cambiamos el objetivo y la encuesta.

Por nuestra parte nos parece un tema muy interesante y no descartamos la posibilidad de realizar este trabajo de investigación en un futuro inmediato.

El siguiente objetivo que elegimos fue acercarnos al perfil del anciano de la Residencia de Montequinto.

III. Técnicas Utilizadas

En esta investigación se realiza un cuestionario que se pasa a 49 residentes a través de una entrevista directa y personal con cada uno de ellos.

Este cuestionario consta de 37 preguntas con respuestas cerradas y abiertas. En estas preguntas se analizan unas series de variables como son: edad, sexo, estado civil, número de hijos, tipo de asistencia que necesita, etc.; por considerarla relevantes por el motivo de nuestro estudio.

El cuestionario se realiza mediante una entrevista estructurada en la cual las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos. Esta entrevista se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado.

Este tipo de entrevistas se utiliza para obtener información de una muestra relativamente amplia de sujetos, al menos de unos veinte de ellos. Esta modalidad de entrevista nos permite abordar los problemas desde una óptica general, no en su profundidad.

Con este tipo de entrevistas se consigue minimizar los efectos del

entrevistador preguntando el mismo cuestionario y de la misma forma a cada persona. Las preguntas son abiertas y cerradas.

Las abiertas se formulan para obtener respuestas expresadas en el propio lenguaje del entrevistado y sin límites precisos en la contestación. Las cerradas se formulan para obtener respuestas confirmatorias o desestimatativas ante una proposición.

La elección de las preguntas está condicionada por diversos factores: naturaleza de la información que se desea obtener, nivel socio cultural de quienes van a ser interrogados, característica, modalidades, costumbres, conflictos, hábitos de las personas a los que se va a preguntar. Es evidente que no existen reglas generales útiles para todas las entrevistas.

IV. Metodología de trabajo

Esta investigación ha sido realizada mediante un estudio descriptivo y cualitativo realizado a una muestra de 49 personas de la Residencia asistida de Montequinto (Sevilla). Esta muestra ha sido elegida de una forma aleatoria perteneciente a una población de 250 personas que se encuentra en la residencia y que reúnen una serie de características, algunas de las cuales son:

- Sexo: peso específico de mujeres sobre hombres.
- Antigüedad en la residencia.
- Estado civil.
- Número de hijos.
- Nivel cultural.
- Relaciones familiares.
- Relaciones con compañeros, etc.

V. Ámbito de la aplicación

La muestra sobre la que se ha realizado el trabajo la constituyen per-

sonas de tercera o cuarta edad ingresados en la Residencia asistida de Montequinto en Sevilla. Se ha elegido este centro por ser pionero en España y por ser nuestro lugar de trabajo, en el cual desempeñamos el puesto de auxiliar de enfermería.

Esta Residencia se inaugura en Octubre del año 1984 acogiendo desde entonces a ancianos con ciertos grados de dependencia en régimen permanente. Tiene un total de 250 residentes de los cuales un 60% son dementes, 12.5% están encamados, el 45.3% utilizan sillas de ruedas, el 12.9% utilizan andadores y el 29.3% deambulan sin ayuda.

Esta residencia ofrece una asistencia sociosanitaria interprofesional. Para ello cuenta con una serie de profesionales como son: médicos, enfermeras, aux. enfermería, psicólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, trabajadora social, coordinador de enfermería, celadores, gobernantas, administrador, administrativos, servicio doméstico, podólogo, etc.

VI. Perfil del residente

El perfil del anciano institucionalizado en la Residencia Asistida de Montequinto se puede encontrar en una persona mayor de 80 años de sexo femenino preferentemente viudas, de profesión ama de casa y por tanto con bajo nivel cultural pues no presentan ningún estudio, con una pensión de la seguridad social comprendida entre 51.000 a 60.000 ptas. que le corresponde por su condición de viudedad, que provienen de su domicilio y han ingresado en la residencia por motivo de enfermedad, no suelen tener hijos pero mantienen relaciones con su familia, y con sus compañeros de residencia, aunque afirman un elevado aburrimiento pero ninguna iniciativa para mejorar esto, aunque se sienten satisfechos de la resi-

dencia no se lo aconsejarían a nadie prefiriendo vivir en su casa.

VII. Conclusión

La residencia es una alternativa al propio hogar, pero no constituye una alternativa deseada de carácter positivo para la mayor parte del anciano. Los motivos del ingreso en residencias asistidas, han sido debido a: enfermedad, familia, economía, pero en su mayoría encontramos que van entrelazadas.

Las familias extrarresidenciales, como son centros de día, ayudas a domicilio, teleasistencia, etc., podrían evitar algunos ingresos, aumentando el nivel de satisfacción de estas personas.

Actualmente la sociedad tiene rasgos competitivos y rapidez de obtención de beneficios económicos, todo ello, alejado de valores y bienes que ofrecen y propician la vejez.

La residencia altera profundamente sus costumbres y producen desarraigos de tradición, ambientes y familia, produciendo en el anciano ingresado sentimientos de soledad, abandono y sufrimiento. Se debería fomentar y favorecer la solidaridad entre generaciones, ya que el anciano es el espejo en el que todos nos veremos.

Creemos que el anciano siempre que sea posible debe permanecer en su hogar y la residencia quede sólo para casos extremos.

En la residencia se reduce su actividad, lo que aumentan los motivos de insatisfacción, y cuando las necesidades básicas están cubiertas surgen otras necesidades como es el afecto, cariño, etc.

La residencia intentan crear un ambiente familiar, percibiéndose artificial por muchos. La vida del anciano internado tiende a regirse básicamente por los ritmos biológicos más elementales (comer, dormir ...), pero es muy importante no descuidar otros aspectos a la hora de ofrecerles más cuidados

integrales. Destacamos entre otros objetivos la atención a los residentes:

- Mejorar y mantener su capacidad funcional.
- Prevenir que aumente su dependencia.
- Diseñar proyectos de anima-

ción socio-cultural, que fomenten su participación y reduzcan su aburrimiento.

- Fomentar las relaciones sociales de los residentes tanto dentro como fuera de la institución.
- Implicar a la familia para que colaboren más en la adaptación del anciano.

- Reforzar positivamente el desarrollo cognitivo y físico del anciano.

La convivencia junto con las relaciones interpersonales son difíciles y en una residencia mucho más, además se agravan si se mezclan dementes con personas que no lo son.

BIBLIOGRAFÍA

"Manual del perfecto sociólogo" (Madrid 1997). MIGUEL DE ARMANDO

"La atención socio-educativa con personas mayores. Reflexión desde los Servicios Sociales de Andalucía". (Sevilla 1996) MALAGÓN BERNAL, J.L.

"Factores condicionales del ingreso en centros residenciales de la tercera edad". (Murcia 1992). FERNÁNDEZ RUIZ, JESÚS

"Sociología de la vejez" (Madrid 1992). VDP.

"Sistemas de evaluación de Residencia de Ancianos".. MINISTERIO DE ASUNTO SOCIALES (1995)

"Guía de atención a la salud del anciano". S.A.S.

"Guía para la tercera edad". MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

"La atención a las personas mayores" (Madrid 1993). VARIOS AUTORES

"Gerontología Social envejecimiento y calidad de vida" (Barcelona 1989). MARANGAS MARANGAS, RICARDO

"Orientación y diagnóstico multiprofesional" procedimientos, técnicas e instrumentos de diagnósticos.. GARCÍA GIMÉNEZ, EDUARDO, ROMERO RODRÍGUEZ, SOLEDAD

"Técnicas de investigación social" (Buenos Aires 1980). ANDER-EGG

"Calidad de vida en las personas mayores de Andalucía". INSTITUTO DE ESTUDIOS AVANZADOS DE ANDALUCÍA. SÁEZ MÉNDEZ HILARIO

Revista "Salud entre todos" número 70 (abril 1997). CONSEJERÍA DE SALUD-JUNTA DE ANDALUCÍA

"Revista 3ª edad Magazine" (marzo 1997). REVISTA TÉCNICA Y SOCIAL SOBRE LA 3ª EDAD. FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE 3ª EDAD

"Memoria de la unidad de servicios sanitarios" (1996). RESIDENCIA ASISTIDA DE MONTEQUINTO. VARO RUIZ, RAFAEL (COORDINADOR)

Plan de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a Laminectomía Lumbar

María Lara Buzón¹.

Cristóbal Sánchez García².

Inmaculada Paneque Sánchez-Toscano³.

¹Enfermera. Servicio de Neurocirugía. ²Enfermero. Supervisor. Servicio de Neurocirugía. ³Enfermera. Coordinadora Planes de Cuidados H.R.T.

Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción

El Plan de Cuidados que a continuación vamos a desarrollar supone la normalización de la práctica para uno de los principales tipos de pacientes ingresados en nuestra Unidad.

En él, se propone una serie de cuidados metodológicos en función de los problemas que habitualmente se detectan.

Es un proceso que se está llevando a cabo en todo nuestro hospital y con el que perseguimos una serie de objetivos:

Homogeneizar los cuidados enfermeros para una categoría concreta de pacientes por medio de una unificación de criterios.

Proporcionar continuidad en los cuidados.

Asegurar la calidad.

Familiarizar a los profesionales de nueva incorporación.

Por último, y antes de analizar dicho plan, decir que también se ha elaborado una hoja de registro de evolución del plan de cuidados, donde se pueden identificar rápidamente patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente.

PLAN DE CUIDADOS



El Plan de Cuidados supone la metodología de la actuación de Enfermería.

Ésta se complementa con la hoja tradicional de evolución de Enfermería de tipo narrativo.

Asimismo, y una vez que el enfermo es dado de alta hospitalaria, se hace entrega por parte del personal de Enfermería de una hoja de recomendaciones que se deben tener en cuenta tras haber sido sometido a cirugía, y que deberán leer con detenimiento y preguntar dudas respecto al contenido de la misma.

La laminectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se extraen una o más láminas vertebrales para exponer la médula espinal y estructuras cercanas.

Se realiza sobre todo para extirpar el disco intervertebral (núcleo pulpos) que se ha herniado y ejerce presión sobre la médula ó raíces nerviosas raquídeas.

Las hernias de disco más frecuentes son las lumbares inferiores (L4 - L5) y lumbosacras (L5- S1)

También se realizan laminectomías cuando hay una compresión de la médula por fracturas, hematomas, abscesos, ó para la extirpación de tumores medulares.

Algunas veces la laminectomía se acompaña de una fusión de la columna mediante fragmentos

DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON :

- HOSPITALIZACIÓN
- INTERVENCIÓN
- POSTOPERATORIO



Único Diagnóstico Enfermero (D.E.) de nuestro Plan de Cuidados.

óseos, cuerpos metálicos, etc. que van a determinar una recuperación bastante más larga y compleja.

Este **PLAN DE CUIDADOS** se centra en un paciente sometido a laminectomía lumbar por H. N. P. sin artrodesis vertebral. Y describe los cuidados que se deben administrar a pacientes que presenten los problemas habituales ó predecibles asociados a la laminectomía lumbar.

Los problemas los diferenciamos en dos tipos:

1. - Diagnósticos de enfermería (DdE). Son problemas cuya responsabilidad recae directamente sobre Enfermería, tanto en su detección como en las acciones para eliminarlos ó mejorarlos.

2. - Problemas interdependientes (P. I.). Son problemas cuya responsabilidad recae sobre Enfermería y otros profesionales, generalmente Médicos, y de ambos parten la identificación y las acciones a realizar.

En el Plan de Cuidados se ha utilizado la taxonomía de la NANDA para nombrar los problemas identificados a partir del modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Para los Problemas Interdependientes se ha utilizado la terminología médica.

Diagnóstico de enfermería

Déficit de conocimientos relacionados con la hospitalización y/o la intervención y/o el desarrollo postoperatorio, como único Diagnóstico Enfermero.

Ausencia ó déficit de información cognitiva relacionada con un asunto específico.

Necesidad alterada: Aprendizaje, comunicación.

Características definitorias:

Verbalización del problema
Con frecuencia solicita información

Comportamiento exagerado ó inapropiado, por ejemplo, apatía, depresión y hostilidad, histeria, etc.

Objetivo: El paciente y/o familiar no presentarán dudas sobre la hospitalización y aspectos preoperatorios y postoperatorios antes de la intervención. Demostrarán además haber comprendido la información recibida.

Plan de cuidados

- * Presentación del personal por sus nombres cuando sea recibido en la planta y en los cambios de turnos.
- * Orientación en la habitación: información sobre horarios de comidas, visitas médicas y de familiares.
- * Explicar algunos aspectos sobre la rutina preoperatoria (día probable de intervención, pruebas complementarias, ayunas, preparación de la piel y aseo general, etc.)
- * Responder a sus preguntas dando información fiable y adecuada. Avisar al médico si el paciente requiere más información.
- * Informar sobre el postoperatorio para evitar complicaciones:

Iniciar actividad progresiva a las 24 - 48 horas después de la intervención dependiendo siempre del criterio médico.

