

Revista Científica



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 41, Año XII 1º Cuatrimestre del 1999

Colegio de Enfermería de Sevilla

Bioética y Ética del cuidado

Calidad en la atención a pacientes hipertensos

**Cuidados de enfermería y valoración de las
necesidades básicas en una unidad de Medicina
Interna**

**Estudio de demora en pruebas analíticas urgentes
del Servicio de Hematología**

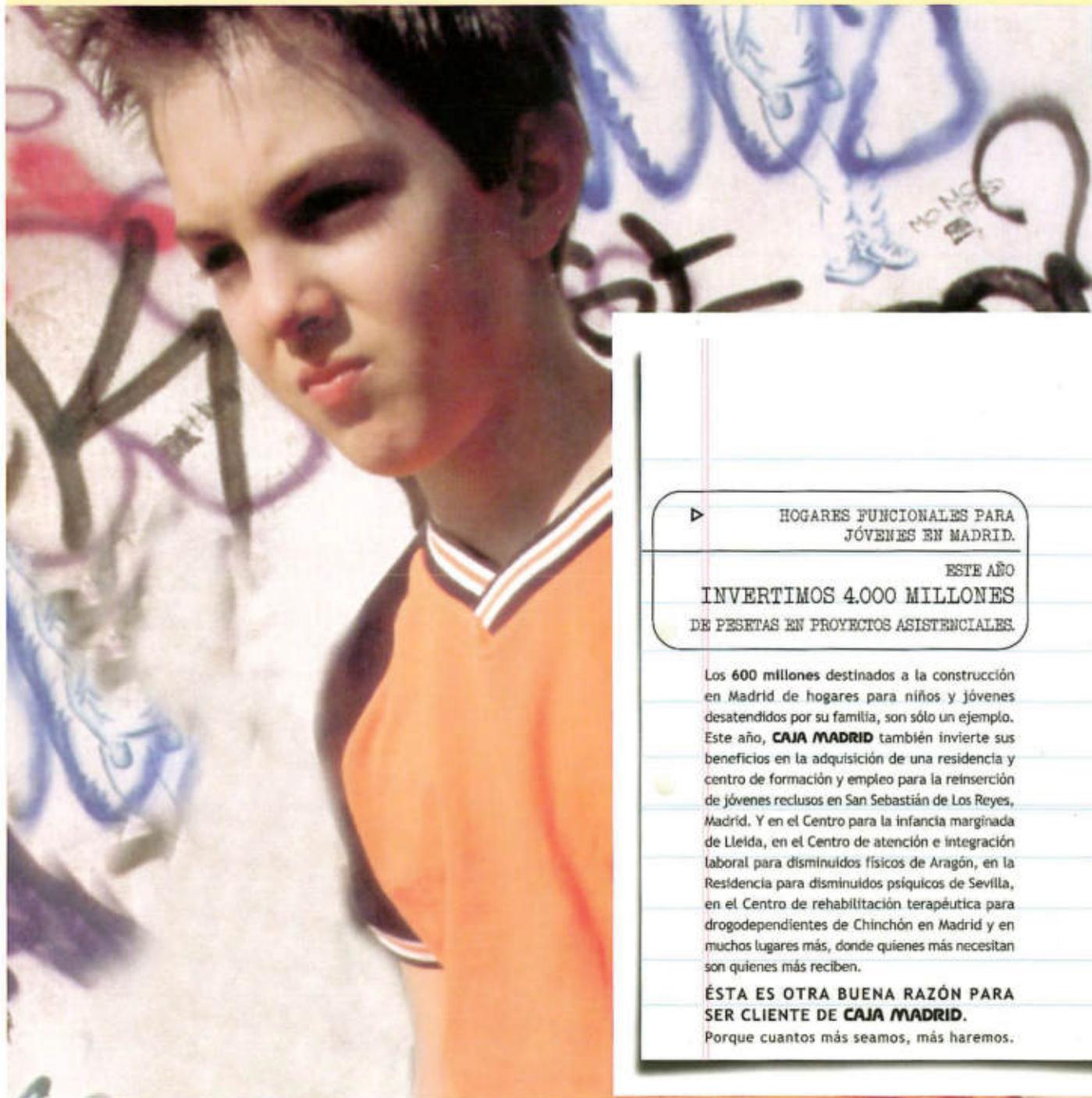
**Enfermedades inflamatorias del Intestino:
Nutrición, Dietética y Consejos**

**Conocer la ansiedad del paciente quirúrgico: Una
necesidad para el cuidado de enfermería**

**Angioplastia transluminal percutánea: alternativa a
la endarterectomía carotídea en el ictus**

Cirugía ambulatoria: causa de estrés

4.000 Millones en Proyectos Asistenciales.



▷ HOGARES FUNCIONALES PARA JÓVENES EN MADRID.

ESTE AÑO
INVERTIMOS 4.000 MILLONES
DE PESETAS EN PROYECTOS ASISTENCIALES.

Los 600 millones destinados a la construcción en Madrid de hogares para niños y jóvenes desatendidos por su familia, son sólo un ejemplo. Este año, **CAJA MADRID** también invierte sus beneficios en la adquisición de una residencia y centro de formación y empleo para la reinserción de jóvenes reclusos en San Sebastián de Los Reyes, Madrid. Y en el Centro para la infancia marginada de Lleida, en el Centro de atención e integración laboral para disminuidos físicos de Aragón, en la Residencia para disminuidos psíquicos de Sevilla, en el Centro de rehabilitación terapéutica para drogodependientes de Chinchón en Madrid y en muchos lugares más, donde quienes más necesitan son quienes más reciben.

ÉSTA ES OTRA BUENA RAZÓN PARA SER CLIENTE DE **CAJA MADRID**.

Porque cuantos más seamos, más haremos.

Nuestro beneficio es suyo. Desde hace 300 años.



Bioética y Ética del cuidado

Un renovado interés por la ética se está dejando sentir en el mundo de la salud. El desarrollo de los aspectos éticos en Enfermería suele estar en función del interés que sus profesionales y los representantes de éstos en las instituciones que les agrupan (sobre todo en las Escuelas y Colegios Profesionales) tengan por el cultivo de la *profesión del Cuidado*. En nuestro país, a lo largo de los últimos quince o veinte años, algunos pasos se han dado: la troncalidad de la ética en los nuevos planes de estudios, la aparición de descriptors éticos en los programas de formación post-grado, la presencia de enfermeras/os en asociaciones científicas de bioética fundamental y clínica, la participación en los Comités Éticos de Investigación Clínica y en los Comités de Ética Asistencial, la adopción del Código de Ética de Enfermería por parte de algunos colegios profesionales y sus respectivas Comisiones de Ética, así como el llamado Código Deontológico de la Enfermería Española. Algo hay, sí, pero queda por construir y desarrollar casi todo.

El afán por hacer corresponder *ética y cuidado*, a nivel docente, docente, discurre hoy en una doble perspectiva. Por una parte, estamos importando la *bioética* que suele manejarse en el campo médico; el término, puesto en circulación por Van Potter (*Bioethics: a Bridge to the Future*, 1971) se refiere al "estudio de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del *cuidado de la salud* a la luz de los valores y principios éticos", con el fin de saber tomar decisiones y resolver los conflictos éticos que pueden presentarse en cada caso. Aquí el referente conceptual no es otro que el de la *lógica de la racionalidad* de los principios de Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia. Ahora bien, desde el genuino ser de la enfermería como arte, como ciencia y como profesión de los cuidados de salud -nuestro lugar natural y propio- estamos tomando conciencia últimamente de que la cuestión vital del enfermo no puede resolverse sólo con el discurso del "yo" autónomo profesional, sino en la relación con el *otro* en tanto que enfermo, necesitado de ayuda. La construcción, pues, de la ética enfermera tiene que discurrir en el cruce de los caminos de la *relación interpersonal*, donde lo ético no se propone como un frío saber científico sobre casos a resolver desde los referidos principios bioéticos, sino como un saber *significativo* sobre el ancho espacio de la narración. Aquí el "yo" enfermero es en relación con el otro en tanto que *otro* necesitado de ayuda. Pues, bien, a esta otra perspectiva se le llama hoy día *ética del cuidado*; y detrás de la expresión "ética del cuidado" está la conducta de la enfermera de siempre, la que ha entendido que su *cuidar* es un *hacer* referido al ser humano como tal y, por ello, tiende a buscar su bien en clave de salud. Este *quehacer* es, precisamente, lo que da sentido al *hacer* enfermero, en el que se revela la instancia ética de nuestra relación clínica con el enfermo, familia y entorno; y en el que se pone de manifiesto los valores de siempre: el amor, la vocación, la compasión, la responsabilidad, etc., sin olvidar las exigencias de los principios mencionados. Por tanto, la oferta de salud por parte de las enfermeras y enfermeros ha de ser ética o no ha de ser nada y, a la inversa, nuestra ética ha de ser saludable y humanizadora o no será en absoluto. De ahí que si la dignidad de la persona humana es el origen y meta de los cuidados enfermeros, nuestra conducta profesional debe fundamentarse en unos conocimientos y actitudes de carácter ético que *orienten* el cuidado hacia el bien de las personas.

Francisco de Llanos Peña
 Profesor Titular Escuela Universitaria Ciencias de la Salud
 Dpto. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Sevilla.

EDITA

Ite. 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 Moralecha

M^a Dolores Ruiz Fernández

M^a Josefa Espinaco Garrido

Amelia Lerma Soriano

M^a Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

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. 88032 R.

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E

IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

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

Sumario

HYGIA

Nº 41

3
tres

Bioética y Ética del cuidado

5
cinco

Calidad en la atención a pacientes hipertensos

13
trece

Cuidados de enfermería y valoración de las necesidades básicas en una unidad de Medicina Interna.

18
dieciocho

Estudio de demora en pruebas analíticas urgentes del Servicio de Hematología

24
veinticuatro

Enfermedades inflamatorias del Intestino: Nutrición, Dietética y Consejos

31
treintauno

Conocer la ansiedad del paciente quirúrgico: Una necesidad para el cuidado de enfermería

36
treintaseis

Angioplastia transluminal percutánea: "Alternativa a la endarterectomía carotídea en el ictus"

40
cuarenta

Cirugía ambulatoria: Causa de estrés

Luis Valderrama
Bernal
Colegiado
nº 23
Título:
"Balcón Andaluz"



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

Calidad en la atención a pacientes hipertensos

M^a Dolores Guerra Martín¹.

M^a Carmen Pareja Arcos².

Teodoro González Alonso².

Vicente Fernández Rodríguez³.

¹Enfermera y Antropóloga. ²Médico. ³Enfermero. Centro de Salud de Bellavista. Sevilla

RESUMEN

Se pretende con este artículo presentar un trabajo de investigación que hemos realizado en el Centro de Salud de Bellavista, con relación a la mejora de la calidad en la atención prestada a pacientes hipertensos.

Seguimos el ciclo de garantía de Calidad de Palmer y hemos hecho una revisión interna, sobre los controles y mínimos a realizar en hipertensos controlados.

Planteamos un cronograma de actividades. Seleccionamos cinco criterios (dos correspondían a Enfermería), con sus excepciones y aclaraciones a los mismos. Priorizamos de los criterios e iniciamos las medidas correctoras.

En cuanto a los dos criterios relacionados con Enfermería, hay uno que se cumple en un 46,7% y otro en un 20% según los datos reflejados en las historias personales.

Con este estudio hemos observado un déficit en el sistema de registro, que pretendemos corregir fomentando su utilización, haciendo revisiones internas de las historias y motivando a los profesionales a comprender la importancia del registro de las actividades realizadas en las historias, siendo ésta la idea principal de este trabajo de investigación.

rentes grados dentro de un continuo, no siempre que se hable de calidad, estamos hablando de alta calidad, como comúnmente puede pensar la gente. (2)

Existen distintos componentes de la atención de la calidad, nosotros en este trabajo nos hemos centrado en la CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA O COMPETENCIA PROFESIONAL. (2)

Donabedian divide la producción de los servicios de salud en tres componentes: estructura, proceso y resultados, que no nos vamos a poner a explicar, sólo decir, que nos hemos basado en el presente estudio, en la evaluación del PROCESO, ya que éste incluye, lo que los profesionales hacen AL, PARA Y POR el paciente y/o población atendida, permitiéndonos detectar problemas y corregirlos, mejorando a su vez los resultados de la atención prestada (5).

Palabras clave

Calidad, Hipertensión, Autoevaluación, Registro, Motivación.

Introducción

Es difícil definir la calidad desde el punto de vista de los Servicios Sanitario (1), puesto que el producto que se pretende conseguir es la Salud, y ésta es muy difícil de medir, ya que está influenciada por muchas circunstancias que no son sanitarias (medio ambiente, ingresos, vivienda,...). (2)

Hay muchas definiciones de calidad de la atención pero como diría

Saturno P. J. (3) la mejor definición que podríamos ofrecer sería una hoja en blanco.

