

I Congreso de Enfermería Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana

**“Hoy por ellos Mañana por
Nosotros”**

San Vicente del Raspeig,
27, 28 y 29 de Mayo de 2004



Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: IMTEXMA. Alicante.
Depósito Legal: A-451-2004
ISBN: 84-89479-63-1

ORGANIZA

Dirección de Enfermería del Hospital San Vicente
y las Residencias Sociosanitarias de la Provincia de Alicante

Aulario II de la Universidad de Alicante

*Declaradas de Interés Científico-Sanitario por la Consellería de Sanidad de la
Comunidad Valenciana*

*Declaradas de interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad
Valenciana (CECOVA)*

*Reconocidas por la Comisión de Cursos Especiales y Créditos de Libre Elección
Curricular (CECLER) de la Universidad de Alicante*

ÍNDICE

	Pág.
SALUTACIÓN	7
OBJETIVOS	15
COMITÉ DE HONOR	17
ESTRUCTURA DEL CONGRESO	19
PLANO	21
PROGRAMA	23
TALLERES DE ENFERMERÍA	31
PREMIOS	33
MESA DE PONENCIAS N°1	35
MESA DE PONENCIAS N°2	91
MESA DE PONENCIAS N°3	141
MESA DE PONENCIAS N°4	191
RECUERDO DE I JORNADAS SOCIO SANITARIAS	239

SALUTACIÓN

Los días 27, 28 y 29 del próximo mes de mayo, en el magnífico campus universitario de la Universidad de Alicante, vamos a celebrar el I Congreso de Enfermería Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana. Este Congreso lo organiza la Dirección de Enfermería del Hospital San Vicente, con la colaboración de los departamentos de enfermería de las residencias de la 3ª edad de la provincia de Alicante, y tiene su origen en el interés despertado entre participantes e invitados a las I Jornadas que organizamos el pasado mes de mayo.

Lo sociosanitario, la atención a nuestros mayores, son él más claro exponente de la justicia social y por consiguiente la demostración más palmaria de la sensibilidad social en los países desarrollados y democráticos. No se puede hablar, por tanto, de modernidad y desarrollo, mientras exista una deficiente atención o falta de recursos disponibles y suficientes para atender decorosamente esta demanda. Demanda, por otra parte, cada vez más creciente por mor de una sociedad con un rápido envejecimiento, ocasionado por una filosofía de vida que busca afanosamente un estado de bienestar personal sin ataduras ni compromisos.

Hoy prima lo material, el éxito personal, sobre cualquier otra cuestión. Las familias tradicionales de antaño, donde convivían en perfecta armonía abuelos y nietos, han desaparecido y como consecuencia, la sociedad en su conjunto se ve en la necesidad de dar cobertura a necesidades nuevas que antes eran asumidas en el seno de las propias familias.

Pero tampoco la sociedad en sí misma puede hacer mucho, si sus representantes no sienten esa motivación para emprender acciones en esa dirección.

Es imprescindible, por tanto, que las políticas de acción social sean contempladas y consideradas por los gobiernos como prioridad uno y en ningún caso como políticas coyunturales para salir del paso. Lo social debe ser política de Estado, que perdure en el tiempo y comprometa a todos.

Debemos concebir las residencias para mayores teniendo en cuenta la auténtica dimensión del ser humano en sus aspectos bio-psico-social, con unas condiciones de habitabilidad que le permitan su desarrollo personal en todas sus manifestaciones y amplitud, con la más exquisita salvaguarda de todos sus derechos como ciudadano.

También los profesionales y trabajadores de estas instituciones han de ser conscientes, y actuar consecuentemente, de las especiales características de los residentes, muy especialmente en lo que se refiere a sus limitaciones físicas y a sus caren-

cias afectivas, por lo que una concreta formación en gerontología, bioética y humanización debería ser exigible a la hora de cubrir estos puestos.

Los hospitales sociosanitarios, otro de los pilares en los que se asienta el bienestar de nuestros mayores, están concebidos para dar respuesta sanitaria a este grupo social, en base al principio de buscar el mejor lugar terapéutico cuando los achaques propios de la edad así lo requieren. Pero es necesario no solo aumentar su número, sino dotarlos de los servicios imprescindibles que estos Centros precisan como puede ser unidades de rehabilitación, hospital de día, unidad de demencias, terapia ocupacional, etc.