- * Evitar la flexión, hiperextensión, giro ó torsión de la columna.
- * Enseñar una correcta alineación corporal y a cambiar de postura girándose sobre sí mismo.
- * Mientras esté encamado, informar de la importancia de toser y respirar profundamente, con la espalda firmemente apoyada en el colchón con lo que se inmovilizará la incisión. Y la importancia de realizar ejercicios de tobillos y pies.
- * Enseñar a mantener la alineación de la columna al salir de la cama y a usar brazos y piernas para reducir la tensión de la espalda.
- * Explicarle que el entumecimiento y el dolor preoperatorio pueden continuar en el postoperatorio debido a la irritación nerviosa y edema postquirúrgico. Debe saber que pueden existir espasmos musculares.

Problemas interdependientes (P. I.)

Todos los P. I. los vamos a considerar como complicaciones potenciales (C. P.).

A la hora de la valoración determinaremos si en el paciente concreto en el que se lleva a cabo éste plan standar, el problema es real (existe) ó es potencial (no existe, aunque puede aparecer en cualquier momento).

Además de la relación de problemas potenciales que se indicarán a continuación, habrá que detectar, valorar, y controlar otros problemas existentes de salud del paciente concreto (diabetes, hipertensión, etc.)

Complicaciones potenciales:

- * Deterioro sensitivo y motor.
- * Fístula cefalorraquídea, infección, meningitis.
- * Íleo paralítico.
- * Retención urinaria.
- * Dolor.

C. P.: Deterioro sensitivo y motor, previo y posterior a la intervención

Objetivo

Valorar, controlar, detectar y prevenir ésta complicación.

Actividades

- * Controlar la función sensitiva y motora de las extremidades inferiores en el postoperatorio cada 4 horas durante las primeras 24 ó 48 horas:
- * Disminución de la sensibilidad
- * Aumento de entumecimiento, hormigueo, etc.
- * Disminución de la movilidad y fuerza.

Si aparecen éstos déficits notificar inmediatamente al médico.

- * Prevenir el deterioro mante-



Es imprescindible evaluar alteraciones pre y postquirúrgicas.

niendo una correcta alineación corporal en cama y girándolo en bloque.

- * Si hay una caída de los pies porque exista un deterioro, inmovilizarlos con almohadas por ejemplo, e iniciar ejercicios pasivos de amplitud de movimientos.
- * Administrar corticoides según prescripción y anotarlo.

C. P.: fístula cefalorraquídea, infección, meningitis.

Objetivo

Valorar, controlar, detectar y prevenir éstas complicaciones.

Actividades

- * Observar al paciente por turno para detectar fuga de L. C. R. (anillo claro ó rosáceo sobre el apósito).
- * Determinar análisis positivo del drenaje a la glucosa.
- * Determinar si el paciente tiene cefaleas.
- * Notificar rápidamente al médico el drenaje de L. C. R.
- * Colocar en decúbito prono y poner saco de arena ó vendaje compresivo.
- * Cambio de apósito cuando esté humedecido con técnica aséptica.
- * Control de temperatura en el postoperatorio.

- * Valorar la existencia de infección manifestada por eritema, tumefacción, calor, sensibilidad dolorosa a la palpación (todo ésto a nivel local, infección de la herida).
- * Valorar la aparición de signos y síntomas de meningitis:
 - fiebre, escalofríos, malestar general.
 - cefaleas
 - rigidez de nuca.
 - fotofobia.
 - Notificar al médico dichos síntomas.
- * Administrar antibióticos según prescripción y anotarlo.

C. P.: íleo paralítico.

Objetivo

Valorar, controlar, detectar y prevenir el íleo paralítico.

Actividades

- * Valorar la ausencia de ruidos intestinales y un abdomen distendido que pueden ser indicativos de un íleo paralítico.
- * Valorar la presencia de náuseas, vómitos y aumento del dolor de espalda. Si es preciso, mantener S. N. G. según protocolos existentes.
- * Notificar al médico cualquier sospecha de íleo paralítico para su tratamiento.



Complicaciones infrecuentes pero graves de las laminectomía

- * Para prevenirlo, animar a una actividad gradual que promueva el peristaltismo en cuanto sea posible, como por ejemplo la deambulación.

C. P.: Retención urinaria

Objetivo

Valorar, controlar, detectar y prevenir la retención urinaria.

Actividades

- * Valorar signos y síntomas de retención urinaria como incapacidad para orinar, distensión vesical, micciones frecuentes de pequeña cantidad, etc.
- * Estimular la micción con algunas medidas como:
 - incorporar al paciente a las 12 horas si es posible.
 - verter agua caliente sobre el perineo.
 - proporcionar intimidad.
- * Si el paciente tiene molestias vesicales o no ha orinado en las 12 horas siguientes a la intervención, consultar sondaje intermitente vesical.

C. P.: Dolor, espasmos musculares, relacionados con la enfermedad en el preoperatorio y el trauma y edema

postquirúrgico en el postoperatorio.

Objetivo

Valorar, controlar, prevenir y aliviar el dolor.

Actividades

- * Valorar la presencia de dolor y parestesias antes y después de la intervención.
- Explicarle que es normal después de la intervención el dolor, espasmos musculares y parestesias, debido al trauma quirúrgico y al edema.
- Indicarle que irán disminuyendo y recuperando la sensibilidad normal conforme vaya desapareciendo el edema.
- * Mantener de 24 a 48 horas reposo en cama después de la intervención según criterio médico.
- * Conservar correcta alineación corporal.
- * Evitar girar, flexionar o hiperextender la columna. Al movilizarlo, girarlo sobre sí mismo.
- * Mantener en decúbito lateral con las piernas dobladas hacia arriba y la espalda apoyada en almohadas. O decúbito supino con la cabecera ligeramente elevada con rodillas flexionadas.

Evitar el decúbito prono.

- * Evitar la tensión o el esfuerzo en la zona intervenida al toser, estornudar, evacuar, etc.
- * Cuando sea apropiado iniciar la actividad, hacerlo gradualmente y manteniendo en todo momento una alineación corporal correcta:
 - Enseñar al paciente a levantarse de la cama usando brazos y piernas.
 - Deambular y sentarse durante cortos espacios de tiempo.
 - Administrar relajantes musculares y analgésicos según prescripción valorando sus efectos y documentándolos.

Recomendaciones de enfermería al alta

1. - Debe notificar al médico si aparecen los siguientes síntomas:

Cambios en la movilidad, sensibilidad, color o dolor en las extremidades pasados varios días después de la intervención.
Aumento del dolor o presencia de líquido en la zona operatoria.
Cefaleas o dolor de cabeza persistente.
Aumento de la temperatura (fiebre).
Pérdidas o cambios en la función intestinal o vesical (presencia de estreñimiento o pérdidas anormales de orina)

2. - Debe evitar lo siguiente:

Doblar la cintura de manera brusca.
Girar la columna.
Subir grandes trayectos de escaleras. Si es necesario descanse con frecuencia.



Las recomendaciones de Enfermería suponen la continuidad de los cuidados.

Permanecer mucho tiempo sentado.

Trabajos pesados en los tres primeros meses después de la intervención, ó hasta revisión en Consultas Externas.

Ir en coche durante largos períodos de tiempo ó largas distancias. Si es necesario, pare con frecuencia y dé breves paseos.

3. - tener en cuenta estas precauciones para evitar la tensión en la espalda:

Cambiar el peso del cuerpo de una pierna a otra cuando esté de pie y si es posible usar una banqueta pequeña para apoyar un pie. Sentarse con las rodillas más altas que las caderas en sillas duras con respaldo alto.

Adelantar una rodilla a la otra para levantarse, apoyando la mano sobre la rodilla más adelantada.

Usar una mecánica corporal adecuada: para agacharse doblar las rodillas en lugar de la cintura, y transportar objetos cerca del cuerpo

Mantener una buena postura al sentarse ó estar de pie.

No utilizar zapatos de tacón alto.

Evitar cargar objetos pesados.

Cuando duerma de lado, flexione las rodillas.

Con las manos apoyadas en una mesa, haga suaves ejercicios de flexión hacia adelante y hacia detrás de la cintura. Asimismo, flexione poco a poco las rodillas y repita los ejercicios de flexión pero ahora hacia la derecha y hacia la izquierda.

Reanude las relaciones sexuales siempre y cuando su estado se lo permita.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO, R. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. GUÍA PRÁCTICA. 3ª EDICIÓN. MOSBY / DOYMA. MADRID 1996.
2. CARPENITO, L. J. PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACIÓN EN ENFERMERÍA. EDITORIAL INTERAMERICANA. McGRAW-HILL. MADRID, 1994.
3. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 1995-1996. EDITORIAL MOSBY / DOYMA LIBROS. MADRID 1995.
4. HOLLOWAY, N. M. PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. EDITORIAL DOYMA. BARCELONA, 1. 990.
5. WESONCK, B. ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA CUIDADOS DE ENFERMERÍA. EDITORIAL DOYMA. BARCELONA, 1993.

Cuidados de enfermería ante la Sarna Noruega

**María del Carmen Castilla Álvarez¹,
Rosa María Morillo Cadierno²,**

¹Diplomada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Doctorada en Salud Mental. ²Diplomada en Enfermería. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital de San Lázaro. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

RESUMEN

La sarna, es una infestación emergente, favorecido esto, fundamentalmente por condiciones sociales comunes hoy en día, tales como, pobreza, hacinamiento, drogodependencia, promiscuidad sexual, y condiciones de deterioro del estado de la salud, con mayor o menor grado de depresión del sistema inmune, como son, la infección por el VIH, malnutrición, neoplasias, etc.

El reconocimiento de los factores de riesgo para padecerla, del cuadro sintomático y de las lesiones cutáneas más características, es muy importante, para poner en marcha los mecanismos preventivos y de control necesarios.

La sarna noruega, es una variante severa de la sarna, con alta contagiosidad, y que requiere medidas específicas de control.

PALABRAS CLAVE:

Sarna, Transmisión, Prurito, Hiperqueratosis, Cuidados



La sarna noruega es altamente contagiosa, siendo necesarias medidas específicas para su control.

el huésped, de 4 a 6 semanas, mientras deposita los huevos (2-3 huevos al día) en túneles que excava en la epidermis, falleciendo

pasado este período.

Las larvas, emergen a las 72-84 horas, y 17 días después, están capacitadas para copular; tras esto, muere el macho, y la hembra comienza nuevamente el ciclo.

Algunos estudios sugieren que la hembra preñada, puede sobrevivir hasta 48 horas en el ambiente, fuera del huésped humano.

El huésped suele alojar, de 5 a 10 ácaros adultos en la sarna común. La sarna noruega, es una variedad severa, donde el huésped alberga decenas de miles de organismos.

La transmisión de la sarna, es por contacto interpersonal; dicho contacto, puede ser con la piel que aloje a los parásitos, o con los

fómites en los cuales pueda sobrevivir, o incluso en el polvo que se encuentra en los alojamientos de los pacientes, como comentamos anteriormente. Por estos motivos, la sarna noruega posee una mayor transmisibilidad que la sarna común.

Actualmente su incidencia ha aumentado y los grupos humanos de riesgo para esta enfermedad, son aquellos con condiciones sociales de pobreza, hacinamiento, promiscuidad sexual, drogodependencia, institucionalización, etc., agravadas por condiciones de deterioro del estado de salud, en las que existe depresión del sistema inmune, como son la infección por el VIH, leucemias, linfomas, otras neoplasias, enfermedades debilitantes crónicas, tratamientos sistémicos, o tópicos con corticoides, tratamiento con inmunosupresores, pacientes trasplantados, vasculitis, malnutrición etc. Por otra parte, los pacientes, con enfermedades neurológicas, o

1. Introducción

La sarna es una enfermedad que pertenece a las ectoparasitosis, que produce prurito, de predominio nocturno, y lesiones cutáneas características.

Un ectoparásito, es un organismo que vive, sobre, o dentro de la piel de su huésped, obteniendo alimento de él. Penetra en las capas superficiales de la piel, y puede permanecer ahí mucho tiempo, si no se trata. El agente causal de la sarna, es el *Sarcoptes Scabiei var. Hominis*, que pertenece a la clase Arachnida.

La hembra, grávida, puede vivir en

enfermedad mental, pueden sufrir un retraso diagnóstico, bien por un deterioro de su capacidad de comunicación, o por un déficit sensitivo, con disminución de la sensibilidad a los estímulos pruriginosos que produce la infestación.

Es muy importante el conocimiento de sus factores de riesgo, del cuadro sintomático y sus lesiones cutáneas, para poner en marcha los mecanismos de prevención y control necesarios, pues el ingreso de un paciente con sarna en una sala de hospitalización, si no está diagnosticado, o no se toman las medidas oportunas, puede producir brotes epidémicos dada la transmisión por contacto interpersonal, con afectación de otros pacientes, y del personal sanitario.

II. Definición

La sarna noruega, también se denomina costrosa, o hiperqueratósica. Fue descrita, en 1848, por Danielssen y Boeck, en enfermos con lepra.

Se inicia como una sarna común, con lesiones en las localizaciones típicas, pero el número de parásitos es mayor y las lesiones se vuelven hiperqueratósicas. Pueden estar comprometidas las unas, con engrosamiento de ellas. Esta enfermedad puede complicarse con una infección bacteriana secundaria de la piel, septicemia, e incluso la muerte.