La calidad está condicionada por la cultura en que se encuentra inmersa una determinada comunidad (4). Lo que sí está claro es que conlleva un conjunto de métodos a la hora de hacer las actividades y mejora el servicio al cliente. Un detalle queda por decir en referencia a la calidad y es que tiene dife-

El presente estudio sobre la evaluación de los controles y contenidos de éstos, que se realizan en las consultas de crónicos, surgió, a raíz de un curso sobre Mejora Continua de la Calidad en los Servicios Sanitarios que nos proporcionó el Distrito Sanitario Dos Hermanas-Alcalá Guadaira-Utrera de Sevilla (Curso enmarcado en el II Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas). De este curso surgió la idea de realizar un estudio sobre la calidad científico-técnica prestada por parte de los profesionales, en el Centro de Salud de Bellavista.

Nos planteamos con este trabajo, los siguientes objetivos:

- Motivar a los profesionales del equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Bellavista, en la utilización de técnicas que permiten la autoevaluación y mejora continua de las actividades.
- Valorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes hipertensos controlados, tanto en consulta médica como de enfermería.

Material y Métodos

Seguimos como metodología de trabajo, el ciclo de garantía de Calidad de Palmer, R. M. (6) **TABLA 1.**

Como resultado de esta experiencia práctica del curso, nos llevamos a cada lugar de trabajo, un

cronograma de actividades. **TABLA 2.**

Fase 1ª: Informamos al equipo sobre los objetivos que queríamos conseguir. Íbamos a realizar una revisión interna, para mejorar la asistencia (7). Después, de varias sesiones en reuniones de Formación Continuada, llegamos al consenso de analizar la calidad prestada a los hipertensos (2 y 8).

Fase 2ª: Realizamos el diseño de la ficha de evaluación, siendo la fuente de datos las historias personales, como sistema de registro del que íbamos a proveernos de la información (9).

La ficha llevaría los distintos criterios seleccionados y su cumplimiento o no, por parte de cada historiado seleccionado.

Fase 3ª: Nos pusimos a seleccionar los criterios, excepciones al

criterio y aclaraciones al mismo, pero antes de exponerlos queremos hacer un inciso, para hacer referencia a los conceptos con los que vamos a trabajar (1 y 10).

Criterio: Es el modelo o patrón que sirve para medir nuestra realidad.

Excepciones al criterio: Son las situaciones que existen como excepción a la regla, expresada en un criterio determinado.

Aclaraciones al criterio: Sirven para que el evaluador, no tenga que hacer juicios personales, sobre si se cumple o no un criterio.

Los criterios seleccionados fueron cinco y son los siguientes:

CRITERIO Nº 1: A todo paciente diagnosticado de H.T.A. y bien controlado, se le tomará la tensión arterial, cada 3-6 meses, en Consulta de Enfermería.

TABLA 1. CICLO DE GARANTÍA DE CALIDAD



TABLA 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TAREAS	NOVIEMBRE 1997	DICIEMBRE 1998	ENERO 1998	FEBRERO 1998	MARZO 1998
Información al equipo	●				
Diseño ficha evaluación	●				
Criterios excepciones	●				
Diseño muestra		●			
Recogida de datos			●		
Tabulación				●	
Análisis					●
Resultados					●
Medidas correctoras					●

EXCEPCIONES: H.T.A. mal controlada (habrá que hacer dos tomas de T.A. en un intervalo de 15 días).

ACLARACIONES:

- Buen control: T.A. \leq 140 / 90
- Mal control: T.A. $>$ 140 / 90

CRITERIO N° 2: A todo paciente diagnosticado de H.T.A. y bien controlado se le realizará al menos una visita médica al año para revisar las cifras tensionales.

ACLARACIONES: Para considerar que cumple este criterio debe estar registrado en su historia.

CRITERIO N° 3: Mínimos a realizar en cada Consulta de Enfermería:

- Peso.
- Frecuencia Cardíaca.
- Medidas higiénico-dietéticas.

ACLARACIONES: Que cumpla al menos dos parámetros. Las medidas higiénico-dietéticas, se refieren a:

- Dieta.
- Ejercicio físico.
- Tabaco.

CRITERIO N° 4: En la visita médica anual tendrá que tener una analítica básica.

EXCEPCIONES: Que tenga ya hecha una analítica.

ACLARACIONES: Analítica básica:

- Lípidos (colesterol y triglicéridos).
- Ácido úrico.
- Glucemia.

CRITERIO N° 5: En los últimos tres años que tenga un EKG o informe reflejado en la Historia.

Fase 4ª: Para el diseño de la muestra, nos surgió el problema del censo de pacientes hipertensos. Ante lo cual, hubo que hacer el censo, extrayéndolo de las Consultas de Enfermería y de las Consultas Médicas. Obteniendo un censo final de 839 hipertenso historiados. **TABLA 3.**

A continuación diseñamos la muestra, escogiendo un total de 60 historias clínicas para evaluar, del total de 839. Escogiéndose la

muestra por muestreo aleatorio estratificado proporcional (11).

TABLA 4.

Fase 5ª: Pasamos a la recogida de datos que una vez identificadas las historias a evaluar, dos observadores/evaluadores se encargaron de evaluar una por una cada historia, anotándose cada resultado que salía de si se cumplía o no el criterio designado.

Fase 6ª: de la tabulación de los datos recogidos, se pusieron en confrontación los resultados de ambos observadores/evaluadores para saber la concordancia entre los, con la idea de comprobar si estaban bien recogidos los datos, comparando si habían recogidos ambos evaluadores los mismos resultados

Fase 7ª y 8ª: En estas fases hicimos un análisis de los datos recogidos por ambos observadores/evaluadores, presentamos los resultados al equipo de este Centro de Salud y por último se propusieron unas medidas correctoras.

TABLA 3. POBLACIÓN TOTAL DE HIPERTENSOS

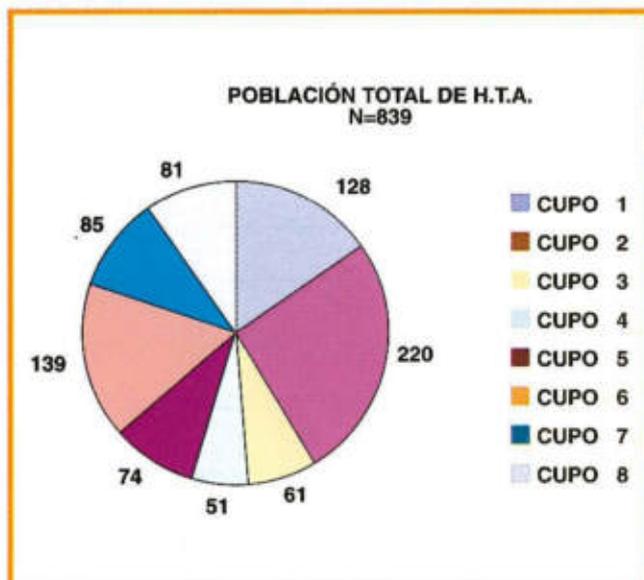
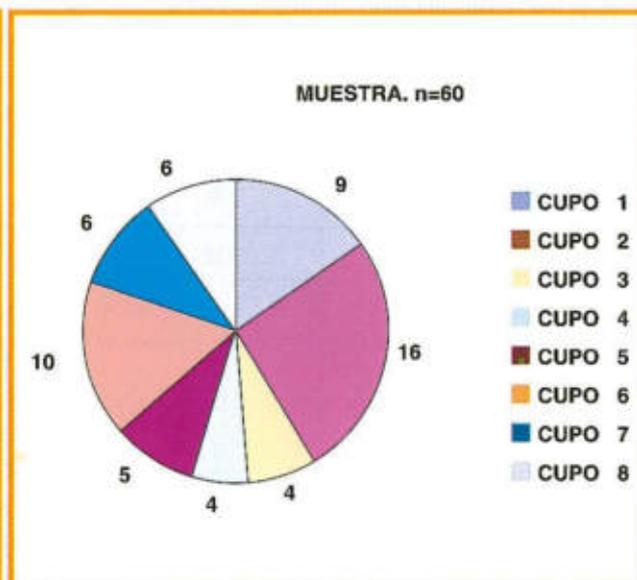


TABLA 4. MUESTRA



El análisis de estas dos fases se presenta en los apartados de resultados y discusión.

Fase 9ª: Por último nos queda por resolver cual de los cinco criterios vamos a priorizar, para poder iniciar las medidas correctoras de la fase 9 de nuestro cronograma de actividades, la técnica que utilizamos es la de la priorización mediante el Diagrama de Pareto (12 y 13).

El diagrama de Pareto nos ayuda a determinar que problema resolver y en qué orden. Dirigiendo nuestra atención y esfuerzo hacia problemas que ocurren con más frecuencia. Sirviendo para evidenciar prioridades y facilitar la toma de decisiones.

Resultados

A continuación presentamos en las **TABLAS 3 Y 4** el total de historias por cada cupo y la muestra de cada uno de ellos.

De la sexta fase sobre tabulación, introducimos el hecho de compro-

bar si ambos observadores/evaluadores presentaban una concordancia entre los datos recogidos por ambos. **TABLA 5.** En cuanto, a la concordancia general (10) los resultados eran menores de un 95%, siendo los valores exigibles mayores o iguales a este 95%, para usarlos con seguridad como medida aislada de fiabilidad.

La fiabilidad, es la capacidad del indicador para obtener los mismos resultados, en las diferentes observaciones o mediciones hechas por el criterio (10). Por lo cual, realizamos también el índice de Kappa (10) que sirve para eliminar la concordancia debida al azar. **TABLA 5.**

Esta fórmula del índice de Kappa, pone en relación la concordancia observada y la esperada por el azar, resultando un **grado de concordancia**, de los datos recogidos, entre ambos evaluadores: **excelente**, según autores expertos en la materia, ya que ambos eran mayores de 0,70.

El valor máximo del índice de Kappa es 1 que significa un acuerdo entre ambos observadores de un 100%. Valores mayores de 0,70

como es nuestro caso sugieren un grado de concordancia excelente: entre 0,70 y 0,40 es aceptable y por debajo de estas cifras son considerados deficientes los resultados. Si se obtiene un valor igual a cero, señalaría que el acuerdo se puede explicar por el azar y por último si, Kappa tiene un valor negativo, sugiere que el acuerdo real es menor que el que obtendríamos meramente por casualidad (10).

Posteriormente a esta recogida de datos y tabulación, pasamos a la **fase 7ª** del análisis de los datos presentando el siguiente cuadro, de los cumplimientos de los criterios en general. **TABLA 5.** Observamos que el criterio que menos se cumple es el número tres, que está relacionado con la enfermería.

A continuación presentamos los datos de cumplimientos de los criterios, por cada cupo asignado a enfermería y médicos. En nuestro Centro de Salud de Bellavista hay ocho enfermeros designados a ocho cupos médicos. **TABLA 6.** En esta tabla observamos cómo hay un cupo que incumple los cinco criterios.

TABLA 5. CRITERIOS. CONCORDANCIA ENTRE LOS DOS EVALUADORES. INDICE DE KAPPA. TOTALES DE LOS CUMPLIMIENTOS DE LOS CRITERIOS Y SUS PORCENTAJES

CRITERIOS	CONCORDANCIA GENERAL	ÍNDICE DE KAPPA	CUMPLEN	PORCENTAJES
1	86%	0,73	28	46,7%
2	93%	0,85	37	61,7%
3	90%	0,70	12	20,0%
4	81%	0,62	36	60,0%
5	88%	0,75	21	35,0%

TABLA 6. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTOS DE CRITERIOS POR CUPOS

CRITERIOS	n ₁	n ₂	n ₃	n ₄	n ₅	n ₆	n ₇	n ₈
1	33,3%	56,2%	75%	0%	40%	70%	0%	16,7%
2	66,7%	75%	100%	0%	40%	80%	50%	16,7%
3	0%	25%	25%	0%	60%	30%	0%	0%
4	55,5%	69%	100%	0%	60%	70%	33,3%	50%
5	0%	56,2%	25%	0%	20%	40%	66,7%	0%

Con respecto a enfermería:

Criterio 1: Hay dos cupos que los incumplen totalmente y el valor máximo de cumplimientos es un 75%.

Criterio 3: Hay cuatro cupos que presentan un 0% en cumplimientos del criterio y el valor máximo de cumplimientos es de un 60%. En el apartado de discusión, ampliamos este apartado.

En cuanto a la fase 9ª sobre medidas correctoras, en la **TABLA 7** se presenta el diagrama de Pareto,

en el cual nos hemos basado para priorizar los criterios 3 y 5.

En resumen este diagrama sirve para priorizar las intervenciones, observando gráficamente como con la intervención en los criterios 3 y 5 conseguimos solucionar un 52,5% de los defectos de calidad por lo cual son los prioritarios, sobre los que hemos decidido actuar.

Discusión

Con respecto a los resultados obtenidos.

- En cuanto a la población total de hipertensos censados, hay un cupo que presenta 220 (máximo) y otro 51 (mínimo), habiendo mucha diferencia numérica, por lo que creemos conveniente estudiar si se debe a que no estén historiadados estos pacientes o bien a que en realidad no estén censados por deficiencia en el registro del censo.