En ellos no se persigue una curación imposible, ni proceden terapias heroicas y agresivas, que no tienen ningún sentido, sino tratamientos conservadores y paliativos con planes de cuidados personalizados que les devuelvan la mejor calidad de vida posible, y para ello a la enfermería, como líder de los cuidados, se le debe de dar el máximo protagonismo. La Ley 44/03 de 21 de noviembre, sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias, otorga a los Diplomados en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados y en su art. 9 consagra el trabajo en equipo dando varias alternativas para su liderazgo que se aproximan a lo que viene denominándose Gestión por Procesos. Donde el valor no es por lo que eres sino por lo que aportas al proceso, pero todas estas disposiciones y buenas intenciones, pueden ser papel mojado si detrás no existe la firme voluntad, por parte de las autoridades sanitarias, de llevarlas a cabo. Es por ello, por lo que se deben promover cuantos foros de debate sean precisos para que sociedad profesionales y responsables políticos puedan llegar a compromisos, ya que todo cambio en el sistema social, es el resultado de un cambio en la conciencia de la sociedad.

Nicolás Guijarro Cabrera

*Presidente del I Congreso de Enfermería
Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana
Director de Enfermería Hospital San Vicente*

GRACIAS POR ESTAR AHI

*Han pasado tantos años
Han cambiado tantas cosas
El paisaje, el horizonte de antaño
Mi ilusión por aquellas rosas*

*Aquellas flores hermosas, perfumadas
Dentro de un libro marchitas
Atrapadas, aplastadas, olvidadas
Como estrellas pequeñitas*

*Yo ya soy como esas flores
No me queda ni la esencia
Un día inspiraba amores
Ahora a una tierna conciencia*

*Mis sueños ya se han cumplido
Mis metas he alcanzado
El alma llena he sentido
Y todo se ha terminado*

SOLEDADE Y RECUERDOS

¡Miedo, siento miedo!

*Quiero compartir, es lo que deseo
Perdí mi pareja se fue sin mí
Muy lejos mi hija, en fotos la veo
Solo deseo verla feliz
Quiero abrazarla, solo en ella creo
Decirle: ¡triste mundo sin ti!*

*Pensando en ellas me duermo
Despierto esperando encontrarlas
Olvido mi estado de enfermo
Y todo mi afán es buscarlas*

*Grito sus nombres el de mi esposa
Nadie contesta, pero oigo sus pasos
Siento su aroma de rosas*

*Despu_s el de mi hija,
Ella me culpaba de sus fracasos
Y yo a ella° de tantas cosas*

*Pero ninguna viene nadie aparece
Solo si cierro los ojos puedo verlas
Y al despertar el miedo crece*

ENTRA LA ENFERMERA

*Alguien viene, se acerca
Ocurre siempre cuando amanece*

*No eres tú, pero percibo tu ternura
Son como tú, mi dulce ángel, mi luz
No puedes venir, pero mandas tu dulzura*

*No me conocen de nada
Pero me ayudan a transportar mi cruz
Me sonríen, me desconcierta su mirada
Se que son hadas que envías tu*

*Seguir mirándome así
Dejarme ver vuestro rostro, sonriente
Sigue cuidándome así
No me dejes de repente*

*Acuden cuando les llamo
No olvidan lo que les pido
Ahora creo que les amo
Aunque todo quizás, sea un cumplido*

MÁS SOLEDAD

*Ese miedo que nos alcanza a todos
Esas tinieblas a las que tenemos que llegar
Ese universo infinito en el que estoy de algún modo
Por ese mundo convulso, extraño me toca vagar*

*No podías haberte ido olvidándome
Sé que desde donde estés me añoras
Llevo tantos años recordándote
Que me mandas ángeles ahora*

*Los veo diligentes cuando trabajan
¿Se puede llamar trabajo al dar amor?
Reparten entre todos la esperanza
Los deseos de esperar ese calor
Si salen, y no vuelven la añoranza
De que olviden también nuestro dolor*

*Yo sé que ella es la que te manda
No puedo demostrarte lo que pienso
De mi boca solo sale mal humor
Pero tu aroma es el incienso
Tu compañía y tu voz, dulce rumor*

*Si pudiera trasmitirte lo que siento
Si pudiera darte de mí lo mejor
Cargado de mensajes sopla el viento
Mensajes de deseos y candor*

LUZ DE LA ESPERANZA

*Hay una meta que no voy a alcanzar
Un horizonte tendrá que inventar
Mentiras gigantes, cuentos debieron lanzar
Pero ahora este mundo quedó sin crear
No somos nada, vivir es no vivir
Los demás verbos vacíos están
La vida apenas llega se impone morir
Y los que quedan de mi mundo se van*