III. Manifestaciones clínicas

En la sarna común, son el prurito, de predominio nocturno, y pápulas eritematosas y excoriaciones en las localizaciones típicas: espa-



Además del prurito nocturno, la sarna noruega produce una serie de lesiones cutáneas características.

cios interdigitales, muñecas, pliegues axilares anteriores, región periareolar, piel periumbilical, cintura pelviana, pene y tobillos. Debido a las condiciones ya comentadas, en la sarna noruega dichas lesiones tienen tendencia a la extensión y agravamiento, apareciendo nódulos y placas diseminados, hiperqueratósicos y costrosos.

IV. Cuidados de enfermería

Todo paciente hospitalizado, que presente prurito, y, o, factores de riesgo asociados para infestación por sarna, debe ser revisado, en busca de lesiones dérmicas y valorar su tipicidad o atipicidad, tanto morfológica, como de localización, en orden a poner en marcha la alerta ante un posible caso, y las medidas de prevención y control oportunas.

Si el caso se tratara de una sospecha o un

diagnóstico firme de sarna noruega, se procederá a:

Punto 1. Aislamiento cutáneo estricto, consistente en:

=> Se informará al paciente y familiares de la necesidad de aislamiento, de los motivos, y de las medidas a tomar.

=> El paciente debe estar en una habitación individual.

=> Si es necesario cambiar al paciente de habitación, se realizará

una limpieza exhaustiva, y desinsectación de la habitación donde estaba previamente, permaneciendo ésta 48 horas cerrada.

=> Se colocará un cartel en la puerta donde indique el tipo de aislamiento del que se trata.

=> Las medidas de aislamiento para el personal sanitario, consisten en: uso de bata, guantes, gorro, papis. Deben ser desechados con el máximo cuidado antes de salir de la habitación, en una bolsa de plástico hidrosoluble, y realizar lavado de manos, tanto anterior como posterior al contacto con el paciente.

=> La ropa de cama, y demás



La incidencia de esta enfermedad ha aumentado por la alta incidencia de patologías donde predominan la depresión del sistema inmune.

enseres del paciente, deben ser colocados en una bolsa plástica de lavadero identificada.

- => El paciente dispondrá de instrumentos propios (termómetro, manguito de TA, etc.), que no deberán salir de la habitación. La carpeta de Historia Clínica, no debe entrar en la habitación.
- => El paciente, no puede salir de la habitación.
- => El número de visitas debe ser restringido, y utilizarán los medios de protección y medidas adecuadas.
- => El material desechable utilizado en la limpieza de la habitación debe ser eliminado con las máximas precauciones antes de salir de la habitación.

Punto 2. Cuidados higiénicos previos al tratamiento:

- => Proceder al aislamiento comentado.
- => Desechar la ropa que porte el paciente.
- => Lavado minucioso del paciente, con agua y jabón, sobre todo las zonas pilosas y los pliegues cutáneos, preferentemente, con inmersión



Es de suma importancia conocer los factores de riesgo, síntomas y lesiones cutáneas características, para conseguir una buena prevención y control de la enfermedad.

en una bañera de agua tibia, durante 10 minutos, para aumentar la hidratación de la piel, lo cual favorecerá la efectividad del tratamiento.

- => Cortar el pelo y afeitar.
- => Recortar y limpiar bien las uñas (suele haber gran cantidad de parásitos en uñas y zonas subungueales).

Punto 3. Administración correcta del tratamiento.

- => Una vez realizadas las medidas higiénicas previas ya comentadas, se hará lo siguiente:
- => Se aplicará lindane (principio activo) al 1%, en loción o gel en toda la superficie corporal, excepto las mucosas y ojos; entre 8 y 12 horas

=> Después, se procederá a lavar las superficies tratadas con abundante agua.

=> Este procedimiento, se repetirá, una vez al día, durante, tres días consecutivos.

=> Como tratamiento de la hiperqueratosis, se recomienda vaselina salicilica al 1%.

Estas mismas medidas deben ser utilizadas en caso de sarna común.

V. Conclusión

La sarna, es una infestación que supone un problema de salud pública, que requiere un pronto diagnóstico para tratar los casos y evitar su contagio, tanto en la comunidad, como en el medio hospitalario.

La mejor medida, es la localización de los casos, y su tratamiento adecuado, con los cuidados y medidas comentadas.

La sarna noruega, requiere la máxima diligencia en la observancia de los cuidados, medidas de prevención, y tratamiento, dada su elevada contagiosidad, el grave problema de salud que puede suponer al paciente, y el peligro de transmisión nosocomial al personal sanitario y otros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell G, Bennet J, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th edition. (c) 1995. Churchill Livingstone Inc., New York.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff H. Dermatology. (c) 1991. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
3. Elgart ML. Scabies: diagnosis and treatment. Dermatol Nurs, 1993 Dec, 5:6,464-7.
4. Clark J. Management of an outbreak of Norwegian scabies. Am J Infect Control, 1992 Aug, 20 -4, 217-20.

Parto de urgencias

**Francisca Pavón Ramírez¹,
Milagros Guerrero García²,**

¹Matrona C.S. Olivares (Sevilla). ²Matrona. C.S. Sanlúcar La Mayor (Sevilla)

Introducción

En el ámbito sanitario actual, tanto en el medio rural como urbano, las urgencias en materia de salud abarcan una amplia variedad de casos y situaciones que implican paralelamente una necesidad sentida social ante la cual el personal de Enfermería debe estar preparado.

No es nuestra filosofía profesional considerar al Enfermero/a como un experto en toda clase de conocimientos y procedimientos, pero consideramos que existen temas básicos, que por su repercusión ante la sociedad deben ser incluidos en el saber y en las habilidades Enfermeras.

Cualquiera de nosotros, dentro o fuera de su medio asistencial habitual, puede enfrentarse con un *parto de urgencias*, sin contar con el apoyo interprofesional y sin disponer del instrumental básico necesario.

Objetivos

Nuestro objetivo es que el personal de Enfermería sea capaz de:

- * Conocer técnicas de asistencia a un parto de urgencias.
- * Diferenciar qué se debe hacer y qué no se debe hacer.
- * Saber que material es necesario aplicar.
- * Adquirir los conocimientos sobre la medicación empleada en estos casos.



- * Administrar los cuidados materno-infantiles inmediatos.

Parto Normal o EUTÓCICO.

Es aquel parto que termina con la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anexos, por los genitales, sin que se presenten alteraciones en su evolución. La presentación más frecuente es CEFÁLICA.

SE ENTIENDE POR PARTO DISTÓCICO, aquel parto que obliga a la práctica de maniobras o intervención quirúrgica en su evolución. Este tipo de parto queda fuera de este tema, recordando que aunque éste sea normal debemos valorar la posibilidad de TRASLADO AL HOSPITAL.

Las mujeres que nos pueden llegar pariendo se ajustan habitualmente a este perfil:

- Multipara con historia de partos rápidos.

- Viaje largo con parto iniciado.
- Mujeres que experimentan poco dolor en el parto.
- Parto prematuro no previsto.

Durante un período "expulsivo urgente", nuestra prioridad va a ser conseguir un nacimiento seguro así como asegurar una experiencia lo más satisfactoria posible para la MADRE y para la Enfermera/o, como profesional que presta Cuidados.

PERÍODOS DEL PARTO:

- 1.- DILATACIÓN.
- 2.- EXPULSIÓN.
- 3.- ALUMBRAMIENTO.

Van a ser los dos últimos los que vamos a encontrar con mayor asiduidad, aunque siempre vamos a tener en cuenta que la inexperiencia o desinformación puede hacer que una mujer venga en busca de ayuda en período de dilatación, ante el cual la



Enfermera debe saber que si la mujer presenta los siguientes signos o síntomas, DEBE SER DERIVADA AL HOSPITAL:

- a) Contracciones rítmicas :
Primípara (1/5 minutos).
Multípara (1/10 minutos).
- b) Rotura de membranas y salida de líquido amniótico.
- c) Pérdida hemática por vagina.

PERIODO EXPULSIVO

SIGNOS DE EXPULSIÓN INMINENTE:

- Fuertes contracciones expulsivas (la mujer tiene muchas ganas de "empujar")
- Refiere movimientos intestinales incontrolables.
- A la exploración observamos distensión perineo-anal, con la cabeza fetal asomando por vulva.

A partir de aquí es necesario permanecer con la parturienta y observar continuamente el periné, manteniendo una conducta relajada para proporcionar tranquilidad y facilitar la cooperación de la madre. Es necesario explicar lo que puede esperar y qué suele suceder a madre y familia, no reprochando nunca la posible demora en su solicitud de asistencia.

Se debe intentar una plena coordinación entre todo

el personal de urgencias, ya que en este servicio se pueden presentar diferentes necesidades asistenciales. El celador deberá avisar a la ambulancia para que el traslado, después del parto, sea lo más rápido posible.

Colocaremos a la mujer en una posición cómoda, semi-fowler o en posición lateral de SIM. (cama de observación o mesa de exploración ginecológica).

Se deberá canalizar de inmediato una vía venosa periférica con catéter corto de gran calibre,

administrando solución isotónica glucosada al 5%. Tomaremos presión arterial.

A continuación la persona que vaya a atender el parto se lavará las manos, limpiará el periné y muslos de la mujer con agua jabonosa o algún antiséptico diluido. No es prioritario el rasurado.

Procederá a colocarse guantes estériles y aislar el campo con paños (también estériles si fuera posible) o en su defecto sábanas limpias (bajo glúteos de la mujer y sobre muslos).

Se deberá ir solicitando información a la madre durante los periodos en los que no tenga contracciones, con el fin de averiguar el número de partos, embarazos y características de los mismos. En esta anamnesis





inicial incluiremos otros datos de interés referentes a otras posibles patologías asociadas: hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, medicación actual, etc.

No olvidar auscultar los latidos fetales mediante estetoscopio de PINARD (trompetilla) de manera frecuente, así como invitar a la madre a realizar respiraciones profundas entre contracciones.

Se irá preparando, lo más próximo a la madre, el lugar donde se va a reanimar al recién nacido (RN).

Alentaremos a la parturienta a que traccione hacia sí de sus muslos cada vez que tenga una contracción, para favorecer la bajada del feto, a la vez que empujará como si fuera a obrar.

Iremos retirando las heces de la madre, si las hubiera, de forma aséptica, manteniendo el campo lo más limpio posible.

Romperemos la bolsa de "un pellizco", si aún estuviera íntegra.

A la vez que la mujer empuja, protegeremos el periné con una compresa para evitar desgarros, mientras con la otra mano aplicamos una suave resistencia sobre la cabeza fetal para controlar la expulsión y que el descenso sea lo más lento posible, evitando de esta forma traumatismos fetales y desgarros vaginales o del cuello. Es el momento de hablar de la episiotomía.

¿La haremos o no? Creemos que casi nunca va a hacer falta, pero llegado el caso, la enfermera/o hará una pequeña incisión, preferentemente central, aunque en los casos de mujeres con hemorroides o con periné corto deba hacerse una episiotomía medio-lateral.

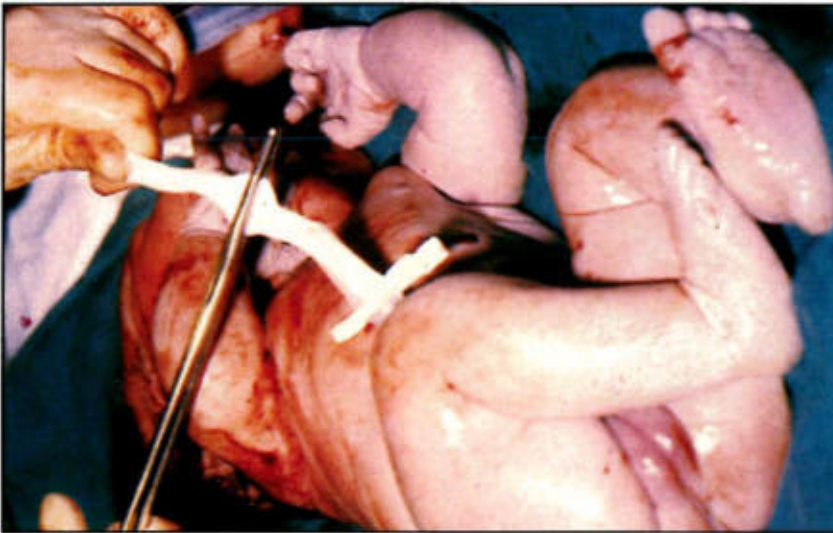
Esta se debe hacer con tijeras, a ser posible estéril, coin-

ciendo con el punto culminante de una contracción; así evitaremos el dolor.

Aunque se haya hecho la episiotomía, tenemos que seguir protegiendo y manteniendo la flexión de la cabeza fetal para que ésta siga un avance lento. Iremos limpiando las secreciones de la boca y la nariz del niño a medida que vaya apareciendo la cara. A partir de este momento la madre **NO DEBE EMPUJAR**, aunque sí realizar espiraciones breves y continuas (soplar).

Seguidamente se procederá a la rotación externa de la cabeza del niño. Si hay vuelta de cordón, se procederá a liberarlas. Si estuviesen muy apretadas se colocarán dos pinzas de "ombligo", cortándose entre ellas.