- En cuanto a los criterios, hemos detectado que los que más se incumplen son el 3 y el 5. A este respecto hay que decir que hemos estudiado el caso y

hemos detectado que probablemente el nivel de incumplimientos de los criterios se deba a la falta de registro de estos criterios en las historias.

- También se observa que existe un cupo que incumple todos los criterios de forma preocupante, aunque hay que decir que este hecho sólo hace referencia a que no dejan reflejado los datos en la historia pero no se sabe si se realizan o no al no haber constancia.

Ante los resultados obtenidos, creemos conveniente continuar

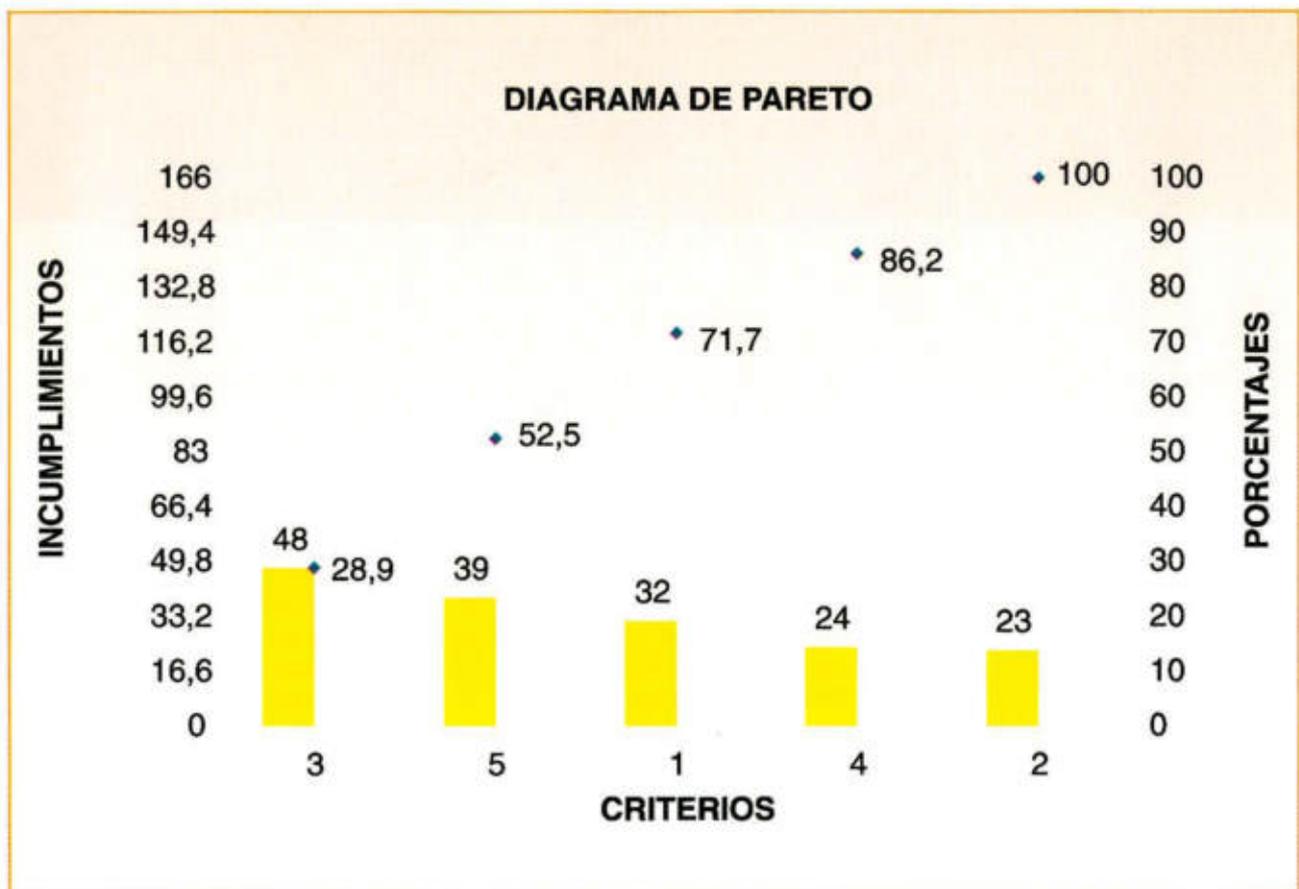
la fase de la aplicación de medidas correctoras ya iniciales con el criterio 3 en lo que respecta a enfermería. Hemos comenzado las medidas correctoras de esta novena fase, realizando una hoja de seguimiento de crónicos (sobre la base de otra ya existente), **TABLA 8**, donde introducimos los controles que se pueden realizar, la educación sanitaria que se les suministra y observaciones, a fin de poner los profesionales solo los datos de los controles y la fecha, con el fin de evitar olvidos de recogida de los mismos y solucionar el cumplimiento del criterio 3.

Después, debemos continuar con una reevaluación y vuelta a iniciar el Ciclo de Garantía de Calidad propuesto por Palmer (6).

Con respecto a los objetivos previos planteados en esta investigación.

- Creemos que se fomentan ambos, con la introducción de las medidas correctoras que hemos iniciado del nuevo modelo de registro para la anotación de los controles, al utilizar una técnica que permite la autoevaluación en el caso del cumplimiento de los controles realizados.

TABLA 7. DIAGRAMA DE PARETO



BIBLIOGRAFÍA

1. SATURNO P. J. Y otros. *¿Qué es la calidad? en: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. DU PONT PHARMA: 19-45.*
2. VEGA MONCLÚS, E. *Manual Garantía de Calidad. Atención Primaria de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1ª edición 1994: 19-59.*
3. SATURNO. P. J. *La definición de la Calidad de la Atención. En: Marquet Palomer R. Garantía de la Calidad en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993:7-17.*
4. SONIS, A. y PAGANINI, J. M. *La Atención de la Salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de Atención. En: Atención de la Salud (3ª ed. Tomo II) (Sonis, A. ed.) Buenos Aires: El Ateneo, 1984: 306-313.*
5. DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984.*
6. PALMER, R. H. *Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.*
7. SATURNO, P. J. *Como diseñar una evaluación sobre calidad asistencial en Atención Primaria. Documento interno de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia. 88-89.*
8. FOG, G. Y otros. *El control de calidad como herramienta útil para los equipos de Atención Primaria. Propuestas metodológicas para la detección y priorización de problemas y la fijación de criterio. 8ª Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1988.*
9. MARTÍN ZURRO A. / CANO PÉREZ J. F. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma, 1986: 105-136.*
10. ANTOÑANZAS A. / MAGALLÓN R. *Medición de la Calidad: criterios normas, estándares, indicadores en Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo II. DU PONT PHARMA: 75-107.*
11. PALOM IZQUIERDO F. J. *Círculos de Calidad. Teoría y práctica. Colección Productiva. Marcombo. Barcelona, 1987.*
12. MAGALLÓN R. y ANTOÑANZAS A. *Medición de la Calidad: recogida, análisis y presentación de los datos en: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo II. DU PONT PHARMA: 137-167.*
13. URÍS J. Y PARIENTE E. *Análisis de las oportunidades de mejora. La búsqueda de Causa en: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo II. DU PONT PHARMA: 49-72.*
14. DAVINS J. *Estrategia de implantación de un programa de Calidad en un Centro de Salud. Organización y funcionamiento en: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo III. DU PONT PHARMA: 201-230.*
15. SATURNO HDEZ. P. J. *La definición de la calidad de la atención en Garantías de Calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria de Salud nº 13. Doyma 1993.*
16. VUORI, M. D. *Introducir el control de calidad. Un ejercicio de Audacia en: Control de Calidad Asistencial. 2.1 (1-4).1987: Editorial.*

Cuidados de Enfermería y valoración de las necesidades básicas en una unidad de Medicina Interna

Josefa Parrilla Saldaña¹,
Carmen Peñalver Jiménez²,
Jorge Funuyet Guirado³,
Antonia Quero Haro³,
Aniana Chaves Maya³,
Carmen Ruiz Fabrelles³

¹Enfermera. Jefe de Bloque Asistencial. ²Enfermera. Supervisora de Medicina Interna. ³Enfermera. Unidad Digestivo y Respiratorio. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

RESUMEN

En el presente artículo se analizan las causas susceptibles de mejorar la atención al paciente en base a los cuidados realizados según la necesidad alterada, y medidos por los ítems registrados en la hoja de valoración al ingreso del paciente en la Unidad de Digestivo y Respiratorio y procedentes de la Unidad de Urgencias, para realizar la protocolización de la atención y de los cuidados que se prestan en la Unidad a través de planes de cuidados específicos que favorezcan la pronta recuperación del paciente.

Se realiza un análisis descriptivo global por sexos y por especialidades de las variables edad, sexo, higiene, nutrición, reposo y oxigenación, calculándose la media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo.

Se realiza una correlación por rango de Spearman para estas variables.

Se analizan las posibles diferencias significativas:

Comparación de niveles por especialidad. Siendo el nivel de significación en la variable Oxigenación para Digestivo $p = 0,002$, y para Respiratorio $p < 0,001$.

Comparación de niveles por sexo. Siendo el nivel de significación en la variable Higiene entre sexos:

- Hombres $p = 0,004$
- Mujeres $p = 0,004$

El cálculo de la muestra se efectúa a través de un muestreo aleatorio simple, con un tamaño de población de 100 pacientes de los que ha resultado 83 de Digestivo y 17 de Respiratorio, con independencia de edad y sexo.

De los resultados obtenidos se detectan diferencias significativas ($p = 0,002$) entre los valores medios de oxigenación de las especialidades de Digestivo y de Respiratorio.

Se detecta también diferencia significativa ($p = 0,004$) para los valores medios de Higiene entre sexos.

Palabras clave

- Cuidados
- Valoración
- Necesidades básicas
- Digestivo
- Respiratorio
- Calidad

1. Introducción

La alteración de las necesidades básicas y su pronto restablecimiento es una cuestión de gran importancia en los cuidados de enfermería, por lo que nuestro estudio va dirigido a la alteración de las necesidades básicas prioritarias en los pacientes de Digestivo y Respiratorio, para valorar la calidad asistencial en estos pacientes procedentes de Urgencias e ingresados en dicha Unidad asistencial, así como la intervención y posibles modificaciones efectuadas a estos pacientes en la Unidad asistencial, dependiendo del grado de alteración de dicha necesidad. Así como valorar el tiempo de recuperación o restablecimiento para ver si existe relación directa entre la atención prestada y mejora de la calidad en los cuidados de enfermería.

Para Virginia Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su más pronta independencia es el aspecto del trabajo que la enfermera inicia y controla, y en el que es dueña de la situación.

Esta autora parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuan-

do está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina "Cuidados Básicos de Enfermería", que se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborado en razón de las necesidades detectadas.

El estudio ha sido realizado en el Área Hospitalaria de Valme, siendo la población total de influencia de 321.810 habitantes con un 96%, aproximadamente, procedentes del área rural, siendo el número total de ingresos anuales, según las últimas estadísticas elaboradas en el año 1995, de 1138 pacientes de patología digestiva, con una estancia media de 8,09 días, y de 754 pacientes de Respiratorio, con una estancia media de 8,59 días.

2. Objetivos

A) OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer y analizar el grado de

alteración de las necesidades básicas en los pacientes de estudio.

2. Establecer un plan de cuidados conducente al más pronto restablecimiento del paciente.

B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Entrevistar al paciente en las primeras 24 horas de estancia en la Unidad.
2. Valorar y registrar la alteración de las necesidades de: Higiene, Nutrición, Reposo-Sueño, Oxigenación.
3. Informar e implicar al paciente en el autocuidado.

3. Material y Método

El estudio se ha realizado en el Servicio de Digestivo y Respiratorio del Hospital Universitario de Valme de Sevilla, en el período comprendido desde 1 de Marzo de 1996 al 30 de Septiembre de 1996, contabilizándose en dicho servicio según las estadísticas del

año 95 un total de 1892 pacientes anuales, de los cuales 1138 pertenecen a la Unidad de Digestivo con una estancia media de 8,09 días, y 754 pertenecientes a la Unidad de Respiratorio con una estancia media de 8,59 días. El cálculo de la muestra se efectuó a través de un muestreo aleatorio simple sin reposición y con un tamaño de población de 100 pacientes de los que resultaron 83 de Digestivo y 17 de Respiratorio con independencia de edad y sexo.

Se trata de un estudio prospectivo consecutivo. Se realiza análisis descriptivo global por sexos y por especialidades de las variables: Higiene, Nutrición, Reposo y Oxigenación, calculándose media, mediana, desviación estándar, mínimo y máximo.

Se realiza para estas variables una correlación por rangos de Spearman. Se analizan las posibles diferencias significativas entre las especialidades (Digestivo y Respiratorio) y entre sexos.