Colocaremos las manos a ambos lados de la cabeza, y aplicaremos una ligera presión descendente hasta que el hombro anterior salga (hombro superior). No olvidar la protección del periné. La salida del otro hombro se realiza levantando la cabeza del niño hacia arriba. El resto del cuerpo saldrá sin dificultad, **PERO A MUCHA VELOCIDAD**. Debemos tener precaución con las aguas posteriores, que pueden hacer que el niño resbale, provocándole algún traumatismo.

¿Cómo debemos coger al niño?

CON SEGURIDAD. Lo depositaremos sobre el vientre de la madre, abrigándolo y secándolo a la vez. Volveremos a limpiar su cara de secreciones, haciendo al mismo tiempo una valoración superficial del estado del RN.

El cordón umbilical se cortará entre dos pinzas de ombligo colocadas en el lugar elegido, manteniendo al niño por encima del pubis de la madre. El niño puede ser retirado al lugar donde tendremos la fuente de calor para evitar su enfriamiento.

PERIODO DE ALUMBRA-MIENTO

En esta fase, donde se produce la salida de la placenta, aparecen unos signos característicos del desprendimiento de la misma:

- 1.- Salida de sangre oscura.
- 2.- Signo de Kustner: Desplazar el útero hacia arriba observando al mismo tiempo si esto produce una subida del cordón, lo que indicará que aún no se encuentra desprendida.
- 3.- Signo de Ahlfed: Al progresar el desprendimiento placenta-

rio, la pinza colocada en el cordón desciende.

NUNCA TIRAR DEL CORDÓN y tampoco tener prisa, de manera que no se produzcan desgarrs de la membrana y queden dentro de la madre.

Una vez fuera la placenta se comprueba que está íntegra, ayudándonos con una gasa para limpiarla. La placenta se guarda en una bolsa para su traslado al hospital.

Se evaluará la dureza del útero masajeándolo suavemente para estimular su contractilidad si es necesario.

Si la mujer no es hipertensa se administrarán 0,40 mgr. de metilergometrina por vía intramuscular (2 ampollas de Methergín), para conseguir un útero leñoso. Si es hipertensa pondremos 10 unidades de oxitocina (Syntocinón) en el suero, aumentando al máximo el ritmo de goteo.

La vía se mantendrá hasta el hospital. Se procede a limpiar la zona y si ha habido episiotomía,





existen dos opciones: suturar o no suturar.

Aconsejamos no suturar. Hasta su llegada al hospital ejercemos presión con compresa estéril para conseguir hemostasia de la zona.

Se procederá al traslado de la madre, recién nacido y placenta al hospital.

MATERIAL NECESARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA ATENCIÓN A PARTOS DE URGENCIA.

- | | |
|---|---------------------------------|
| - CAMILLA APROPIADA. | - CAJA DE PARTOS: TIJERAS. |
| - ANTISÉPTICOS. | 3 PINZAS DE KOCHER. |
| - SONDAS VESICALES. | PORTAAGUJAS. |
| - SONDAS DE ASPIRACIÓN BRONQUIAL. (MADRE E HIJO). | - HILOS DE SUTURA (CAGUT Nº 0) |
| - SONDAS NASOGÁSTRICAS. | - PINZAS DE CORDÓN. |
| - CAMPOS ESTÉRILES. | - ANESTÉSICOS LOCALES. |
| - GASAS Y COMPRESAS. | - OXITOCINA. |
| | - METILERGOMETRINA. |

BIBLIOGRAFÍA

- BEISCHER MACKAY. *Obstetricia y Ginecología*. Interamericana-Mc Graw-Hill. 1988.
- CONSEJERÍA DE SALUD. Servicio Andaluz de Salud. *Manual de Atención al embarazo y puerperio*. 1994.
- DICKASON E.J., OLSEN SCULT. MASTHA. *Asistencia Materna e Infantil*. Salvat Editores. S.A. 1980.
- EMILY R.KNOR. *Decisiones en Enfermería Obstétrica*. Ed. DOYMA.1990.
- FAROOK AL-AZZAWI . *Parto y técnicas obstétricas*. Laboratorios Morryth. S.A. 1990.
- FRIEDMAN-ACER-SACHS. *Toma de decisiones en obstetricia*. Edika-Med. S.A. 1990.
- JANET BALASKAS. *Embarazo natural*. Integral. 1990.
- MONOGRÁFICO Nº 4. Integral. *Ecología y salud Natural.Embarazo y nacimientos gozosos*. Integral. 1988.
- SHEILA KIEZINGERS. *Embarazo y nacimiento*. Interamericana-Mc.Graw-Hill. 1988.

Educación para la Salud en pacientes intervenidos de hernia inguinal en cirugía mayor ambulatoria

Josefa Alvarez Grande. D.E.
Yolanda Galafate Andrades. D.E.
Rosario González Pavón. A.E.
M^{re} Dolores Lupiáñez Moral. D.E.,
Servicio de Cirugía. Hospital Duques del Infantado. Sevilla

Introducción

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo alternativo a la hospitalización convencional, que se define como la realización de procedimientos quirúrgicos con anestesia general, locorregional o local que precisan cuidados postoperatorios mínimos y en los que el paciente vuelve a su domicilio el mismo día de la intervención, después de un período postoperatorio y de observación.

Justificación

Dado que en nuestro hospital se ha comenzado a realizar este tipo de cirugía, hemos pensado en la conveniencia de elaborar un programa de educación para la salud (EPS), con el fin de unificar criterios en la información y lograr un cambio de actitud en pacientes y familiares para así disminuir la ansiedad ante el alta precoz y las posibles complicaciones que se puedan presentar en su domicilio.

Durante el programa de educación para la salud, queremos lograr que el paciente se conciente de la responsabilidad de su propio cuidado durante todas las fases de su intervención quirúrgica, implicando también a sus familiares o a otros posibles cuidado-



Inicio del programa de educación para la Salud en consulta de anestesia.

res. Es aquí donde la enfermera tiene un papel prioritario.

La CMA es posible hoy en día gracias a los avances anestésicos y quirúrgicos. Sus ventajas se traducen en una mejora de la eficiencia en el uso de recursos, disminución del tiempo de espera, agilización de las altas y aumento de la rotación del paciente, lo cual conlleva una disminución del coste.

Dentro de la gran diversidad de patologías que se pueden incluir en el programa de CMA, hemos elegido para el nuestro a pacientes intervenidos de hernia inguinal, debido a su alta frecuencia y elevado porcentaje de recidivas que presentan dichos enfermos, debi-

do en parte a los malos hábitos por falta de información.

Datos de base

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El mayor problema en estos pacientes es el desconocimiento del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que lleva poco tiempo practicándose y hasta ahora estos pacientes permanecían ingresados varios días y sus cuidados eran llevados a cabo por el personal hospitalario.



Posición en la que el paciente debe colocarse para recibir anestesia raquídea.

Al suspenderse esta estancia, el paciente y su familia deben conocer y realizar todos los cuidados y precauciones. El desconocimiento de esto genera altos grados de ansiedad y posibles complicaciones que podrían ser evitadas.

PERFIL DE LA POBLACIÓN

Esta patología se da mayormente en hombres, aunque existen márgenes amplios en cuanto a edad y

nivel socioeconómico, siendo lo más frecuente entre 35 y 50 años.

RECURSOS

Es importante que el paciente disponga de ciertos recursos sociales, como alguien que le ayude en su cuidado, siendo este uno de los criterios de admisión en este programa, así como la ausencia de ciertas patologías que pudieran complicar el proceso postoperatorio.

Consideramos que para que el programa tenga éxito, todo el personal que trata el paciente debe colaborar para dar una información congruente y acorde con el momento y lugar donde se encuentre el paciente (consulta de cirugía, consulta de anestesia, planta de estancias cortas, quirófano, sala del despertar y unidad de día).

Contenido del programa

OBJETIVO GENERAL: Disminuir las complicaciones postoperatorias en el programa de CMA.

OBJETIVOS INTERMEDIOS:

1. El paciente conocerá en qué consiste el programa de CMA

Objetivos específicos:

- a). El paciente tendrá información sobre el significado de las siglas CMA.
- b). El paciente tendrá información sobre el tiempo de estancia hospitalaria.

Actividades: - Folleto informativo.

Evaluación: - Cuestionario.

Recursos: - Personal de consulta de cirugía.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

1. El paciente conocerá en qué consiste el programa de CMA.
2. El paciente tendrá una actitud positiva ante el programa de CMA.
3. El paciente conocerá el proceso al que va a ser sometido.
4. El paciente llevará acabo los cuidados preoperatorios.
5. Minimizar la ansiedad del paciente sometido a este programa.
6. El paciente llevará a cabo los cuidados postoperatorios.

2. El paciente tendrá una actitud positiva ante el programa de CMA.

Objetivos específicos:

- a). El paciente tendrá información sobre las ventajas de la CMA.
- b). El paciente elegirá libremente forma parte del programa.

Actividades: - Folleto informativo.

Evaluación: - Cuestionario en el que el paciente indique de forma individual los motivos por los que toma elige esta opción.

Recursos: - Personal de consulta de cirugía.

3. El paciente conocerá el proceso al que va a ser sometido.

Objetivos específicos:

- a). El paciente expondrá que tipo de anestesia va a ser sometido, enumerando todos los pasos a seguir.

Actividades: - Folleto informativo sobre el tipo de anestesia (regional)

- Realizar exposición demostrativa de los pasos a seguir y la postura que debe adoptar en quirófano.
- Taller de destreza en el que el paciente ensaye la postura correcta.

Evaluación: - Entrevista sobre la información dada.

- Observar si sabe adoptar la postura adecuada.

Recursos: - Personal de consulta de anestesia (información)

- Personal de planta: Evalúa lo aprendido y realiza el resto de actividades.

Objetivo específicos:

- b). El paciente conocerá las unidades por la que va a pasar, identificando los motivos y el tiempo aproximado de estancia en cada una de ellas.

Actividades: - Folleto informativo.

Evaluación: - Test.

Recursos: Personal de consulta de cirugía

4. El paciente llevará a cabo los cuidados preoperatorios.



Atención de enfermería en el postoperatorio inmediato.

Objetivos específicos:

- a). El paciente conocerá la hora a que debe ingresar
- b). El paciente permanecerá en dieta absoluta desde las 24 horas del día anterior.
- c). El paciente se duchará el día de la intervención.
- d). El paciente traerá correctamente rasurada la zona de intervención (en caso contrario avisará al personal de planta).
- e). El paciente ingresará con ropa adecuada, sin joyas ni maquillaje ni esmalte de uñas.
- f). El paciente justificará los motivos por los que debe cumplir cada una de las instrucciones dadas.

Actividades: - Folleto informativo sobre las indicaciones que debe seguir.

- Diálogo con el paciente sobre los motivos para cumplir las instrucciones.

Evaluación: - Entrevista y observación.

Recursos: - Personal de consulta de anestesia para realizar las actividades.

- Personal de planta para observar y entrevistar al

paciente sobre si ha cumplido las indicaciones.

5. Minimizar la ansiedad del paciente sometido a este programa.

Objetivos específicos:

- El paciente expresará si está ansioso, diciéndonos que signos y síntomas nota y a qué lo atribuye.

El paciente conocerá y pondrá en práctica alguna técnica de relajación.

Actividades: - Entrevista con el paciente a su ingreso en planta.

- Exposición demostrativa de una técnica de relajación.
- Taller de habilidades en la que el paciente practique la técnica enseñada.

Evaluación:

- Observación de cómo practica la técnica y si disminuye los signos y síntomas de ansiedad después de ello.

Recursos:

- Personal de planta al ingreso.

6. El paciente llevará a cabo los cuidados postoperatorios

Objetivos específicos:

- El paciente permanecerá



Una enfermera explica los cuidados postoperatorios en planta.

en su domicilio durante los primeros cuatro días tras la intervención.

- El paciente tomará una dieta blanda durante las primeras cuarenta y ocho horas.
- El paciente no tomará alcohol durante las primeras cuarenta y ocho horas.
- El paciente no conducirá en la primera semana tras la intervención.
- El paciente tomará el analgésico prescrito cada seis/ocho horas durante las primeras cuarenta y ocho horas.

- El paciente realizará el ejercicio de andar durante su estancia en el domicilio.
- el paciente sabrá cuando y donde debe acudir para las retirada de puntos.
- El paciente y el familiar sabrán identificar qué signos y síntomas son indicios de complicaciones (hematomas, infección, intolerancia de placa y recidiva.)
- El paciente justificará los motivos por los que debe cumplir las instrucciones.

Actividades: - Folleto informativo
- Información ante un grupo y diálogo con los pacien-

tes sobre los motivos.

Evaluación: - Cuestionario cuando vengán a retirarse los puntos.

Recursos: - Personal de consulta de cirugía para entregar el folleto.

- Personal de planta para informar ante el grupo de intervenidos ese día, antes de que se vayan de alta.

- Personal de unidad de día para la evaluación.

Conclusiones

La elaboración de este programa de educación para la salud, implica la necesidad de que sea conocido por todo el personal y que todos ellos estén interesados en ponerlo en práctica.