COMPARACIÓN DE NIVELES POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD		MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMO	MÁXIMO	p
OXIGENACIÓN	DIGESTIVO	94.0964	100	17.5330	10	100	0,002
	RESPIRATORIO	55.2941	50	33.9333	10	100	< 0,001
REPOSOS	DIGESTIVO	79.1687	100	31.3290	1	100	n.s.
	RESPIRATORIO	66.4706	50	35.5213	10	100	
NUTRICIÓN	DIGESTIVO	67.2289	50	30.3762	10	100	n.s.
	RESPIRATORIO	62.9412	50	30.9767	10	100	
HIGIENE	DIGESTIVO	80.2410	100	29.4658	10		n.s.
	RESPIRATORIO	71.7647	100	33.2106	10		

P = Nivel de significación.

COMPARACIÓN DE NIVELES POR SEXO

ESPECIALIDAD		MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMO	MÁXIMO	p
OXIGENACIÓN	HOMBRE	86.7742	100	25.9112	10	100	n.s.
	MUJER	88.6842	100	25.3805	10	100	
REPOSO	HOMBRE	75.1774	100	32.6931	1	100	n.s.
	MUJER	80.0000	100	31.7081	10	100	
NUTRICIÓN	HOMBRE	64.6774	50	29.6823	10	100	n.s.
	MUJER	69.4737	50	31.6183	10	100	
HIGIENE	HOMBRE	72.0968	100	32.2458	10	100	0,004
	MUJER	89.7368	100	22.7188	10	100	

ANÁLISIS DESCRIPTIVO GLOBAL

VARIABLE	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍNIMO	MÁXIMO
OXIGENACIÓN	87.50	100	25.5989	10	100
REPOSO	77.01	100	32.247	1	100
NUTRICIÓN	66.50	50	30.364	10	100
HIGIENE	78.80	100	30.127	10	100

Se establecen criterios de calidad en cuanto a las variables Higiene, Nutrición, Reposo y Oxigenación, con una escala de medición que permite cuantificar con la mayor precisión posible el estado del paciente con respecto a estas variables, dando valor porcentual a la cumplimentación de cada criterio de calidad, quedando registradas todas las características de estos criterios de calidad en la hoja de valoración realizada al paciente en las primeras 24 horas de su ingreso en la unidad asistencial.

A este respecto, cabe indicar que se ha adoptado la siguiente defini-

ción en cuanto a la cumplimentación en los criterios de calidad:

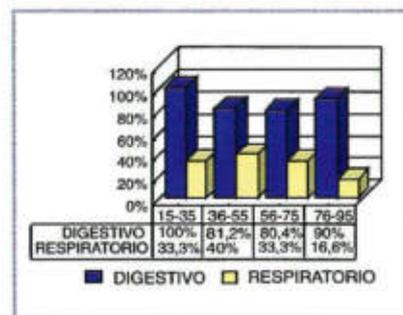
- Cumplimentado al 100% = óptimo
- " al 50% = aceptable
- " al 10% = pésimo

4. Resultados y Discusión

Se detecta diferencia significativa entre los valores medios de Oxigenación de las especialidades de Digestivo y Respiratorio, siendo el nivel de significación:

- p = 0,002 para Digestivo
- p = 0,001 para Respiratorio

CUMPLIMENTACIÓN CRITERIO ÓPTIMO VARIABLE: OXIGENACIÓN



No se detecta significación para las comparaciones de Reposo, Nutrición e Higiene.

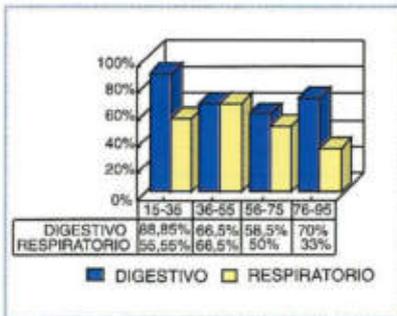
Se detecta diferencia significativa para los valores medios de *Higiene* entre sexos, siendo el nivel de significación:

existe una relación directa en cuanto a las variables Edad y Calidad, ya que apreciamos que los pacientes con intervalos de edades

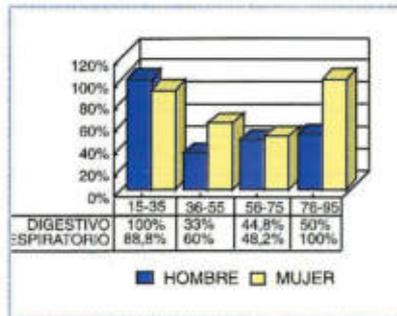
nutricionales en los pacientes de patologías digestivas y, también, un descenso en las patologías respiratorias.

En la variable Reposo-Sueño, la significación se observa en cuanto que se invierten los resultados en los grupos de edades de mayor intervalo: de 15 a 25 años y de 75 a 95 años.

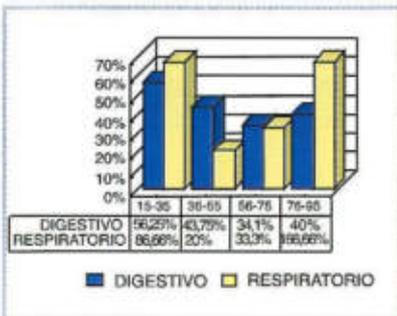
CUMPLIMENTACIÓN CRITERIO ÓPTIMO VARIABLE: HIGIENE



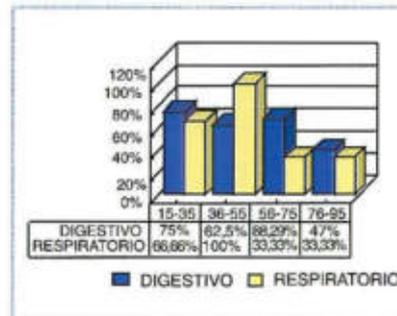
CUMPLIMENTACIÓN CRITERIO ÓPTIMO VARIABLE: HIGIENE



CUMPLIMENTACIÓN CRITERIO ÓPTIMO VARIABLE: NUTRICIÓN



CUMPLIMENTACIÓN CRITERIO ÓPTIMO VARIABLE: REPOSO-SUEÑO



- $p = 0,004$ para hombre
- $p = 0,004$ para mujer

No se detecta significación para las comparaciones de Oxigenación, Reposo y Nutrición.

Por otra parte, según los resultados obtenidos vemos que en los criterios de calidad de elección no

comprendidas entre 76 a 95 años tienen una puntuación más óptima en cuanto a la variable Higiene que las edades intermedias.

Asimismo, en la variable Nutrición con respecto a especialidades, se observan unas mediciones más elevadas en valores

5. Conclusiones

La entrevista realizada al paciente en las primeras 24 horas de su ingreso en la Unidad y su posterior registro en la hoja de valoración, permite detectar con prontitud la alteración de las necesidades básicas y, por tanto, aplicar con mayor intensidad el protocolo de cuidados y optimizar la asistencia hospitalaria y la atención de enfermería.

La sistematización de los cuidados a través del establecimiento de planes de cuidados en base a las necesidades alteradas, permite a los profesionales enfermeros realizar una pronta recuperación del paciente e implicarlo en su autocuidado.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a D. José Antonio Guerrero, Subdirector de Sistemas de Información, y a D. Francisco Guisado, Secretario de Dirección de Enfermería del Área Hospitalaria de Valme (Sevilla).



Valoración de las alteraciones de las necesidades del paciente.



Momento de la entrevista antes de las 24 horas de estancia en la unidad



Hospital Universitario Virgen de Valme

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Grajera B., Mendoza Espejo R., Hinojosa Díaz J., Bultrago-F., "Adequacy of medical referrals to hospital emergency service". *Rev. Atención Primaria* 1995 - Oct. 31; 16 (7): 433-6.
2. Evaluation of adequacy of admission and stay in patients admitted at a tertiary hospital through the emergency service. *Rev. Med. Clínica - Barcelona* 1995 Sep. 30, 105 (10): 396-7.
3. Bueno, R. Fco., Alarcón Polo J., Alarcón Leal A., Calvo Bon J., Vieco Cuéllar I., Sabater Llacer C. Error profesional en los servicios de Urgencias. *Rev. Rol de Enfermería*. Marzo 92. 79-81.
4. González Cano M., Blanco Ramos T. Do the users know where to seek emergency health care? *Rev. Atención Primaria* 1995 Sept. 15; 16 (4): 230-1.
5. Navelro Rilo JC., Díez Estrada M., García Jimeno L., González Álvarez F. Exploración de algunos factores que influyen en la frecuentación a Urgencias del hospital y su ingreso. *Rev. Atención Primaria* 1993 12 (9): 612-614.
6. Descarrega R., Gutiérrez C., Cruz L., López I. Analysis of the inappropriate utilization of to emergency service of a third-level-hospital. *Rev. Atención Primaria*, 31 Marzo 1994; 13(9): 480-3.
7. Rubio Sanz R. Función del control de calidad en la estructuración del servicio de urgencias del hospital. *Rev. Todo Hospital* 1992, 0(90): 33-39.
8. Sauras Herranz M.A., Ruiz Laiglesia F., Fanlo Meroño C., Torrubia Pérez C., Cabañal Quintana G., Broto Civera A., Peña López Galindo M. de la. *Rev. Anales de Medicina Interna* 1994, 11(9): 431-434, 1o REF.

Estudio de demora en pruebas Analíticas Urgentes del Servicio de Hematología

**Domingo Morón Moreno¹,
Antonio Molina Gay²,
Jerónimo Leal Romero³,
Pedro Martín Carpio⁴,
Rosa León Sotelo Medina⁵.**

¹ Enfermero. Jefe de Bloque del área de apoyo al Diagnóstico. ² Enfermero. Supervisor de Hematología.

³ Enfermero. ⁴ Supervisor de bioquímica. ⁵ Enfermera y especialista en Análisis Clínico.

Servicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

I. Introducción

Una de las misiones fundamentales que ha asumido el hospital en nuestra moderna organización, ha sido sin duda alguna, la de mantener las demandas que sobre la prestación de la asistencia de carácter urgente, le son solicitadas por sus miembros cuando éstos se ven en la necesidad o consideración de solicitar este tipo de asistencias.

La complejidad que presenta su adecuada atención; el coste que comporta este tipo de servicios; los problemas de personal; los conocimientos necesarios para su correcta atención, junto con la rapidez que se les exigen, de una u otra forma, presentan -entre otros muchos factores- una serie de complejas situaciones que todo hospital debe saber resolver de la manera más eficaz y eficientemente posible, a fin de que con ello se puedan cumplir los fines básicos que le son requeridos por la sociedad, de atención integral, de calidad humana y respetuosa en los que se incardinan los factores esenciales de curar, aliviar y consolar.

Los servicios de urgencias han pasado a constituirse, en el transcurso de los últimos años, en piezas claves y fundamentales de cualquier organización hospitalaria, de su correcto, adecuado y eficaz funcionamiento, va a depender en gran medida el buen funcionamiento del centro.

Para que el funcionamiento de los servicios de urgencias sean eficientes y eficaces, se hace necesario una respuesta rápida y adecuada de los servicios de laboratorios, todo ello nos ha llevado a realizar un estudio de demora en pruebas analíticas urgentes.

Necesidad de un estudio de demora

La necesidad de realizar un estudio de demora en pruebas analíticas urgentes del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla viene determinada por:

La incorporación de nuevas tecnologías y el conocimiento exacto de la demora en la atención a los usuarios en un área tan crítica como es la Unidad de Urgencias. Los estudios de demora suponen una herramienta potente de trabajo útil para establecer criterios de calidad.

Facilitar una eficiente toma de decisiones en gestión, adecuando los recursos. Tanto humanos



Hospital Universitario Virgen Macarena

como materiales, a las necesidades asistenciales.

Estos estudios permiten localizar los puntos de retraso en la atención a los usuarios y por tanto aplicar las medidas correctoras que permitan el incremento de la calidad prestada.

- * Proporcionan los siguientes beneficios:
 - Establecer estándares.
 - Diminuir costes de transacción y generales, mejorando la eficiencia del nivel micro.
- * Banco de datos para posteriores estudios de investigación o estadísticos.
- * Sistema de evaluación de forma estable. La frecuencia de la evaluación es aconsejable que se realice una o dos veces al año.

Planteamiento del problema

Se plantea el estudio con una doble finalidad:

- 1º) Conocer la demora media en el proceso de pruebas analíticas hematológicas de urgencias.
- 2º) Implantar las medidas correctas que permitan una mejora en la calidad asistencial prestada a los usuarios.

Objetivos

Determinar los tiempos medios de demora en pruebas analíticas hematológicas de urgencias.
Precisar los tiempos de demora por turnos laborales.
Establecer las medidas correctoras en caso necesario.

Material y Método

* Material

Son objeto de estudio los registros de petición de analíticas urgentes recibidas en el Servicio de Urgencias, en sus unidades de Observación y Consultas.
Se han controlado un total de 199 muestras, mediante la aplicación del registro creado a tal fin.
El período de estudio se realizó durante los días 25, 28, 29 y 30 de Junio, 3 y 4 de Julio y 12 de agosto de 1997.