Consideramos que es imprescindible conocer bien el medio en que realizamos nuestro trabajo y nuestros recursos, para poder así obtener el máximo rendimiento que redundará en una mejora en la atención a estos pacientes, que según el programa son parte imprescindible de su propio cuidado.

Hoy en día, la educación para la salud alcanza todos los niveles asistenciales, convirtiéndose en uno de los pilares básicos del cuidado de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Revista ASECMA. Volumen 2. Número 1. Septiembre 1997.

Journal Post Anesthesia Nursing. 9 (1):14-19. Febrero 1994

III Congreso de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria.

AAV. Educación para la Salud en Consultas de Enfermería. Rd. N° 178. Junio 1993. Pág. 24-33.

AAV. Educación para la Salud en Consultas de Enfermería. Rd. N° 178. Junio 1993. Pág. 24-33.

AAV. Educación para la Salud en Consultas de Enfermería. Rd. N° 178. Junio 1993. Pág. 24-33.

AAV. Guía de Recursos de Educación para la Salud. Servicio Andaluz de Salud. 1990.

Rochou, A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Masson S.A. 1991.

Factores que influyen en la estancia hospitalaria anteparto

Francisco Javier Idígoras Hurtado.

Lourdes de la Pisa Latorre.

Residentes de 2º año de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en la unidad docente de Sevilla. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Resumen

A través de nuestra práctica diaria hemos podido observar que un elevado número de gestantes a término, acuden muy temprano al hospital por trabajo de parto, con lo que la estancia hospitalaria anteparto (EHAP) se eleva considerablemente.

Con el presente trabajo nos propusimos valorar los distintos factores que influyen en la EHAP en el Hospital Maternal del HUVR donde se obtiene una muestra de 83 púerperas, tras parto eutócico. Se recoge información a partir de las historias clínicas, del libro de registro del Servicio de Admisión y a través de encuesta puerperal.

Según hemos podido comprobar la paridad es un factor que modifica los períodos de estancia anteparto, estableciéndose una relación de proporcionalidad inversa entre ambos (a mayor paridad, menor EHAP). Asimismo, encontramos una relación directamente proporcional entre distancia del domicilio al centro y EHAP (a mayor distancia del domicilio, mayor EHAP).

La Educación Maternal (EM) se reveló como un factor de influencia significativa en la duración de este período.

Palabras Clave:

Matrona, Estancia Hospitalaria anteparto Educación maternal, admisión.

1. Introducción

En la actualidad la orientación de los servicios sanitarios tiende fundamentalmente, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. En sintonía con esta filosofía, se han venido desarrollando unos programas cuyo objetivo son la provisión a los individuos y a la comunidad, de una serie de cuidados para intentar cumplir tal propósito. Dentro de estos está el programa de Salud Materno-Infantil.

La educación maternal (EM) es uno de los instrumentos más

importantes en el marco de este programa, para el desarrollo y operatividad de la función de fomento de la salud. Se estructura como un conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se vivencie de forma positiva y facilite un parto y puerperio normal, en el aspecto físico y emocional.

A pesar de los objetivos de la EM es muy frecuente encontrar gestantes cuyas estancias hospitalarias anteparto (EHAP) superan ampliamente la duración establecida como normal en la evolución de un trabajo de parto.

Este incremento del tiempo de EHAP provoca unos costes económicos adicionales a la institución. Según datos proporcionados por la Subdirección Económico-Administrativa del Hospital Universitario Virgen del Rocío, el coste de una estancia en el servicio de Obstetricia es de 42.406 pesetas.

Por otro lado, el incremento de la EHAP acentúa el efecto estresante que el ambiente hospitalario tiene tanto sobre la embarazada como sobre la familia, con el consiguiente efecto negativo en el desarrollo del trabajo del parto.

Pensamos que entre las posibles causas de estas llegadas tan precoces al hospital está el desconocimiento de la gestante de los síntomas que indican el inicio real del parto (información que se da en la EM), pero también creemos que no es ésta la única explicación y que el origen del problema es plurifactorial.

Tras haber revisado la bibliografía al respecto, y no haber encontrado estudios que aclaren los factores que influyen en la EHAP, nos propusimos la realización de este trabajo.

2. Material y método

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio trasversal descriptivo, realizado en los meses de enero a marzo de 1998. La población estudiada son todas las púerperas ingresadas tras parto

EDUCACIÓN MATERNAL/PARTO ACTIVO

Fig. 1

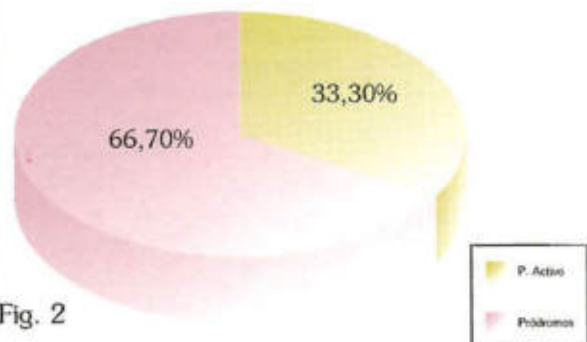
PRIMIPARAS/ESTADO AL INGRESO

Fig. 2

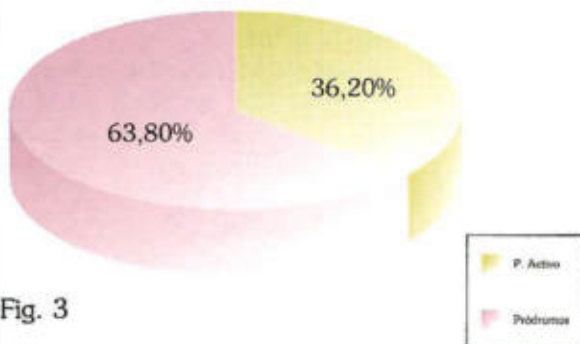
SECUNDÍPARAS/PARTO ACTIVO

Fig. 3

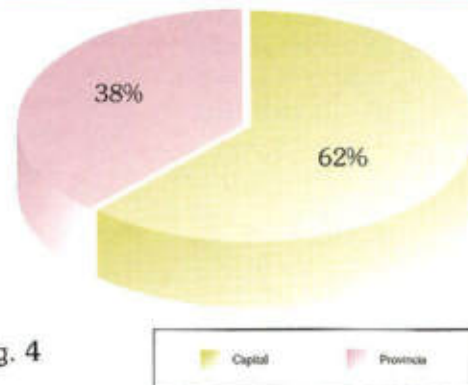
DOMICILIO/ESTADO AL INGRESO

Fig. 4

eutócico en las salas de hospitalización de puérperas del HUVR, cuyo número resultó ser de 827. Mediante muestreo accidental se recoge una muestra de 83 puérperas que cumplían los siguientes criterios de inclusión: Gestante que ingresa por trabajo de parto con gestación normal y a término, estableciendo por normal aquella libre de patología, y a término, aquella que se haya entre las 37 y 42 semanas (sem.) de duración. Se excluyeron todas aquellas gestantes que ingresaron con:

- Amenaza de parto prematuro (menos de 37 sem. de gestación).
- Bolsa rota con líquido teñido.
- Ingreso reglado por consultas externas para terminación de gestación.
- Gestaciones múltiples.

- Todas aquellas que a pesar de cumplir el requisito de inclusión al ingreso, por cualquier devenir adverso fueron inducidas o aceleradas, acortándose artificialmente su fase activa de parto.

Se valoran los siguientes datos recogidos:

2.1. En la historia clínica:

2.1.1. Filiación: Número de historia, paridad, edad materna y domicilio.

2.1.2. Antecedentes obstétricos: Fecha y hora del ingreso por los trabajos de parto, y la fecha y hora de los partos para establecer la duración, en horas, de la EHAP.

2.1.3. Embarazo actual: Fecha y hora del ingreso por trabajo de parto; Exploración al ingreso valorando dos aspectos:

el grado de borramiento cervical y la dilatación del cuello en centímetros. Respecto al grado de borramiento, entendemos que el cuello uterino está sin borrar cuando mantiene intacta la longitud del conducto cervical, y el cuello borrado está borrado cuando el conducto ha desaparecido, y el orificio cervical interno y externo se superponen.

Consideramos dilatación cero cuando el cuello no permite el paso de ningún dedo del explorador, y diez o completa cuando el cuello uterino se encuentra detrás de la presentación fetal.

Con estos dos parámetros establecemos si el ingreso se realizó en fase prodrómica, en

donde no está iniciado el parto, o en fase de parto activo, que según González Merlo es cuando presenta dos o tres contracciones en diez minutos, dos o más centímetros de dilatación cervical y cuello borrado al 50% como mínimo.

2.1.4. Parto actual: Fecha y hora del parto, y duración de la estancia hospitalaria anteparto, (tiempo en horas desde el ingreso hasta el parto).

2.2. En el libro de registro del Servicio de Admisión Médica (SAM). Se determinaron el total de ingresos por trabajo de parto en gestación a término, en un período de treinta días, de los cuales se obtuvo el porcentaje que fue dado de alta con diagnóstico de falso trabajo de parto.

2.3. Entrevista puerperal: Número de sesiones de EM a las que asistió en este embarazo y/o anteriores, hora de inicio de las contracciones, tiempo de espera en domicilio hasta que acuden al hospital en este parto y si hubiera, experiencias anteriores.

Las variables independientes fueron la EM, la paridad y el domicilio, y las variables dependientes fueron:

- Dilatación en centímetros al ingreso.
- Grado de borramiento cervical al ingreso.
- Duración en horas y minutos del período desde el ingreso hasta el parto.

Al estudiar la EM sólo se consideró a las primíparas para evitar la interferencia de la variable paridad.

Los datos fueron tratados con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, Statistical Package for Social Sciences), aplicándose un nivel de significación estadística alfa de 0,05 considerando por lo tanto significativa una $p < 0,05$.

3. Resultados

Las características generales de la muestra fueron:

La edad de las púrpas estudiadas está entre 16 y 42 años, con una media de 29,25 años y una desviación estándar $\pm 5,6$ años.

La paridad osciló entre primiparidad y quintiparidad, con una media de 1,75 y una desviación de $\pm 0,85$.

El análisis del domicilio mostró que el 48,2% (40) vivían en Sevilla capital, igual porcentaje que las procedentes de la provincia, y sólo el 3,6%(3) tenían su domicilio fuera de la provincia.

De las 36 primíparas estudiadas, acuden a EM el 66,6% (24) frente al 33,4(12) que no acudieron. La asistencia se cuantificó en el 75% (6 ó más sesiones), el 16,6%(3 ó más sesiones), mientras que el 13,4% acudió a menos de 3 sesiones.

En la relación entre mujeres que acuden a EM y la exploración al ingreso, el 37% llegaron al hospital en fase activa del parto (figura.1) presentando un valor de $p: 0,81105$ mientras que las 12 primíparas que no acudieron a EM, sólo el 33,4% llega al hospital también en fase activa del parto.

La relación entre paridad y estado al ingreso muestra que el 33,3% de las primíparas llegan en fase activa, independientemente de que asistiese o no a EM (figura.2), mientras que las secundíparas llegan en fase activa en el 63,8% (figura.3).

La relación entre domicilio y estado al ingreso, nos mostró que del total de ingresos antes del inicio del parto (pródromos) el 62% son de fuera de la capital y el 38% tenían su domicilio dentro de la capital (figura.4) con un valor de $p: 0,00925$.

También encontramos que las primíparas permanecen en el domicilio un tiempo medio de 3 horas y 30 minutos, desde el inicio de las contracciones, mientras que las secundíparas están una media de

6 horas y 36 minutos y las terci-paras 5 horas.

Por último detectamos que el 23% de las gestantes que acuden al SAM por trabajo de parto, son dadas de alta por falso trabajo de parto.

4. Conclusiones

Hemos encontrado que en los factores que influyen en la duración de la EHAP hay una clara relación entre la mayor paridad y la disminución de la EHAP. También observamos que la lejanía del domicilio al centro hospitalario determina un mayor ingreso en períodos prodrómicos, aumentando la EHAP.

No encontramos relación significativa entre la asistencia a EM y el ingreso hospitalario por trabajo de parto en fase activa.

5. Discusión

La decisión del momento adecuado para acudir al hospital por trabajo de parto es compleja, y no sólo para la gestante, sino también para sus familiares más allegados (pareja, padres e incluso hermanos).

En nuestro trabajo hemos valorado alguno de los factores que pueden estar implicados en esta decisión, como la EM, pero hay que intentar esclarecer los otros condicionantes, muchos de ellos no constan en los registros de la historia ni de la cartilla maternal, por lo que creemos que para poder seguir estudiándolos sería necesario que previamente se desarrollan unos registros de información, más fluidos y amplios, entre la asistencia primaria y la especializada, que evitase la disparidad de registros. Al no existir comunicación entre los profesionales que desarrollan la EM y los que asisten al parto, se pierde la posibilidad de que la matrona que asiste al parto conozca si la gestante acudió a la

EM, a cuántas sesiones, qué información se le ofreció y qué conocimientos fueron apreendidos. Del mismo modo tampoco desde el hospital está protocolizado un "Informe al alta de Enfermería" donde la matrona describa lo más objetivamente posible, el uso que la gestante hizo de las herramientas adquiridas en la EM, de la evolución del puerperio inmediato, de las necesidades de autocuidados de la puérpera, de la predisposición y posibilidades de la lactancia materna, y de la visita puerperal. Mejorando los registros facilitaremos la evaluación de nuestras funciones y elevaremos la calidad de la asistencia prestada.