* Método

Para la selección de la muestra se ha tenido en cuenta como requisito único, que las peticiones de analíticas urgentes objeto de control, se encontraran en las historias clínicas de los pacientes atendidos en Observación de Urgen-



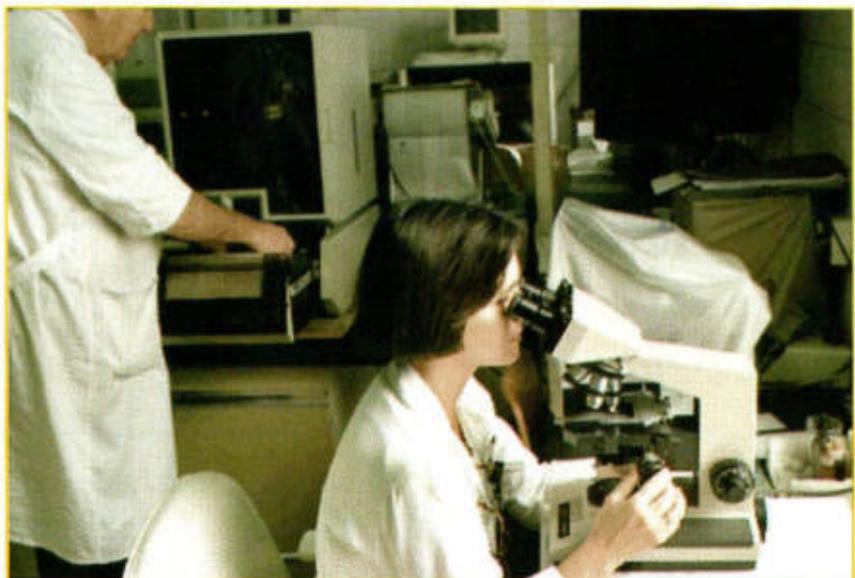
La muestra del estudio se ha realizado de forma aleatoria en tres fases de control.

cias o en las Consultas de Urgencias en los días de control.
Se ha seguido un método inductivo, utilizando una técnica documental basada en el análisis de fuentes primarias de información, en nuestro caso las peticiones de pruebas analíticas urgentes de Hematología y Hemoterapia.
El responsable del control es el Supervisor de Atención Continuada de tarde, realizándose mediante la aplicación del registro creado a tal fin al número de peticiones mencionadas anteriormente.
Se registra la cumplimentación de los datos indicados en las peticiones conforme al protocolo de cumpli-

mentación, procediéndose a continuación a la determinación de los tiempos de demora de cada una de ellas, obteniéndose tras el tratamiento de los resultados la demora media de dichas peticiones.

Selección de la muestra

La muestra se ha realizado de forma aleatoria en tres fases de control. Determinándose los meses de junio, con 4 días, julio con 2 días y agosto con 1 día de control.



Control de muestras a través de frotis de sangre periférica.

Concepción del protocolo

Se diseña un Registro de Control de Demora de Analíticas Urgentes de Hematología en el que figuran los parámetros siguientes a controlar:

- Número de caso.
- Hora de entrada en laboratorio.
- Hora de salida en laboratorio.
- Tiempo de demora.
- Observaciones.

Resultados de muestras inválidas por falta de registro de entrada, salida o ambos.

Se han desestimado un total de 51 muestras por falta de registro de entrada, salida o ambos, con la siguiente distribución por turnos laborales.

Los profesionales responsables de registrar la hora de entrada en todos los turnos son celadores.

Los profesionales responsables de registrar la hora de salida en todos los turnos son técnicos de laboratorio y/o auxiliares de enfermería en función de técnico de laboratorios.

Métodos estadísticos

Análisis de los datos y representación gráfica de los hallazgos:

- Tratamiento de los datos de control mediante técnica estadística de repartimiento proporcional de números dados, consistentes en comparaciones y porcentajes de los datos obtenidos.
- Los resultados obtenidos están representados gráficamente por grupos.
- Para el tratamiento informático de los datos se ha utilizado la hoja de cálculo Quatro Pro de Corel.
- Para el tratamiento de los textos se ha utilizado el procesador de texto Word Perfect de Corel.
- El hardware utilizando ha sido un PC Pentium compatible.

MUESTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Válidas	148	74,37%
Invalidadas	51	25,63%
Totales	199	100%



Resultados

Los resultados del estudio han sido los siguientes:

Muestras controladas

Se han controlado un total de 199 muestras, de las cuales fueron invalidadas 51 por carecer del registro de hora de entrada, salida o ambos datos.

Turno	Falta hora de entrada		Falta hora de salida		
	Muestras	%	Turno	Muestras	%
Mañana	5	9,80%	Mañana	4	7,84%
Tarde	5	9,80%	Tarde	9	17,64%
Noche	2	3,92%	Noche	18	35,29%
Falta hora de entrada y salida				8	15,68%

Resultados de tiempos de demora

El tiempo de demora de las peticiones analíticas controladas es de 50,16 minutos, siendo el mínimo tiempo de respuestas de 5 minutos y el máximo de 122 minutos.

DEMORA	RESPUESTA
Demora Media	50,16 minutos
Demora Mínima	5 minutos
Demora Máxima	122 minutos



Resultados de tiempo medio de demora por turnos laborales

Los resultados medios de demora obtenidos son distribuidos por turnos laborales

TIEMPOS MEDIOS DE DEMORA POR TURNOS

Turno de mañana	58 minutos
Turno de tarde	61 minutos
Turno de noche	43 minutos
Demora media total	50,16 minutos



Resultados de demora por rangos de tiempos.

Se procede a la distribución de los resultados en rangos de 20 minutos.

Los reflejamos en la siguiente tabla:

DISTRIBUCIÓN POR RANGOS		
RANGOS	MUESTRAS	PORCENTAJE
> 21 minutos	18	12,16%
> 20 < 41 minutos	51	34,45%
> 40 < 61 minutos	35	23,64%
> 60 < 81 minutos	22	14,86%
> 80 < 101 minutos	11	7,43%
> 100 < 121 minutos	10	6,75%
> 121 minutos	1	0,67%

Comentarios

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio están referidos únicamente a la demora existente desde que la muestra sanguínea es recibida en el Servicio de Hematología y Hemoterapia hasta que la misma está determinada y por tanto a disposición el servicio peticionario.

Es evidente que en el proceso de demora en la atención al usuario intervienen otras demoras y factores que no son objeto de estudio en este trabajo.

Conclusiones

Existe un gran porcentaje de las muestras controladas (25,63%) en las que no figura la hora de recepción, la de terminación o ambas. Es necesario insistir en la importancia que estos datos tienen para determinar la demora en el proceso analítico y poder diferenciarla de la demora total en la atención de urgencia al usuario.

- Falta de registros por turnos laborales.

La ausencia de registro de entrada es similar en todos los turnos laborales. La falta del registro de salida es significativa en el turno de noche (35,29%).

- Tiempos de demora.

La demora media en el procesamiento de las muestras analíticas es de 50 minutos.

El turno laboral en el que se produce más demora es el de tarde, (61 minutos), a continuación se encuentra el turno de mañana, (58



Recepción de la muestra sanguínea.

minutos) y por último el de noche (43 minutos).

El 70% de las muestras tienen una demora inferior a 60 minutos.

Los resultados obtenidos están en relación directa con las cargas de trabajo soportadas a excepción del turno de tarde.

Conclusiones Generales

Las urgencias analíticas se encuentran íntimamente relacionadas en

cuanto a su aumento y complejidad, a las propias características de la demanda asistencial que se les efectúan a los servicios de urgencias hospitalarias.

Es preciso reformularse el futuro y organización de los laboratorios de urgencias a fin de hacer frente a una demanda cada vez más creciente y que origina una necesidad cada vez mayor de pruebas complementarias.

Los laboratorios de urgencias han de estar orientados, en función de la demanda que se les efectúan y no en función de su propia orga-

nización. La conveniencia de centralización de las unidades de laboratorios de urgencias, se hace necesario con el objeto de contemplar globalmente el total de peticiones analíticas que le pueden ser solicitadas al paciente.

Es preciso una mayor cohesión e interrelaciones entre las unidades de laboratorios y las propias unidades asistenciales con el fin de potenciar aquellas acciones que

contribuyan a un aumento de la calidad asistencial, verdadero "leiv motiv" de toda nuestra actuación como profesionales de salud.

Con estas consideraciones concluimos en la idea de que solamente dejamos entrever en la misma una parte de este complejo y controvertido mundo de la asistencia sanitaria de los servicios de urgencias, para todo lo cual se hace

necesario el seguir profundizando y analizando las distintas y variadas posibilidades que se nos ofrecen, haciendo realidad aquel proverbio hindú que dice: "la más larga caminata comienza con un paso". Demos sin miedo nuestros pasos, en la seguridad de que al final llegaremos a nuestro destino, por muy largo y difícil que a veces nos parezca el camino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno JA, *Control de calidad asistencial*. Ed. Doyma, S.A. Barcelona, 1986.
2. Vivens Corrons JL., Jou JM, Labal F, Vallespi MT, Villegas A, Triginer J. *Puestas en marcha de un programa de control de calidad de parámetros hematológicos básicos a nivel nacional 1987*.
3. AEHH. *Programas para la evaluación externa de la calidad en hematología*. 1991.
4. Plaut D, Siberman J. *Control de calidad*. Barcelona, 1984.

Enfermedades inflamatorias del intestino: Nutrición, Dietética y Consejos

M^{ra}. Carmen Martínez Costas.

Enfermera, Unidad de Ostomía. H. U. Virgen Macarena. Sevilla

RESUMEN

En este artículo se pretende dar información sobre algunos alimentos o hábitos alimenticios, que puedan ser de utilidad tanto a pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, como a nosotros profesionales de Enfermería en nuestro trabajo.

Estos pacientes son de todas las edades, pero la mayoría son jóvenes con una larga evolución y con años de tratamiento médico, el cual a veces no es efectivo y conlleva una complicación de la enfermedad, teniendo que recurrir a la cirugía.

En la intervención quirúrgica, se puede realizar una resección intestinal con anastomosis o un estoma (colostomía o ileostomía). Al realizar la resección de parte del intestino, el paciente puede sufrir algún defecto de absorción o digestión, es importante, además de facilitarles algunos consejos dietéticos, ponerlos en contacto con especialistas en Nutrición y Dietética, para que sean tratados adecuadamente y mediante el tratamiento puesto por estos especialistas poder compensar los alimentos no absorbidos.

La mayoría de los pacientes con Colostomías, pueden volver a reanudar una dieta normal después de la cirugía. La modificación de la dieta se basa exclusivamente en la intolerancia individual.

En los pacientes con Ileostomías, aunque se pierde mayor cantidad de agua, sodio y otros minerales, puede conseguirse un equilibrio de líquidos y electrolitos en función de la longitud del intestino residual y de la adaptación que se produce con el aumento de absorción. Al igual que en el caso de las colostomías, las restricciones dietéticas deben basarse exclusivamente en la intolerancia individual.

Nosotros como profesionales de enfermería debemos prestarles a estos pacientes un tratamiento individual y experto, tanto antes como después de la intervención.

Introducción

Este artículo ha sido escrito pensando que algunos consejos sobre nutrición y dietética, serían de utilidad a los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Una vez elaborados estos consejos, me pareció bien ampliarlos con definiciones y enfocarlos a enfermería, ya que de vez en cuando apetece encontrar unos artículos, que nos llaman la atención por su contenido práctico y de utilidad, para ponerlo en práctica en nuestro trabajo.

El tener conocimiento de como actuar con los pacientes que padecen Enfermedad Inflamatoria Intestinal, no nos vendrá mal, ya que hasta hace pocos años existía desconocimiento por parte de algunos médicos y personal de enfermería del papel que la dieta juega en estos pacientes, siendo la alimentación aconsejada desequilibrada y deficiente, ayudando a incrementar este factor la pérdida de peso y

deficiencia en vitaminas y minerales.

Puede ser que el tratamiento médico no le surta efecto complicándose la enfermedad y teniéndose que recurrir a la cirugía.

La función que cumple la enfermera durante todo el proceso quirúrgico es de capital importancia; no sólo tiene la misión de mantenimiento que corrientemente le es encargada, sino que sobre todo es el miembro del equipo de salud que mantiene la relación más estrecha y continuada tanto con el paciente, como con la familia de éste. Para ello el papel de la Enfermera Experta en Estomas se define como el de una persona con un cualificado expediente, instruida en el tratamiento y cuidados de cualquier tipo de ostomizado y que posee la cualidad de reconocer, evaluar y aliviar una serie de dificultades psicológicas que suelen presentarse después de este tipo de cirugía.

Enfermedades inflamatorias

Enteropatía inflamatoria o **enfermedad inflamatoria intestinal** es un término general que se refiere fundamentalmente a dos procesos definidos, que son la Colitis Ulcerosa Crónica y la Enfermedad de Crohn.

Cuando un proceso inflamatorio afecta uno o más segmentos del intestino delgado o grueso



Ileostomía: exteriorización del ileon

desde la mucosa hasta la serosa, la afección se denomina Enfermedad de Crohn; si la inflamación se encuentra en el recto y se extiende hacia el colon sin afectar colon derecho ni intestino delgado, la enfermedad es claramente una Colitis Ulcerosa.