De los resultados encontrados, el más interesante para nosotros es el referido a la EM porque, en parte, estos resultados dependen de nuestra propia actuación. Sabemos que una de las funciones más importantes para nuestro colectivo es la

de brindar educación sanitaria a las usuarias, y que uno de los objetivos que se pretenden es "ayudar a la población a adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para adoptar hábitos y comportamientos más saludables". También hemos de subrayar que toda actividad planeada exige una evaluación que permita introducir los cambios, si los resultados obtenidos no coinciden con los esperados.

En las escasas referencias encontradas sobre la evaluación de un programa de EM siempre la evaluación se realiza en base a los conocimientos y comportamientos adquiridos por la gestante, sin que en ningún momento se haga mención a la responsabilidad del profesional en áreas de autoformación y actualización de conocimientos, al papel del profesional a través de la información que da, de su formación en EM, y de su desarrollo profesional.

Creemos que sería muy interesante investigar estos aspectos, puesto que son la única forma de evaluar como estamos realizando la función educadora. Deberíamos utilizar el proceso administrativo (planeación, implementación y control) que en definitiva es aplicar el método científico en una de nuestras áreas de actuación más importantes, la EM.

7. Agradecimientos

A todas las personas sin cuya colaboración no habría sido posible la realización de este trabajo, a la unidad de investigación de la Escuela Universitaria de Enfermería que nos ha ayudado con la informática, al personal de la Subdirección Económica-Administrativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker MC et al.: *Ginecología y Obstetricia en Enfermería*. Ed. DOYMA. Barcelona, 1986.
2. Dirección General de Planificación Sanitaria. *Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.
3. Gómez Ruiz MD.: "Preparación al parto. Antiguas y nuevas Técnicas". *Enfermería Científica* (150-151). Sep-Oct, 1994.
4. González Merlo J.: *Obstetricia*. Ed. Salvat, 4ª ed. Barcelona, 1996.
5. Guerrero JM et al.: *Evaluación de un programa de Educación Maternal*. Ed Universidad de Sevilla. Sevilla, 1992.
6. *Guía para la Educación Maternal en Atención Primaria*. Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 1992.
7. Joellen et al.: *Enfermería Ginecológica y Obstétrica*. Ed. Harla. Barcelona, 1989.
8. Kitzinger SH.: *Embarazo y Nacimiento*. Ed. Interamericana. Madrid, 1985.
9. Klaus M, Fanaroff M.: *Asistencia al Recién Nacido de riesgo*. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1981.
10. Rochas Calvo AM.: "Eficacia de la Psicoprofilaxis Obstétrica". *Enfermería Científica* (150-151). Sep-Oct, 1994.
11. Salleras San Martín L.: *Educación Sanitaria, método y aplicación*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1985.

Análisis Económico de la Política de Administración de inhaladores de gas presurizado. Propuesta para una racionalización del gasto

Jose Seda Diestro¹.

Luis López Rodríguez².

Maria Isabel Garrido Díaz-Malaguilla³.

¹Diplomado en Enfermería. Coordinador de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Colegio de Enfermería de Sevilla. ²Diplomado en Enfermería. Hospital "El Tornillar". Sevilla. ³Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario "Virgen Macarena". Sevilla.

Resumen

La administración de fármacos por vías alternativas a las tradicionales (I. V., I. M., V. O.) adquieren cada día mayor entidad en la postura clínica habitual. Siguiendo estas directrices, el tratamiento de los enfermos afectos de EPOC, pasa cada vez en mayor proporción por la aplicación de fármacos por vía inhalatoria. Para ello, se emplean los aerosoles dosificadores, y dentro de este amplio abanico terapéutico los prescritos con mayor frecuencia son los inhaladores de gas presurizado.

El coste económico de esta política de administración de inhaladores de gas presurizado es muy elevada, tanto en áreas hospitalarias como extra-hospitalarias.

Por este motivo nos hemos planteado la necesidad de chequear la utilización de este tipo de recursos y comprobar su optimización. En concreto, nos

hemos centrado en el estudio de los tres tipos de inhaladores más comúnmente empleados en nuestra área, a saber BUDE-NOSIDA (PULMICORT®), BROMURO DE IPRATROPIO (CRISMOL®) y SALBUTAMOL (VENTOLIN®).

Se ha procedido a la realización de un estudio observacional para intentar cuantificar el consumo real de los tres inhaladores descritos anteriormente, en la población de enfermos del área de Medicina Interna durante el año 1995. Simultáneamente, se han registrado los recursos (en número de inhaladores) dispuestos en esta misma área y por esta misma población en este mismo periodo de tiempo.

El Estudio, se ha realizado en la Unidad de Medicina Interna del Hospital "El Tornillar" del área hospitalaria de Valme una vez obtenida la aprobación de la Comisión de Investigación de Enfermería del citado Centro Sanitario.

Tras la recogida de datos pertinentes, análisis y estudio económico de los resultados obtenidos, parece concluirse que existe una mala política de administración de inhaladores de gas presurizado, que conduce a que más de 90% de estos inhaladores se desechen antes de completar el consumo.

Recordamos la prudencia en la generalización de los resultados obtenidos en el presente estudio a otras circunstancias, entornos y momentos. No obstante, estimamos recomendable la aplicación del presente diseño o de otros de similares características en otros momentos, lugares y circunstancias, con objeto de que adquieran capacidad de generalización suficiente las conclusiones obtenidas en el presente informe de Investigación Enfermera.

Palabras clave :

INHALADORES,
COSTE ECONÓMICO,
E.P.O.C.

Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica (EPOC) por su frecuencia y su característica evolución, es un proceso con importante repercusión sanitaria que precisa de una atención prioritaria.

A partir de la Encuesta Nacional de Salud elaborada en 1.987 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la prevalencia conjunta de la EPOC y asma bronquial (las encuestas realizadas no permiten diferenciar ambos procesos para la población en general), era aproximadamente de un 6%.

La distribución por edad y sexo muestra que la prevalencia de la EPOC en varones de edad superior a los 65 años se aproximaría

al 19% (1). De forma esquemática, podríamos decir que en nuestro país uno de cada cinco varones mayores de 65 años sufre EPOC.

Se ha estimado que el número de ingresos por EPOC (como primer diagnóstico) representaría 24.593 días de ingreso por millón de habitantes (1).

En lo referente al coste económico, también para una población hipotética de un millón de habitantes, se ha cuantificado en más de 605 millones de pesetas como coste directo hospitalario. Los gastos derivados de Farmacia para la citada población se han estimado en 550 millones de pesetas (2).

La cifra total de gastos docentes e indirectos originados por la

EPOC y calculados por individuo y año, se aproxima en 177.403 pesetas (2).

Se trata, por tanto, de un proceso que genera unos gastos importantísimos para el Sistema Sanitario, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria. En nuestro Hospital, la edad media de los enfermos ingresados está próxima a los 70 años (3) y hemos visto anteriormente como se dispara la prevalencia de EPOC a partir de los 65 años pasando de un 6% en la población menor de 65 años, al 19% en mayores de 65 años.

Los gastos farmacéuticos hospitalarios de los EPOC vienen constituidos por tres grandes grupos de fármacos como son :



- a.- Antibióticos,
- b.- Broncodilatadores y
- c.- Fluidificantes.

Sobre el segundo grupo de fármacos, los broncodilatadores, se basa este informe y concretamente sobre los inhaladores de gas presurizado. El empleo de estos inhaladores se extiende cada día más y se prescriben a un mayor número de enfermos (4). Existen en el mercado numerosas variantes de inhaladores, como son los presurizados, los de polvo seco, etc. (5). En la práctica hospitalaria los más empleados, con diferencia significativa sobre el resto, son los inhaladores presurizados y que en nuestro medio tres los prescritos con mayor frecuencia son: SALBUTAMOL (VENTOLIN®),

BROMURO DE IPRATROPIO (CRISMOL®) y BUDENOSIDA (PULMICORT®).

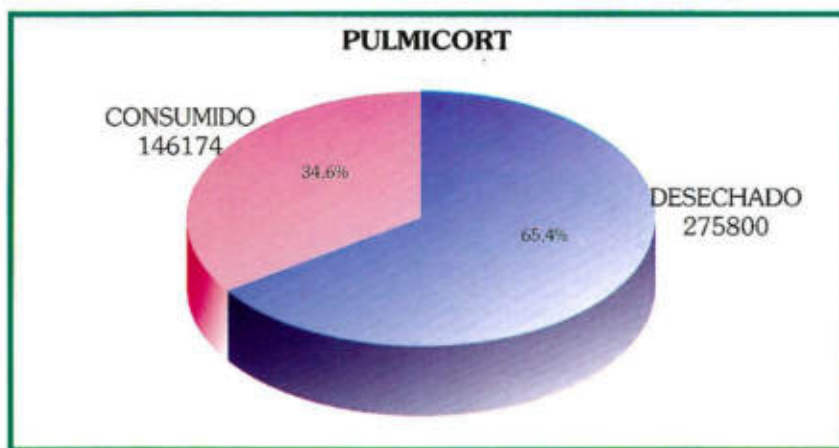
La forma de presentación de estos fármacos, aerosol dosificador y adaptador bucal, impide que un mismo aerosol dosificador pueda ser empleado por varios enfermos para evitar el riesgo de contagio orofaríngeo.

El número de dosificaciones que permite cada cartucho es elevada (Ventolin®, 300 pulverizaciones; Crismol®, 200 pulverizaciones; Pulmicort®, 100 pulverizaciones (6), y al alta del enfermo difícilmente se han consumido todas las aplicaciones disponibles por inhalador, salvo que se trate de pacientes con largos períodos de estancia

en el Hospital. (Hemos de tener en cuenta que el índice de estancia media en Medicina Interna en el Hospital "El Tomillar" es de 8,3 días (3).

Una vez que se produce el alta del enfermo con prescripción de inhalador, es práctica común desecharlos y pocos son los que se entregan al enfermos para completar su consumo en el domicilio.

Por lo anteriormente expuesto, proponemos como objetivo del presente informe de investigación: "cuantificar el número de inhaladores desechados y su montante económico, en las sesenta (60) camas del área de Medicina Interna del Hospital "El Tomillar" (2ª planta).



En caso de apreciar un deficiente política de administración de los aerosoles de gas presurizado, pondremos potenciales soluciones a considerar para la optimización de los recursos materiales.

Material y método

Se ha realizado un estudio observacional en el Hospital "El Tomillar" dependiente del Área Hospitalaria de Valme. Se trata de un estudio retrospectivo donde se ha intentado localizar la siguiente información:

- 1º.- Cuántos enfermos han sido tratados con aerosoles de gas presurizado durante el año 1995 en el área de hospitalización de Medicina Interna del Hospital "El Tomillar".
- 2º.- Qué tipo de aerosoles han sido los prescritos a cada uno de los enfermos.
- 3º.- Qué dosis diaria (en número de pulverizaciones) se han administrado a cada enfermo.
- 4º.- Cuánto tiempo (en días) ha durado la hospitalización de cada uno de ellos.

Para conseguir esta información, se han revisado todos los informes de Alta Hospitalaria producidos en el Servicio de Medicina Interna durante el año 1995, de los cuales se guarda copia en la unidad.

En estos informes, consta el tratamiento seguido durante la estancia hospitalaria, de donde se han obtenido los datos correspondientes al tipo de inhaladores de gas presurizado y dosis diaria administrada.

Igualmente, en los informes de alta hospitalaria se recoge la fecha de ingreso y la fecha de alta en el ser-

vicio. A partir de aquí se han calculado los días de estancia de cada paciente con prescripción de inhaladores de gas presurizado.

En la recogida de datos, han intervenido dos D.U.E. del Servicio de Medicina Interna del citado hospital que han realizado una revisión manual de 1.208 informes de alta correspondientes al año 1995. La búsqueda de información se ha realizado durante el mes de Febrero de 1996.

Una vez conocidos los datos anteriormente citados, (número de enfermos con prescripción de inhaladores, tipo de inhalador prescrito, dosis diarias indicada de pulverizaciones y días de estancia hospitalaria) se han calculado:

- 1º.- Tipo de aerosol indicado en prescripción médica.
- 2º.- Dosis total (en número de pulverizaciones) de aerosol realizados durante la estancia hospitalaria (número de pulverizaciones diarias por días de estancia).
- 3º.- Conociendo el número de pulverizaciones disponibles en cada cartucho de aerosol y las pulverizaciones consumidas realmente durante la estancia hospitalaria, se han calculado las pulverizaciones que quedan en cada cartucho de aerosol una vez que se produce la salida del enfermo de la unidad y que como hemos indicado anteriormente, se desechan sistemáticamente.

Una vez obtenidos estos registros (tipo de aerosol prescrito, dosis diaria y días de estancia en el Hospital), se ha calculado la cantidad total de pulverizaciones de aerosol consumidas durante la estancia hospitalaria, del mismo modo conociendo el número de inhala-

ciones disponibles en cada cartucho de aerosol, se han calculado las inhalaciones que se quedan en el cartucho una vez que se produce el alta, y que como hemos mencionado anteriormente, se desechan sistemáticamente.