La patología de las enfermedades puede ser indistinguible. Los principales síntomas de las enteropatías inflamatorias son dolor abdominal, diarrea, sangrado intestinal, pérdidas de proteínas y fiebre. Estos síntomas dan lugar respectivamente a una insuficiencia nutricional a causa de la ingesta disminuida por anorexia, una pérdida aumentada de nutrientes por maldigestión y malasorción y un aumento en los requerimientos por fiebre. Cuando la enfermedad es crónica se produce malnutrición. En las exacerbaciones agudas se observan desequilibrios de líquidos y electrolitos.

Se desconocen las causas de estas enfermedades, pero las teorías actuales incluyen factores genéticos, infecciosos e inmunológicos.

Las enfermedades inflamatorias intestinales son más frecuentes entre los 15 y 25 años y afectan por igual ambos sexos. La frecuencia de la Enfermedad de Crohn ha aumentado en los últimos 30 años, en tanto que la Colitis Ulcerosa ha permanecido constante. Es probable que los factores psicológicos no sean primarios, pero participen en las exacerbaciones de la enfermedad.

El tratamiento médico va dirigido fundamentalmente al control sintomático y al tratamiento de las complicaciones. La cirugía es curativa en la colitis ulcerosa crónica, y nuevas alternativas de ileostomía hacen que éste método sea más aceptable para la pobla-

ción más joven. En la enfermedad de Crohn el tratamiento es más conservador, dejando la cirugía para cuando la enfermedad se hace más resistente o para cuando aparecen complicaciones significativas como fístulas, abscesos, hemorragia u obstrucción.

Insuficiencia nutricional

Las modificaciones dietéticas en la enteropatía inflamatoria se basan en las tolerancias individuales o los alimentos. La dieta de cada persona debe ser valorada en cuanto a la suficiencia nutricional y suplementada para cubrir las cantidades dietéticas recomendadas en cuanto a nutrientes. Puede ser necesario administrar suplementos extraordinarios para corregir necesidades adicionales que son atribuibles a la malabsorción y los requerimientos aumentados.

Objetivos

Es importante sustituir las pérdidas de nutrientes, corregir los déficit orgánicos y conseguir energía y equilibrio electrolítico mediante un aporte suficiente de nutrientes.

Valoración nutricional

Se realizará una valoración del paciente para saber el estado en que se encuentra y de ese modo valorar sus necesidades, teniendo en cuenta la extensión de la enfermedad, localización función intestinal, así como el tratamiento médico y quirúrgico.

Intestino grueso

La Colitis Ulcerosa se localiza en el intestino grueso o colon e inflama la capa interior o mucosa de la pared.

La enfermedad es más usual en jóvenes de 20 a 40 años, con un máximo secundario a los 50/60, aunque ninguna edad está exenta del trastorno.

En la fase aguda aparecen las diarreas, tenesmo y deposiciones frecuentes, se utilizan medicamentos para controlar estos síntomas, aunque cuando el paciente sufre calambres abdominales, diarrea y deshidratación requiere hospitalización y reposo intestinal. El reposo intestinal se consigue suspendiendo la dieta oral e instaurando la Nutrición Parenteral total mediante catéter central. Cuando va mejorando el estado general y disminuye el número de deposiciones, se iniciará la ingesta oral, disminuyendo la nutrición parenteral.

La dieta se iniciará con líquidos y nutriciones enterales

monoméricas o poliméricas, administrada por Sonda Nasogástrica o vía oral directa. Esta dieta irá aumentando progresivamente introduciendo la ingesta de residuos, fibra y una vez cedan los síntomas (deshidratación, diarrea y calambres abdominales), se pasará a una dieta regular. No hay estudios que demuestren que la fibra tiene efectos nocivos en la colitis crónica.

Debe evitarse la administración de lactosa en las primeras ingestas hasta que se establezca la tolerancia a la misma una vez desaparecido los síntomas, mediante observación subjetiva o pruebas de laboratorio.



Colostomía: exteriorización del colon

Intestino delgado

La Enfermedad de Crohn, se localiza preferentemente en el íleon o parte final del intestino delgado, por esta razón también es llamada *Ileitis Regional*. La inflamación lesiona no solo la parte interior, sino las otras capas por extenderse a la totalidad de la pared.

En los brotes agudos, cuando existe obstrucción debe interrumpirse la alimentación oral y el aporte nutricional será intravenoso. Cuando no hay respuesta al tratamiento médico y exista obstrucción completa o parcial, se realizará, mediante intervención quirúrgica, la resección del segmento estenotizado. Debido al elevado número de recidivas de ésta enfermedad hay que evitar las resecciones siempre que sea posible. En la enfermedad de Crohn la dieta se iniciará con alimentos pobres en residuos. Pasará a una dieta pobre en fibra siempre que no haya signos de estenosis para más tarde seguir con una dieta regular.

Tratamiento

El tratamiento de la Colitis Ulcerosa y de la Enfermedad de Crohn es generalmente médico, pero en ocasiones no se puede controlar, presentándose complicaciones que obligan a recurrir al cirujano.

La cirugía intenta curar la enfermedad extirpando el seg-



La Colitis Ulcerosa se localiza preferentemente en el íleon

mento intestinal enfermo, uniendo los cabos sanos o realizando un estoma (colostomía e ileostomía).

Cuando se realiza la resección de una parte del intestino existe defecto de absorción, por ello es muy importante sustituir las pérdidas de nutrientes, corregir los déficit orgánicos y conseguir energía y equilibrio electrolítico mediante un suficiente aporte de nutrientes.

Información y consejos que le pueden interesar

COLOSTOMÍAS

Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, suturándolo a piel, con el objetivo de crear una salida artificial para el contenido fecal.

Las características de las heces en los tipos de colostomías, va a depender, de la zona de colon afectada.

Las cecostomías o colostomías en colon ascendente, las heces suelen ser líquidas, por ello existe una pérdida de líquido y electrolitos. En el colon transverso hasta su mitad las heces son semilíquidas, en la mitad del colon transverso y descendente las heces pasan de pastosa a consistencia normal.

Los pacientes con una colostomía, no tienen que seguir una dieta especial tras la cirugía. Las personas son diferentes unas de otras, por ello, no todas las recomendaciones son válidas para todos los colostomizados pero por si le sirve de ayuda diremos:

Consejos dietéticos:

- Realice tres o cuatro comidas al día, de forma regular, comiendo despacio, masti-

cando bien los alimentos, procure comer con la boca cerrada, así disminuirá los gases.

- Coma gran variedad de alimentos, incluya frutas y verduras frescas.
- Pruebe las comidas nuevas en pequeñas cantidades y sólo una cada vez; espere unos cuantos días antes de probar otra nueva comida. Esto le permitirá aislar cualquier problema alimenticio.

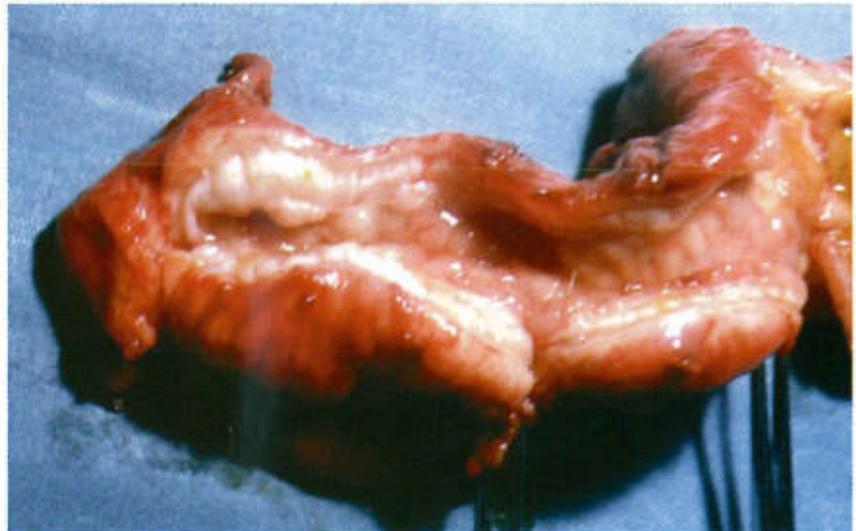
-Disminuya la ingesta de alimentos que puedan producir excesivo gas como la col, coliflor, cebolla, bebidas carbónicas o cervezas. La cebolla, el pescado y las hortalizas (acelga, lechuga, etc), son responsables del mal olor del contenido de la bolsa de colostomía.

- Las fibras facilitan el tránsito intestinal, pudiendo mejorar el estreñimiento como la diarrea.
- Beba líquidos, necesita más líquidos en tiempo caluroso.
- El yogur y la mantequilla son muy útiles para disminuir el mal olor y los gases.

ILEOSTOMÍAS

Es la exteriorización del íleon a través de la pared abdominal y suturado a piel.

En las ileostomías, las heces son líquidas, por ello existe una mayor pérdida de agua, sodio y minerales, aunque con ayuda de la dieta puede conseguir un



La enfermedad De Crohn se localiza preferentemente en el íleon

equilibrio de líquidos y electrolitos.

Lo ideal es llevar una dieta equilibrada, pero por si le sirve de ayuda diremos:

Consejos dietéticos:

- El paciente con una ileostomía debe beber al menos de 2 a 2'5 litros de líquido al día, para evitar una salida rápida del contenido intestinal, es posible tomar un alimento seco (galletas,...) con la ingesta de líquidos o bien se tomarán espesos, (sopas, purés, etc...)

-La higiene de la boca es muy importante, así como la corrección de las deficiencias dentarias. Debe comer despacio, masticando bien los alimentos, evitará una posible obstrucción del estoma. Es

aconsejable que las comidas no sean copiosas y se hagan más frecuentes, ingiriendo alimentos con mucha fibra como verduras cocidas y frutas blandas. Es aconsejable tomar los líquidos al final, ya que el proceso digestivo, no mejora si se ingiere gran cantidad de líquidos durante las comidas.

- Del mismo modo, los alimentos de estos pacientes deben tener un contenido de sal dentro de lo normal, por la pérdida de la misma que se realiza por las heces. *Siempre que no esté desaconsejado por el médico.*

-Los alimentos que contienen gran cantidad de celulosa, deben tomarse con cautela, como el coco, la vaina de los guisantes, el apio, las palomitas de maíz, etc. En el intestino humano no existen las



Puede ser necesario administrar suplementos extraordinarios

enzimas necesarias para desdoblarse la celulosa en los azúcares que contiene.

- El alcohol no es necesario restringirlo; los excesos pueden producir descuidos en el vaciado del dispositivo. Algunos pacientes dicen que cuando toman alcohol con el estomago vacío, les produce una hiperestimulación del intestino lo que origina gran número de gases y en algunos casos un aumento excesivo de la evacuación líquida.
- Los alimentos como la cebolla, los guisantes y en general todas las legumbres, producen una excesiva eliminación de gas. La cebolla y el pescado, además, provocan que el efluente tenga muy mal olor.
- El yogur y la mantequilla son

muy útiles para disminuir el mal olor y los gases.

¿QUIÉN ES LA ENFERMERA EXPERTA EN ESTOMAS?

Los pacientes ostomizados requieren un tratamiento individual y experto, tanto antes como después de la intervención.

El papel de la enfermera dedicada al cuidado del estoma puede ser definido como el de una persona con un cualificado expediente, instruida en el tratamiento y cuidado de cualquier tipo de ostomizado y que posee la

cualidad de reconocer, evaluar y aliviar una serie de dificultades psicológicas que suelen presentarse después de este tipo de cirugía.

La enfermera experta en estomas no dedica exclusivamente su atención a ningún grupo de edad o estrato social, sino que aplica su experiencia al cuidado de todos los ostomizados que trata, incluyendo aquellos pacientes con fístulas u otros drenajes que requieren un tratamiento especial.

El cuidado del estoma consiste en proporcionar un servicio individual a un paciente individual, con el objetivo principal de reinsertar dicho paciente en el mismo lugar

de la sociedad que ocupaba antes de la intervención, y para rehabilitarse satisfactoriamente hasta que se sienta capacitado para hacerse cargo de su propio destino.

El papel de la enfermera especializada, se extiende más allá de los límites del hospital o de la clínica. Dará charlas a los alumnos de las escuelas de enfermería, a los profesionales en ejercicio,

visitadores médicos, farmacéuticos y enfermeros de la comunidad, y debe estar preparada para charlar con cualquier otro grupo que solicite información sobre el cuidado del estoma.

BIBLIOGRAFÍA

- Breckman, B. *Enfermería del estoma*. 10ª Ed. Interamericana . División McGraw - Hill. Madrid, 1983.
- Pajares García, J.M., Mate Jiménez, J. *Vivir con.... Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Guía Práctica Meditor*. Madrid, 1993
- Krause. *Nutrición y Dietoterapia*. 8ª Ed. Interamericana . McGraw - Hill.1995.
- Ortiz H. , Martí Rague, J., Foulkes, B. *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Ed. JIMS. Barcelona, 1994.
- Pemberton C. *Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica Mayo*. 7ª Ed. Madrid, 1996.

Conocer la ansiedad del paciente quirúrgico: Una necesidad para el cuidado de Enfermería

Yolanda Galafate Andrade.
M^º Dolores Lupiañes Moral.
M^º. Mar Martínez Gómez.

Enfermera. Área de Quirófanos. Hospital Duques del Infantado. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y Justificación

Diariamente nos encontramos con pacientes que se enfrentan a una situación de estrés, como es el acto quirúrgico, el cual genera altos niveles de ansiedad en la mayoría de ellos.

Consideramos que los profesionales de la salud debemos tener en cuenta este aspecto, ya que somos responsables directos de que el paciente llegue a la intervención y se someta al postoperatorio en el estado anímico más adecuado y propicio.

Este es el motivo que nos ha llevado a intentar unificar cuales son las distintas manifestaciones de ansiedad y las actuaciones profesionales que debemos llevar a cabo para cumplir con nuestro trabajo y no contar sólo con nuestra buena voluntad, intuición, experiencia y teorías personales, como ocurre con relativa frecuencia.

El acto quirúrgico es un fenómeno eminentemente biológico que se ve afectado también por aspectos culturales, sociológicos, psicológicos y fisicoquímicos. En este trabajo vamos a ceñirnos al factor psicológico del acto quirúrgico, cuya manifestación principal es la ansiedad, que a su vez se relaciona con todos los factores anteriormente mencionados.



El desconocimiento del quirófano aumenta la ansiedad confusional.

Contenido

1. CONCEPTO DE ANSIEDAD

El estrés se conceptualiza como la respuesta biológica ante situaciones percibidas y evaluadas como amenazantes y ante las que el organismo no posee recursos para hacerle frente.

Esta forma de entender el estrés resalta el comportamiento biológico de la respuesta, pero al mismo tiempo pone de manifiesto la importancia de dos variables psicológicas mediadoras: la valoración

cognitiva de la situación y la capacidad del sujeto para hacerle frente.

Ante estas situaciones de estrés se genera ansiedad, que se considera como una respuesta emocional normal y deseable en el individuo, actuando como mecanismo de defensa.

El problema surge porque la ansiedad desarrollada por algunos sujetos ante la intervención quirúrgica, la anestesia o los cuidados postoperatorios, es excesiva y desproporcionada, alterando su funcionamiento emocional y funcional.

2. TIPOS DE ANSIEDAD

2.1. Ansiedad Confusional

- Definición: Sentimiento de amenaza por no entender lo que ocurre dentro o fuera de uno, por no encontrar la reacción o respuesta adecuada.

Lo más frecuente es encontrarla en el preoperatorio representada por una cierta necesidad del entorno de saber y entender lo que le ocurre y lo que se va a hacer con él.

- Manifestaciones: confusión, indecisión, vacilación, tartamudez, temblores, incertidumbre
- Conductas niveladoras: ordenar, clasificar, preguntar, entender, reflexionar, planificar, programar y controlar.
- Procedimientos para controlarla: la información dada al paciente es el método más eficaz pero adecuándolas a sus necesidades, evitando la sobreabundancia y el excesivo tecnicismo con que con frecuencia hablamos al paciente, sin tener en cuenta su nivel socio-cultural.

Lo mejor es comenzar por lo más sencillo y esquemático hasta llegar a lo más complejo y detallado. Es de gran importancia la unificación de los mensajes que recibe el paciente ya que las contradicciones entre esto perjudica y hace aumentar la ansiedad del paciente.

La información que se le dé al enfermo debe incluir la presentación del equipo, explicando la función de cada uno ya que con frecuencia el paciente no sabe a quien dirigirse porque no diferencia los distintos profesionales (celador, enfermera, cirujano, anestesista) y las funciones de cada uno.

La información también debe incluir una breve información del cuadro patológico y comunicar el

plan de trabajo dividiéndolo en preoperatorio, operatorio y postoperatorio; detallando los pasos que se van a ir dando, incluyendo las molestias por las que quizás pase sin restarle importancia.

Por último añadir a la información dada las consecuencias futuras si las hubiera.

En el caso de encontrarnos ante un paciente con diagnóstico grave (pacientes oncológicos graves, etc...) hay que respetar la dinámica psicológica de cada paciente ya que cada persona emite infinidad

someter al paciente a una dinámica preestablecida.

2.2 Ansiedad paranoide

- Definición: Amenaza por un ataque externo, porque algo o alguien ponga en peligro nuestra integridad, incluyendo las enfermedades. Esta ansiedad se manifiesta fundamentalmente en el operatorio y es la más importante.
- Manifestaciones: miedo, desconfianza, terror, paralización por pánico



Los miembros del equipo quirúrgico deben ser conocidos previamente por el paciente.

de mensajes, alteraciones de las cuales comunica su necesidad de que se le oculte o se le informe la gravedad de su caso. Otro método para controlar la ansiedad confusional es la participación del enfermo, para ello la comunicación anticipada de las distintas medidas con la planificación temporal, proporciona a los sujetos la oportunidad de adueñarse de la situación manteniendo una atenta vigilancia sobre cada uno de sus momentos. En el caso de encontrarnos con enfermos que otorgan a otros familiares la responsabilidad y el manejo de la información, es mejor aceptarlo que intentar

- Conductas niveladoras: precaución, cautela, indagación, huida y contraataque.
- Procedimientos para controlarla: El profesional de enfermería debe aceptar y reconocer un cierto grado de la agresividad que encierra toda actividad quirúrgica y no intentar tranquilizar al enfermo garantizando la ausencia de todo dolor y sufrimiento y así se contribuye a que el paciente se disponga más favorablemente a afrontar la experiencia y contrarrestar la sospecha de engaño generada por la ansiedad paranoide.



En el postoperatorio puede aumentar la ansiedad depresiva.

El acercamiento personal al enfermo es una vía efectiva para reducir la forma de concebirnos distante y amenazadora. La enfermera es la persona más idónea para conseguir esto, tanto de ella misma como del resto del personal, por la asiduidad de sus contactos. Aunque no se debe sobrepasar determinados umbrales de intimidad y acercamiento que nos igualaría hasta el punto de que no confiaría en nosotros como profesionales y aumentaría por ello la ansiedad confusional.

Otra posibilidad que tenemos para tratar este tipo de ansiedad es obtener una actitud de colaboración y trabajo conjunto con el paciente para que considere la afección como enemigo común, considerando sus avances y retrocesos y los planes que se hagan como una labor conjunta del equipo-paciente, consiguiendo de esta forma que canalice la ansiedad paranoide hacia la enfermedad y no hacia el equipo.

2.3. Ansiedad depresiva

- Definición: Se define como pérdida, vaciamiento, por la falta de

fuerzas e interés por vivir, por estar en una situación en la que se siente que nada vale la pena. Se caracteriza porque no está localizado fuera del individuo, sino dentro de él. Aparece generalmente asociada a la idea de muerte.

Este tipo de ansiedad la encontramos fundamentalmente en el postoperatorio, sobre todo, en el caso de intervención mutilantes.

- Manifestaciones: tristeza, aburrimiento, fatiga, insomnio, impotencia, euforia o anorexia
- Conductas niveladoras: crear, trabajar, leer, entablar relaciones sociales y amorosas, comer, beber, dormir, estudiar y divertirse.
- Procedimientos para controlarla, por parte de la Enfermería: La mayor parte de las operaciones, aun las más sencillas, suelen implicar incisión y hospitalización. El primero de estos elementos supone pérdida de la integridad física y el segundo una interrupción de su ritmo de vida cotidiana. Estas situaciones hacen aparecer un periodo de

duelo. Ante esto debemos respetar la elaboración de dicho duelo sin forzar al paciente, por medios farmacológicos o naturales, a que adopte conductas de un total y pronto establecimiento.

Las enfermeras debemos actuar como receptores e interlocutores de los mensajes que caracterizan dicho periodo, sin coartar al paciente, ni huir del contacto con él, comportamiento este último frecuente, debido a que tememos que nos surja nuestra propia ansiedad depresiva. Es igualmente frecuente que el personal sanitario actúe como enemigo del duelo, combatiéndolo con antidepresivos, bromas y creación de climas eufóricos forzados y constantes.

En el gráfico nº 1 representamos los distintos tipos de ansiedad y sus momentos más predominantes:

- El punto más alto de ansiedad paranoide se corresponde con el instante más adecuado para operar, porque el sujeto vive como algo amenazante su enfermedad y se encuentra dispuesto a aliarse con el equipo sanitario.
- En el caso de intervenciones de urgencia, es la ansiedad confusional la que se encuentra en su punto más alto.
- Si la intervención se realizase en el momento en que la ansiedad depresiva está en su punto más alto, el paciente tiene actitud de entrega casi absoluta a la enfermedad y no presentará la menor colaboración e incluso tendrá comportamiento autodestructivos.

Conclusiones

Aunque para facilitar el estudio de las ansiedades las hemos dividido en confusional, paranoide y depre-

siva, no debemos olvidar que las tres están presentes durante todo el proceso, aunque siempre predomina una de ellas, que requiere mayor cuidado y atención.

Queremos resaltar que la enfermera por su papel prioritario en el contacto con el enfermo, es la persona más adecuada para detectar y tratar estas ansiedades, ya sea con la información, fomento de la relación del equipo con el paciente y ayuda en la elaboración del duelo. No obstante, si queremos alcanzar nuestro objetivo de lograr que el paciente llegue al quirófano con la ansiedad justa y canalizar esa energía hacia una participación activa, debemos contar con la ayuda de todo el equipo, que debe estar interesado y motivado en ello.

El hecho de conocer como nuestros pacientes vivencian su enfermedad y el acto quirúrgico, favorece que podamos actuar adecuadamente en cada caso, ayudando al paciente no sólo a sentirse mejor en ese momento concreto, sino a lo largo de su estancia en el hospital, y en posteriores situaciones similares. Además, si el paciente supera adecuadamente estas ansiedades pre-



La ansiedad se presenta igualmente en los familiares del enfermo.

sentara una mayor colaboración y una actitud más positiva que revertirá en un restablecimiento mejor y en menor tiempo.

- preguntas abundantes y reiteradas sobre detalles técnicos y mecánicos de la intervención
- dificultades notorias de la comprensión de la situación, signos

de desorientación espacial y/o temporal, dislalias u otras alteraciones del habla

- insistencia por garantizarse la pericia y prestigio del centro y del equipo
- tono agresivo, preguntas inquisidoras

Actitudes que indican un predominio de los distintos tipos de ansiedades:
CUADRO I

<p>Actitudes que indican un predominio de la ansiedad confusional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - intentos de acercamiento y curiosidad por los aspectos personales y afectivos de la vida de los distintos miembros del equipo - abundancia de reclamaciones, querellas, protestas y amenazas
<p>Actitudes que indican un predominio de la ansiedad paranoide</p>	<ul style="list-style-type: none"> - reticencias: tendencia a verificar reiteradamente el diagnóstico y a hacerlo comprobar por varios profesionales. - identificación, establecimiento de un vínculo de veneración o adoración hacia uno o varios de los miembros del equipo
<p>Actitudes que indican un predominio de la ansiedad depresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - euforia, exceso de optimismo, verborragias y abuso del humor - tristeza acentuada, anorexia, insomnio, incontinencia del llanto, autoabandono - insistencia marcada en establecer relaciones amorosas y/o sexuales con uno o varios miembros del equipo - tendencia a magnificar la importancia de la intervención y a asignarse el papel de héroe o heroína

Introducen ansiedad:

CUADRO II

<p>Introducen ansiedad confusional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - las medidas de urgencia, los cambios de planes, - la terminología excesivamente técnica - la exageración del número de personas que componen el equipo, los cambios y rotaciones de personal - la profusión de prescripciones medicamentosas y el reemplazo de unas por otras - la complejidad del instrumental y la maquinaria quirúrgica.
<p>Introducen ansiedad paranoide</p>	<ul style="list-style-type: none"> - todas las medidas que impliquen sufrimiento de dolor físico - las ropas quirúrgicas - las entrevistas y consultas con familiares a espaldas del paciente - las actitudes autoritarias y los regímenes disciplinarios excesivamente rígidos - el encierro, la inmovilización física y el uso abusivo de sedantes e hipnóticos
<p>Introducen ansiedad depresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la anestesia total - la postración y las indicaciones reiteradas de reposo - la presencia de flores, imágenes y/o altares en la sala - la falta de colorido en la decoración - la presencia de religiosas entre el personal ayudante - las dietas alimentarias rígidas - la cohabitación con enfermos de mayor gravedad y el deseo de compañeros de sala - la prohibición de visitas, la sobreabundancia de visitas y la sobreprotección.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso Blanco Picabia. Mercedes Barda Mas (1993) *Planteamiento clínico en la valoración de trastornos de ansiedad. Apuntes de diagnostico clínico*, 13,301-330. Ed: Prolibro.
- E. Mardaras Platas (1990). *Psicoprofilaxis quirúrgica*. Ed. Rol.
- Vicente E. Caballo (1991). *Relajación y estrés. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Ed. S.XXI.