Resultados

Se han revisado un total de 1.208 informes de alta hospitalaria correspondientes a todos los enfermos ingresados durante 1995 en la unidad de Medicina Interna. Hemos de señalar que en estos 1.208 informes de alta se incluyen 178 informes de EXITUS, donde no queda reflejado el tratamiento seguido durante los dos días de estancia en el Hospital, por lo que a efectos estadísticos, el número de casos totales queda reducido a 1.030 informes.

De los 1.030 informes, en 272 consta prescripción de aerosoles de gas presurizado. De estas 272 prescripciones, en 268 casos las prescripciones se refieren a los tres tipos de aerosoles estudiados (Salbutamol, Bromuro de Ipratropio y Budenosida) y tan sólo en cuatro casos se prescriben otro tipo de fármaco en aerosol de gas presurizado. Concretamente estas cuatro prescripciones, se refieren, dos de ellas a Sulfato de Terbutalina (TERBASMIN®) y los otros dos a Bromuro de Ipratropio y Bromhidrato de Fenotolol (BERO-DUAL®).

En base a estos datos, podemos concretar que a efectos estadísticos el número de casos a estudiar es de 268, al haberse prescrito a 268 enfermos, uno ó más de los tres aerosoles objeto de estudio.

Así en 146 prescripciones, se indican dos aerosoles y en 122 casos

es de un sólo aerosol, lo prescrito en el tratamiento médico.

Por tanto, el número total de aerosoles prescritos es de 414 (146 casos con dos aerosoles prescritos -> 292 aerosoles y 122 casos con un sólo aerosol prescrito -> 122 aerosoles).

Desglosados según el tipo de aerosol, las prescripciones han sido :

Ventolin®	153
Pulmicort®	153
Crismol®	108
TOTAL	414

De 268 enfermos con prescripción de inhaladores, sólo 29 han completado el consumo del cartucho de gas presurizado que se empleó en el área de hospitalización para su tratamiento, aproximadamente un 10%. Es decir, aproximadamente el 90% de los inhaladores se desechan sin haber consumido todo su contenido.

VENTOLÍN®

El número de prescripciones de Ventolín han sido de 153. Las dosis disponibles en cada inhalador de Ventolín son 300.

En tres de los 153 casos, se han sobrepasado las 300 inhalaciones consumidas por lo que se han empleado dos (2) inhaladores para cada enfermo, por lo que el número de inhaladores empleados ha sido 156.

Se han consumido un total de 11.229 inhalaciones de Ventolín.

En los 156 inhaladores hay disponibles un total de 56.800 dosis.

Es decir, se han desechado

35.571 dosis que corresponderían a 118 inhaladores completos.

Al precio unitario de 525 ptas. 62.249 ptas. desechadas.

Se desecha un porcentaje superior al 75% de los inhaladores de gas presurizado que se utilizan.

CRISMOL®

El número de prescripciones de Crismol han sido de 102. De éstas, dos enfermos han necesitado dos inhaladores, por lo que el número de inhaladores dispuestos han sido de 104.

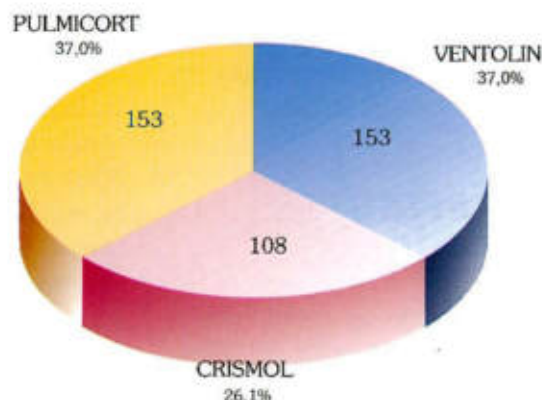
Se han consumido un total de 6.246 dosis.

En los 104 inhaladores empleados hay disponibles 20.800 dosis a razón de 200 dosis por inhalador. Es decir, se han desechado 14.554 dosis que corresponderían a 72,7 inhaladores (aproximado 73).

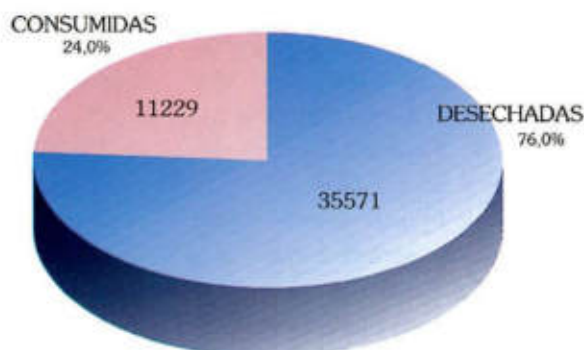
Al precio unitario de 1.123 ptas. 81.979 ptas. desechadas.

Se han desechado el 70% de la carga útil de los inhaladores de Crismol® empleados.

AEROSOL PRESCRITOS



VENTOLIN (Salbutamol) INHALACIONES



PULMICORT®

El número de prescripciones de Pulmicort han sido de 153. De éstas, 21 enfermos han necesitado dos (2) inhaladores, dos (2) enfermos han necesitado tres (3) inhaladores y un enfermo ha necesitado cuatro (4) inhaladores. Así el número de inhaladores empleados han sido 181. Se han consumido un total de 8.004 inhalaciones de Pulmicort.

En los 181 inhaladores empleados a 100 dosis por inhalador, hay disponibles 18.100 inhalaciones.

Es decir, se han desechado 10.096 dosis que corresponderían a 100 inhaladores de Pulmicort.

Al precio unitario de 2.758 ptas. 275.800 ptas. desechadas.

Se desecha el 55% de la carga útil de los inhaladores de Pulmicort® que se utilizan.

Discusión y Conclusiones

En función de los datos obtenidos y expuestos anteriormente, parece deducirse que existe una incorrecta utilización de los recursos disponibles en la política de administración de inhaladores de gas presurizado a enfermos hospitalizados.

Esta política conlleva inutilizar un buen número de inhaladores antes de que se concluyan todas las dosis de pulverizaciones disponibles en ellos. Concretamente, se desechan aproximadamente el 90% de los inhaladores antes de consumirlos completamente.

Podrían entregarse a los enfermos una vez que se produzca el alta hospitalaria, para completar su uso en el domicilio. A este respecto, hemos de señalar, que un porcentaje superior al 95% de los enfermos que han sido tratados durante su hospitalización con inhaladores de gas presurizado, una vez en su domicilio continuar con el empleo de estos fármacos.

De esta manera, se evitaría un gasto doble, ya que una vez que se hace efectiva el alta hospitalaria, los pacientes, deben proveerse de nuevos inhaladores para continuar con el tratamiento prescrito en el domicilio, y como hemos visto anteriormente los que venían usando en el hospital acaban desechados en el "cubo de la basura".

Para poder cumplir este objetivo, proponemos redefinir el circuito de entrega al enfermo del informe de alta médica, de forma que pasará directamente por el personal de Enfermería y se pudiesen entregar los inhaladores al enfermo en el momento de hacerse efectiva el alta hospitalaria.

Igualmente válida consideramos una segunda opción basada en la reutilización de los inhaladores hasta completar su consumo completo. Para ello proponemos el empleo de esterilización en frío del adaptador bucal, que actuaría como la única fuente potencial de contagio orofaríngeo (7).

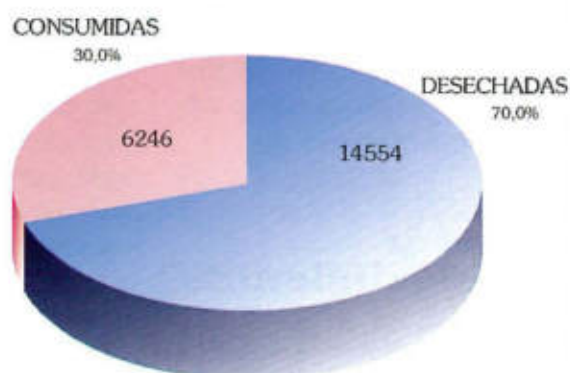
Esta esterilización en frío del adaptador bucal se podría conseguir con varios productos existentes actualmente en el mercado. A modo de ejemplo podemos citar Instrument® Polvo Esporicida 30, que es un glutaraldeído fenolato de pH prácticamente neutro (pH: 7,4), que consigue el 100% de desinfección hospitalaria (8) y a concentraciones 1/16, se comporta como Tuberculicida, Bactericida, Pseudomonocida, Virucida (Hepatitis B, S.I.D.A., Herpes I,

Herpes II, Influenza A2). Reseñar que sólo son necesarios 10 minutos de inclusión a la concentración descrita para la desinfección efectiva.

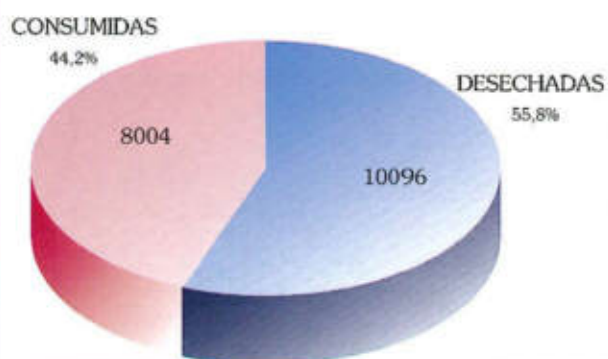
En resumen, con cualquiera de las dos propuestas que se plantean en el presente informe de investigación enfermera, en el área estudiada (Medicina Interna), se podría conseguir dejar de desear el 90% de los inhaladores empleados antes de completar su consumo.

Este ahorro traducido a pesetas y durante un período de tiempo de un año, se puede estimar en más de 420.000 ptas. De esta forma, creemos que se puede aportar

CRISMOL (B. de Ipratropio)
INHALACIONES



PULMICORT (Budenosida)
INHALACIONES



algo a la optimización en el empleo de los recursos limitados disponibles en las áreas de hospitalización y atención primaria de salud, al tiempo que estas medidas no suponen carga de trabajo adicional para Enfermería.

Notas y agradecimientos

La cuantificación que se ha expuesto en el estudio descrito, se ha estimado en la unidad de Medicina Interna, donde la EPOC, en la mayoría de los casos, constituye un segundo diagnóstico, por lo

que de aplicarse estos cálculos en áreas donde la prevalencia de EPOC es mayor (Neumología) los resultados económicos se dispararían. Así se ha realizado un muestreo de 100 enfermos de alta hospitalaria de la Unidad de Neumología, resultando que la prescripción de aerosolterapia en estos enfermos, es un 343% superior a la registrada en Medicina Interna, lo que nos induce pensar que el gasto en aerosoles de gas presurizado es muy superior al cuantificado en el área de Medicina Interna.

Igualmente cabe reseñar que en Neumología las prescripciones no

se reducen a los tres tipos de inhaladores analizados en el informe, sino que se amplían a todo el abanico de fármacos de nueva generación con un coste muy superior a los descritos en el presente informe.

Queremos expresar nuestro mas sincero agradecimiento a :

D^a Concepción León Campo, Secretaria de Dirección, por sus recomendaciones y profesionalidad en la presentación del presente informe de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Leopoldo Sánchez Agudo. "EPOC. Algunos aspectos útiles para su control". Editorial Boehringer Ingelheim. 1995.
- 2.- J. Morera Prat et al. "Costes Sociales y Económicos de la EPOC". Abstracts Symposium sobre EPOC, Badalona 1992.
- 3.- Varios autores. "Memoria Área Hospitalaria de Valme 1994". Edita Junta de Andalucía 1995.
- 4.- Jesús Sauret Valet. "Historia de la terapia inhalatoria". Editorial Ancora, S.A. Madrid 1995.
- 5.- Varios autores. "Vademecum Internacional". 35 Edición. Medicón, S.A. 1994.
- 6.- Seda Diestro, J. "Protocolo OCFA y SD. Centro de Salud "Sanlúcar la Mayor". Sevilla. 1995.
- 7.- Varios Autores. Instrument Expocida 30. Laboratorios INIBSA, S.A. Discusión hospitalaria. Barcelona 1992.
- 8.- Varios Autores. "Manual de Normas y Procedimientos para la prevención de Infecciones Nosocomiales". Edita Junta de Andalucía. 1993.

Educación Sanitaria en televisión sobre la ingestión de líquidos en el anciano

José Antonio Paredes Atenciano.

Diplomado en Enfermería. Unidad de Hospitalización. Hospital San Sebastián. Écija (Sevilla).

Resumen

Se ha tenido una experiencia en Educación para la Salud relacionada con la ingestión de líquidos en los ancianos. Para ello se ha valorado la aparición de numerosos casos en los que se han detectado un déficit de volumen de líquidos en estas personas, y por eso, aplicando un Modelo Enfermero, se ha intentado transmitir a la población una serie de mensajes sanitarios a través de un medio de comunicación como ha sido una Televisión Local, con la finalidad de que los telespectadores identifiquen las pautas sanitarias generales sobre la aportación oral de líquidos en la Tercera Edad.

A través del programa televisivo se ha realizado una aproximación a la sociedad, quedando el educador a la disposición de la audiencia para resolver las posibles dudas suscitadas, y así, con la colaboración de los distintos técnicos de imagen y sonido, se ha pretendido crear una sensibilización en la comunidad.

PALABRAS CLAVES

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
TELEVISIÓN
HIDRATACIÓN
ANCIANO

Introducción

En un sentido amplio, todas aquellas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud, pueden ser considerados Agentes de Educación Sanitaria. Pero todos estos deberán coordinar sus acciones educativas para que los mensajes transmitidos sean coherentes. Existen numerosos profesionales en los que es reconocida su labor en Educación Sanitaria, destacando que desde 1.977 en el Plan de Estudios de la Diplomatura de Enfermería se valora la formación en Educación para la Salud. Así, los profesiona-

les de la Enfermería tienen y deben asumir la responsabilidad de la Educación para la Salud como actividad propia de su trabajo diario (1).

Es fundamental el papel que desempeña la Enfermería en salud materno-infantil, educación a enfermos crónicos, y ancianos. Haciendo referencia a la Tercera Edad, la finalidad de la Educación Sanitaria es conseguir un aumento del nivel de cultura sanitaria tanto de la población anciana y su familia como de la comunidad, para modificar conductas y actitudes que influyen negativamente en la salud del anciano creando una serie de comportamientos o hábitos nuevos saludables (2).

En el anciano, con frecuencia nos encontramos con una valoración en la que podemos destacar sequedad de la piel/mucosas y mal turgor cutáneo, así como alteraciones en la cantidad, color y olor de la orina, acompañado de cambios en el estado mental (especialmente desorientación). Esto nos lleva al enunciado de un Diagnóstico Enfermero que sería: déficit de volumen de líquidos relacionado con sequedad de piel y mucosas, falta de turgencia cutánea, además de todos los signos citados anteriormente (3).

Se admite que la Enfermería es una profesión, ya que se basa en conocimientos teóricos que le son propios y tiene una base científica de donde procede el Servicio que ofrece a la Sociedad. De esta manera, teniendo en cuenta la Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem, en donde la Enfermería se refiere especialmente a las necesidades del ser humano que están en relación con el autocuidado, el diagnóstico enfermero nombrado previamente se podría enmarcar en los autocuidados universales o necesidades de base, comprendiendo de esta forma en nuestro apartado la aportación del agua (4).

Basándonos en la Teoría de Dorothea Orem, utilizaremos el sistema educativo de apoyo (4), donde el paciente en particular y la población en general captará unas medidas de autocuidados terapéuticos emitidos a través de un medio de comunicación que será una Televisión Local de Écija. Para lo cual, nos planteamos el siguiente objetivo: la audiencia del programa televisivo enumerará las



Educador, cámara cinematográfica y técnico en la grabación del programa.

medidas sanitarias generales sobre la ingestión de líquidos en los ancianos tras la emisión del mismo.

Caso clínico

Para la emisión del programa se decide utilizar un método de comunicación unidireccional e indirecto como es la Televisión. En este caso se cuenta con la colaboración de un medio de Televisión llamado «Onda Genil», teniendo ésta un alcance de emisión local en el municipio de Écija.

A través del programa se pretende suministrar información adecuada a una población con un nivel de instrucción variable, dirigido fundamentalmente a personas jóvenes (cuidadores) y ancianos. Por eso se intenta que el texto utilizado sea de fácil comprensión e impartido por un profesional de Enfermería situado en un medio habitual de asistencia como es una Consulta (Figura 1). En ésta se dis-

pone el educador en una posición abierta y comunicativa ante la cámara de Televisión para dar sensación de cercanía a los telespectadores. El vestuario general utilizado por el Enfermero que se visualiza por la pantalla del televisor ha sido con una camisa de color y haciendo contraste con una bata blanca abrochada delante, para procurar que la imagen del educador esté más reforzada de connotaciones profesionales.

El guión de Educación Sanitaria sobre la ingestión de líquidos en el anciano se retransmite por Televisión en un tiempo de máxima audiencia, para lo cual se hace coincidir con los minutos pertenecientes al informativo local vespertino que diariamente se emite, teniendo aquel una duración aproximada de cinco minutos. Así pues, según las características descritas y situado el Enfermero sentado detrás de una mesa y ante una cámara de Televisión, se empieza a grabar, y el guión queda como sigue a continuación:

- "¡Buenas tardes!

Me llamo José Antonio Paredes, soy Diplomado en Enfermería o A.T.S., y estoy con vosotros para hablarles sobre la Tercera Edad o la Vejez.

Estamos en unos tiempos en que se produce una disminución de la mortalidad de la población anciana y una disminución de la natalidad (personas que nacen), provocando el envejecimiento de la población (5,6).

Así pues, es importante el conocer cómo cuidar a nuestras personas mayores (ancianos) ya que a ellos les sobran muchas cosas que pueden aportar (como el tiempo, la experiencia, las habilidades, el ejemplo, etc.) y de esta manera «darles más vida a sus años» y por tanto que puedan disfrutar más de su vejez (6).

Y siguiendo en esta línea, hoy vamos a comentar la ingestión de líquidos en la Tercera Edad (ancianos).

En esta etapa de la vida se produce una disminución de la



Mujer de la Tercera Edad en la ingestión de líquidos

sensibilidad a la sed, es decir, se presenta menos sed, en situaciones que realmente se necesita beber agua o líquidos, y que se puede acompañar con el querer disminuir la cantidad de líquidos que beben para reducir las necesidades de ir al lavabo (7, 8).

Esto puede desencadenar la aparición de la deshidratación, que es la disminución o pérdida de agua en el organismo, produciendo graves consecuencias en estas personas (9).

Para prevenir la aparición de estas deshidrataciones, a continuación les voy a dar una serie de medidas sanitarias sobre la

ingestión de líquidos en los ancianos:

- En primer lugar, tener siempre presente que la cantidad de líquidos que un anciano necesita en situaciones normales es de 1,5 litros a 2 litros diarios.
- Pues bien, y ¿cómo podemos aportar todos esos líquidos a lo largo del día? Pues, no sólo con el agua, sino también con zumos de frutas, caldo de las comidas, leche, infusiones, etc.
- Es mejor que los recipientes que van a utilizar estas personas sean fáciles de manejar para ellos (y así por ejemplo, que no sean demasiado pesados, preferible un vaso de plás-

tico) y que si es necesario, servir de porrones y cañas flexibles.

- De todas formas, es conveniente que las personas que se encuentren alrededor de los ancianos estimulen casi continuamente a que beban más, y además, una forma de tener el hábito de beber más puede ser que siempre se tenga a la mano un zumo de fruta o agua, ya sea al lado de la cama o en la sala de estar, según donde generalmente se encuentre la persona (6,8, 10, 11).

Espero que la Educación para la Salud sobre la ingesta de líquidos que os he transmitido haya sido provechosa.

Yo ya me despido, y sepan que estaré como Profesional a vuestro Servicio, para que puedan disponer de unos cuidados de salud adecuados y así una mayor calidad de vida.

Muchas gracias por vuestra atención prestada".

Discusión

En la Educación Sanitaria emitida es importante tener en cuenta que al final del guión se clarifica nuestra disponibilidad en la resolución de las dudas de los telespectadores, por lo que se podrá comprobar en cierta manera la captación de los mensajes sanitarios transmitidos.

La Educación para la Salud realizada mediante el mencionado procedimiento pone en evidencia la posibilidad de poder llegar a la atención de muchas personas interesadas, teniendo en cuenta las limitaciones del medio de comunicación empleado, como ha sido la Televisión Local.

Se han divulgado unas medidas sanitarias de interés social, por lo que se espera que el sector de la población afectado, cuidadores y ancianos, adopte una actitud positiva y reconozca las pautas impartidas (Figura 2).

En la experiencia efectuada se ha apreciado la complejidad que conlleva la preparación y montaje de la unidad didáctica. No obstante, además de esta difusión en Educación Sanitaria televisiva cabe la posibilidad de mantener una trayectoria educativa socio-sanitaria próspera no sólo a nivel audiovisual sino también utilizando otros medios como la radio, prensa, discusión en grupo o charlas y conferencias.

Conviene señalar que una mejor consecución de los objetivos planteados se logrará con una coordinación eficaz entre el educador y los técnicos de la transmisión de los mensajes, para que de esta forma los receptores puedan asimilar correctamente la información, dotándose estos de unos amplios conocimientos saludables, creando una sensibilización en los usuarios y provocando unas actitudes y comportamientos aceptables en la población.

Agradecimientos

A José Seda Diestro, al Ilustre Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Sevilla, a Onda Genil Televisión, al Hospital San Sebastián de Écija y al Centro Astimedi.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Manual para las Oposiciones de D.U.E. del S.A.S. (Escuela Ciencias de la Salud). Madrid. Editado por la Fundación Salud y Sociedad, 1.997. Tema 15, 18-23.
- (2) Dirección General de Planificación Sanitaria. Guía para la Elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud. Madrid.- Edita Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.989. Colección 5, 30.
- (3) Luis Rodrigo MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Tercera edición. Madrid. Edita Harcourt Brace de España, S.A., 1.998, 52, 53.
- (4) Poletti RA. Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Primera edición. Barcelona. Ediciones Rol, 1.980, 11, 147, 149, 151.
- (5) Berthaux P, et al. Cuadernos de la Enfermería (Gerontología Geriátrica). Primera edición. Barcelona: Ediciones Masson, 1.981; 1,3.
- (6) Piédrola Gil G. Salud en la Tercera Edad. problemas y soluciones. En: Piédrola Gil G, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Novena edición. Barcelona: Ediciones Masson-Salvat, 1.991. Capítulo 75, 1.163-1.167.
- (7) Aguado García JM, et al. Medicina Interna (Farreras/Rozman). Decimotercera edición. Madrid. Editorial Mosby-Doyma, 1.995. Volumen 1, 1.280-1.281.
- (8) Mcleod FR. Manual para Diplomados en Enfermería y A.T.S. (Geriatria). Barcelona: Edición Médica y Técnica S.A., 1.980, 174-176.
- (9) Navarro-Beltrán E. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Decimotercera edición. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas Masson-Salvat, 1.992; 337.
- (10) Llamas MA, Benavent Boluda A. Programa Educativo de Estilos de vida sanos en el Anciano. Segunda edición. Valencia: Edita Conselleria de Sanitat i Consum, 1.989, 34.
- (11) Burns EM, et al. Enfermería Geriátrica. Madrid. Ediciones Morata, 1.980, 74.

EXCLUSIVO

Profesionales de Enfermería



póliza
TOTAL



TERCEROS + ROBO + LUNAS + PÉRDIDA TOTAL

Responsabilidad Civil
Obligatoria +
Responsabilidad Civil
Suplementaria Ilimitada
+ Defensa y Reclamación
+ Accidentes Conductor
+ Asistencia en Viaje +
Robo + Lunas + Daños
Propios / Incendio en
caso de siniestro total.

USTED ELIGE

2

NUEVAS OPCIONES



CAUDAL

Nos preocupamos
por llegar
AUN MÁS LEJOS...

Oferta válida hasta fin de existencias



**SÓLO POR LLAMAR Y SOLICITAR
PRESUPUESTO, le regalamos esta
práctica LINTERNA muy útil para
llevar dentro del coche.**

GRATIS

póliza
SÚPER 30



TODO RIESGO CON FRANQUICIA DESDE 30.000 PTAS.

Responsabilidad Civil
Obligatoria +
Responsabilidad Civil
Suplementaria Ilimitada
+ Defensa y Reclamación
+ Accidentes Conductor
+ Asistencia en Viaje
+ Lunas + Robo
+ Daños Propios /
Incendio.

**INFÓRMESE
sin compromiso**

900 - 13 14 15

Llamada Gratuita



HORARIO:
de lunes a viernes
de 9 a 18 horas
ininterrumpidamente



CAUDAL

Nueva Enramadilla, manzana 2
Avda de la Buhaira
Tel.: 95 - 463 66 45 • Fax: 95 - 463 09 36
41018 - SEVILLA

LA ÚLTIMA VEZ QUE LA MALTRATARON, ELLA SE DEFENDIÓ CON EL TELÉFONO.



TELÉFONO DE ATENCIÓN AL MENOR. FUNDACIÓN ANAR.

**INVERTIMOS MÁS DE 3.000 MILLONES
DE PTAS. EN PROYECTOS ASISTENCIALES.**

Como en el Teléfono del Menor. Un proyecto en el que, junto con la Fundación ANAR, formamos voluntarios para que a través del teléfono presten toda su ayuda y comprensión a los menores que más lo necesitan, los que tienen miedo a hablar. Y seguimos trabajando en muchos otros proyectos, como los centros de rehabilitación para drogodependientes en Madrid, el centro para transeúntes marginales San Vicente de Paúl en Cádiz, el taller ocupacional para disminuidos psíquicos en Teruel... En definitiva, Caja Madrid destina este año más de 14.000 millones de ptas. en proyectos sociales y culturales. ...Porque cuantos más seamos, más haremos.



CAJA MADRID
NUESTRO BENEFICIO
ES SUYO