Angioplastia transluminal percutánea: "Alternativa a la endarterectomía carotídea en el ictus"

Raimundo Caro Quesada.

Enfermero. Servicio de Neurología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

El objetivo es dar a conocer los **PROTOCOLOS de ACTUACIÓN de Enfermería**, en estos enfermos que han presentado un episodio de **Isquemia Cerebral Transitoria (AIT)** o un **ICTUS secundario a una Estenosis Ateromatosa de la Arteria Carótida Interna (ACI)** y son tratados por **Angioplastia Transluminal Percutánea (ATP)**, frente a la **Endarterectomía Carotídea** que se practica para recanalizar la estenosis de la **Arteria Carótida interna**.

Palabras claves

ATP:Angioplastia Transluminal Percutánea.

AIT:Isquemia Cerebral transitoria.

ICTUS.

ACI:Arteria Carótida Interna.

EC:Endarterectomía Carotídea.

Introducción

Debido a las elevadas posibilidades de presentar un nuevo Ictus, los enfermos que han padecido un episodio de Isquemia Cerebral Transitoria (AIT), o un Ictus secundario a una Estenosis Ateromatosa de la Arteria Carótida Interna (ACI), el tratamiento de elección es la Endarterectomía Carotídea, pero debido al riesgo que conlleva la cirugía y el coste de esta, se está utilizando

una alternativa que es la ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ATP), en el servicio de Neurología y Rayos intervencionista de HRT en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Por ello, la Enfermería del servicio de Neurología, hemos elaborado unos PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN, consensuado con los Neurólogos del grupo de Patología Vascular Cerebral.

Método

En los últimos años, diversos estudios multicéntricos y aleatorizados, han demostrado que cuando la lesión obstruye más del 70% de la luz de la ACI, el tratamiento de elección para prevenir secundariamente un nuevo ICTUS es la Endarterectomía Carotídea (1,2,3). Sin embargo la Cirugía no está exenta de riesgos, con una morbimortalidad entre el 5,8% y el 7,5% en las diversas series. Por ello la investigación de nuevas terapéuticas alternativas, que pudieran conseguir los mismos o mejores resultados, con una disminución de la morbimortalidad es interesante (4).

Una alternativa actual es practicar una ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ATP) de la lesión estenosante carotídea (5). Ésta se efectúa en la sala de Radiología Intervencionista del servicio de Rayos. Para ello, al enfermo se monitoriza desde el punto de vista EEG, ECG, TA, FC. Se aborda la vía Femoral y se realiza un estudio angiográfico completo de Troncos Supraaórticos y un road-mapping de la zona estenótica, se inyectan intravenosamente 5.000 UI de Heparina Na, se pasa un balón de dilatación a través de la

estenosis. Este balón de dilatación mide 40-60 mm, con un diámetro de 4-8 mm, y se hincha a 8 atmósferas, produciendo una dilatación de la estenosis; esta dilatación dura unos diez sg (si no hay complicaciones), cuando se considera finalizado el procedimiento, se practica una nueva serie radiográfica de la arteria tratada y se pone una compresión manual en el lugar de la punción arterial (6).

Actualmente, se están realizando al menos dos series, una americana y la serie CAVATAS Europea, para comparar de un modo científico la ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA con la ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA.

Protocolos de actuación

1. Cuando el paciente ingresa en la Unidad de Ictus:

- 1.1. Médico:
 - 1.1.1. Exploración Neurológica.
 - 1.1.2. Exploración Vascular:



Vigilancia punto punción

- 1.1.2.1. Auscultación cardiaca.
- 1.1.2.2. Auscultación carotídea.
- 1.1.3. Petición de pruebas complementarias y analíticas.
- 1.1.4. Información al paciente de la técnica y recogida de la autorización.

1.2. Enfermero del Doppler:

- 1.2.1. Realización de Doppler extra y transcranial (7).
- 1.2.2. Test de Acetazolamida (para ver la vasoreactividad cerebral).

1.3. Enfermero de la Unidad de Ictus:

- 1.3.1. Toma de constantes:
 - 1.3.1.1. TA en ambos brazos.
 - 1.3.1.2. Pulsos distales.
- 1.3.2. Cursar estudios bioquímicos, coagulación, hemogramas, etc.
- 1.3.3. Cursar pruebas complementarias (SPECT, EEG, R-X Tórax).
- 1.3.4. Realizar ECG.
- 1.3.5.



Retirando compresa femoral.

2. Día previo a la ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA

- 2.1. Control de constantes (TA, FC, T^o), anotándola en gráfica.
- 2.2. Rasurar zona inguinal preferentemente, si no se puede acceder por la arteria Femoral, se rasura la Axila.
- 2.3. Abordar una vía venosa en el miembro superior (en nuestra unidad, preferentemente el izquierdo, por la disposición del aparataje en la sala de Rayos).
- 2.4. Administrar 500 mg de AAS en almuerzo.
- 2.5. Heparinizar al paciente con Heparina Na, según Hematología, en bolos cada tres horas o perfusión continua.
- 2.6. Verificar que están realizadas todas las pruebas complementarias.
- 2.7. Información al paciente de todo lo que se le va a realizar, para disminuir su ansiedad.
- 2.8. Dejar en ayunas desde las 24 horas (excepto si es diabético).



Realización Doppler Post. ATA a las 12 h.

3. Día de la ANGIOPLASTIA:

3.1. Antes de bajar a la sala de Rayos Intervencionista:

3.1.1. Verificar la preparación del enfermo (rasurado de ingles, vía venosa, medicación suspendida y ayunas).

3.1.2. No se dará medicación hipotensora que tuviese en el tratamiento, ni la que indique el medico.

3.1.3. Administrar medicación antes de ir a la sala de Rayos:

3.1.3.1. 12 mg de Dexametasona iv (para una mejor estabilización de membranas, minimizar el

daño endotelial y la proliferación miointimal secundaria, y, en cierto modo, prevenir complicaciones angiográficas).

3.1.3.2. Clorazepato Dipotásico (Tranxiliun) 10-25 mg, vía i m, según prescripción medica.

3.2. Cuando vuelve a la unidad:

3.2.1. Control de constantes (TA, FC, Tº) cada dos horas, durante las seis primeras horas, y, posteriormente, cada ocho horas hasta las veinticuatro horas.

Puede ser horario si hay hipotensión.

3.2.2. Vigilancia de pulsos pedios y temperatura en miembros inferiores cada ocho horas.

3.2.3. Vigilar punto de punción Femoral, cada dos horas, para evitar hematomas y sangrado.

3.2.4. Administrar 500 mg de AAS en almuerzo.

3.2.5. Mantener pauta de Heparina Na según Hematología.

3.2.6. Mantener vía venosa con perfusión de suero salino isotónico, hasta conseguir cifras tensionales aceptables (sistólica 120-140; diastólica 80). Si estas cifras no se remontan, se introduce Expanso-

res del Plasma (Hemocé), para no sobrecargar de líquidos al paciente; y si a pesar de todo no se consigue remontar, se pasa a Dopamina en perfusión continua con monitorización estrecha del paciente, todo previa información al medico.

3.2.7. Informar al paciente de la no movilización de la pierna durante las primeras 24 horas.

4. Día Posterior a la ANGIOPLASTIA:

4.1. Control de constantes (TA, FC, Tº) y anotar en gráfica.

4.2. Retirar la compresión Femoral.

4.3. Vigilar el punto de punción.

4.4. Enviar al paciente a la sala de Doppler, para realizar un Doppler de control 24 horas post-ATP.

4.5. Mantener Heparina Na en casos sin complicaciones, 24 horas, pasando a antiagregantes plaquetarios y retirando la vía venosa. En caso contrario se mantiene hasta nueva prescripción medica.

4.6. Preparación del ALTA.

Conclusión

Está demostrado que la Endarterectomía Carotídea es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con Estenosis Carotídeas de más del 70%. En nuestro medio, la ANGIOPLAS-

TIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA ha mostrado *seguridad y eficacia*, por lo que puede ser una alternativa válida a la Endarterectomía Carotídea. Su uso puede disminuir la morbilidad de los pacientes, reducir estancias hospitalarias y con ello producir un menor gasto sanitario, también su uso estaría claramente indicado en pacientes que por diversos motivos, no son subsidiarios de una intervención quirúrgica.



Toma pulso pedios

Esta comunicación se presentó en las IV sesiones de trabajo de la SEDENE.

Agradecimientos

- Dr. D. Alberto Gil Peralta, neurólogo del servicio.
- D^a Dulce Suso, supervisora del servicio de Neurología del H.U.V. del Rocío.
- Enfermeros y Auxiliares de Enfermería del servicio de Neurología, en especial los del turno nº 1.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Carotid Surgery Trialist Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial: interim result for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. *Lancet* 1991; 337:1235-1243.
2. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effects of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *Engl N, Med J.* 1991; 325:445-453.
3. Giráldez, A. "Endarterectomía Carotídea: Solución eficaz contra el ictus". Segundo premio de Protocolos de la SEDENE. Boletín nº 4; 1996:20-23.
4. Amy Perry Ross: "Problemas Neurológicos". Edit. Masson. Pág 65-66.
5. Gil Peralta, A. Mayol, A. González-Marcos, JR. González, A. Ruano, J. Boza, F. Durán, F. "Percutaneous Transluminal Angioplasty of the symptomatic atherosclerotic carotid arteries". Results complications and Follow-up. *Stroke* 1996; 27:2271-2273.
6. Patricia L. Baum: "Problemas Vasculares" Edit. Masson. Pág 133.
7. Rosseann Prader Hendrickson: "Problemas Vasculares" Edit. Masson. Pág 106-108.

ANEXOS

ANEXO 1

Complicaciones del Sistema Nervioso Central.

Síntomas iniciales: sensación de aturdimiento y vértigo más perturbaciones visuales y auditivas, también hay desorientación y sensación ocasional de somnolencia. Los signos objetivos de toxicidad sobre el SNC es de naturaleza excitatoria e incluye escalofríos, contracciones musculares y temblores. En último término pueden producirse convulsiones generalizadas tónico-clónicas. Si la administración es suficientemente alta o una inyección IV rápida del anestésico local, los signos iniciales de excitación del SNC van seguidos rápidamente por depresión generalizada del SNC. Puede producirse depresión respiratoria e incluso parada respiratoria.

Complicaciones Cardíacas.

El principal efecto electrofisiológico de los anestésicos locales es una disminución de la velocidad máxima de despolarización en las fibras de Purkinje y en el músculo ventricular. También pueden deprimir la contractilidad del miocardio mediante una interacción con el calcio.

Complicaciones Hísticas.

Se han observado alteraciones musculares tras la inyección IM de agentes anestésicos locales como lidocaína, mepivacaína, prilocaína, bupivacaína y etidocaína. Este efecto en el músculo esquelético es reversible y la regeneración muscular se produce rápidamente y se completa en unas dos semanas.

ANEXO 2

Sedación durante la anestesia local y/o regional.

Es usada para minimizar el estrés asociado con el ambiente del quirófano. Además, a muchos pacientes les preocupa el recordar los acontecimientos intraoperatorios. Entre los objetivos principales están: a) la adecuada sedación con un mínimo riesgo; b) el alivio de la ansiedad; c) amnesia y d) el alivio del dolor y de otros estímulos nocivos.

El tratamiento inadecuado del dolor, después de la cirugía ambulatoria, es el principal factor limitante en la determinación de los tipos de procedimientos quirúrgicos que pueden practicarse en régimen ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

Ronald D. MILLER, *Volumen I y II, Anestesia*, 2ª Edición, Barcelona, 1993.

C.J. Wallace, *Anestesia en Enfermería*, Madrid, 1985 (1ª Edición).

E. MARDARÁS PLATAS, *Psicoprofilaxis Quirúrgica: La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*, Ediciones Rol, 2ª Edición, Barcelona 1990.

BAILLY, Daniel. *Angustia de separación*, Ed. Masson, Barcelona, 1997.

GIL MONTE, Pedro R., *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Ed. Síntesis, Madrid, 1997.

PEIRÓ, José M., *Desencadenantes del estrés laboral*. Ed. Endema, Madrid 1992, 1ª edición.

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO TE PROTEGE

CON 200 MILLONES DE PESETAS

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
SEVILLA

XV CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA

'Ciudad de Sevilla'



PRIMERO: 600.000 Pesetas

SEGUNDO: 300.000 Pesetas

TERCERO: 200.000 Pesetas

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

B A S E S

- 1º **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2º **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases de mismo.
- 3º **DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL PESETAS (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4º **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que oplen a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por duplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separado un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5º **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6º **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.

Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- 7º **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8º **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9º **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, nº 10 (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XV CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirá: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con pseudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo pseudónimo incluyendo nombre y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del Jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10º **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XV Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11º **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 1999. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado. El fallo del Jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1999.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERÍA
DE SEVILLA

PREMIOS 1998

1º D. M. del Prado Gómez Martín.
2º D. Manuel Modesto Pérez Díaz.
3º D. Fernando Tena Díaz.

Patrocina



CAJA MADRID