*Te grito en vez de hablar con dulzura
Me olvido de que somos muchos
Vienes tú, quien todo lo cura
Me arrepiento de gritar, pero lo hago
Me perdonas al instante
Consigues estar delante
Eres ahora mi vida
Mi referencia, mi camino mi ser
Creo que te pertenece
Mi cálido renacer*

*Presos en la ilusión de este gran circo
Sueños bellos, sueños crueles, solo sueños
Dolor que es de carne y hueso
Vienes tú y lo consigues aplacar*

*Por favor, escucha al viento
él va a trasmitir mi sentimiento
El ser humano en su extensión
Es lo que tú eres
¡No olvides sentir amor!*

Ana Moyano Morán

27, 28 y 29 de mayo 2004

Universidad de Alicante San Vicente del Raspeig (Alicante).

Organiza:

Dirección de Enfermería Hospital San Vicente

Residencias Sociosanitarias dependientes de la Consellería de Bienestar Social de la provincia de Alicante:

- Residencia de Tercera Edad de Torrevieja
- Residencia de Tercera Edad de Elche
- Residencia de Tercera Edad de Benejuzar
- Residencia de Tercera Edad “Mariola”
- Residencia de Tercera Edad “Alacant”
- Residencia de Tercera Edad “La Florida”
- Residencia de Tercera Edad de Elda
- Residencia de Tercera Edad de Onil
- Residencia de Tercera Edad de Orihuela

Centros colaboradores:

- Hospital Sociosanitario Doctor Moliner (Valencia)
- Residencias Sociosanitarias de la 3ª Edad de Silla y Carlet (Valencia)

Instituciones colaboradoras:

- Consellería de Sanidad
- Consellería de Bienestar Social
- Universidad de Alicante
- Colegio de Enfermería Alicante
- Colegio de Enfermería de Valencia
- C.E.C.O.V.A
- Patronato de Turismo, Ayuntamiento de Alicante
- Universidad Cardenal Herrera-CEU

Lugar:

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Carretera San Vicente del Raspeig s/n

03690 San Vicente del Raspeig - Alicante

Tel. 96 590 3400 - Fax 96 590 3464

Días:

Jueves 27, Viernes 28 y Sábado 29 de Mayo 2004

OBJETIVOS DEL CONGRESO

Hoy por Ellos, Mañana por Nosotros

Jornadas de Enfermería Sociosanitaria, cuyo centro más importante es la figura del paciente sociosanitario, su entorno, vivencias y cuidados.

Atención integral desde un punto de vista holístico del paciente sociosanitario.

Jornadas dirigidas a todo el personal de Enfermería que trabaja en Residencias Geriátricas o en Hospitales Sociosanitarios.

Potenciación del equipo multidisciplinar, gestión de casos y todos los recursos sociosanitarios óptimos para aumentar la calidad de los cuidados y el bienestar del paciente sociosanitario.

COMITÉ DE HONOR

(Decreto 116/2003)

Honorable Sr. D. Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Honorable Sra. Dña. Alicia De Miguel García
Consellera de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. Dña. Luisa Pastor Lillo
Alcaldesa de San Vicente del Raspeig
Diputada Delegada de Bienestar Social de Alicante

Ilmo. Sr. D. Marciano Gómez Gómez
Secretario Autonómico para la Agencia Valenciana de la Salud

Ilmo .Sr. D Francisco Javier Reverte Lledó
Secretario Autonómico de Prestaciones Sociosanitarias

Ilmo. Sr. D. Juan Prefaci Cruz
Subsecretario de la Consellería de Sanidad

Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual
Director General de Recursos Humanos

Ilmo. Sr. D. Joaquin Martínez Gómez
Director General de Servicios Sociales

Ilmo. Sr. D. Eloy Jimenez Cantos
Director General de Recursos Económicos

Ilmo. Sr. D. Melchor Hoyos Garcia
Director General de Asistencia Sanitaria

Ilmo. Sr. D. Bartolomé Pérez Galvez
Director General de Atención a la Dependencia

Ilmo. Sr. D. Manuel Cervera Taulet
Director General de Calidad y Atención al Paciente

Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig
Director General de Salud Pública

Ilmo. Sr. D. Alfonso Bataller Vicente
Director General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria

Ilmo Sr. D. Jose Antonio Avila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Ilmo Sr. D. José Vicente García García
Director Territorial de la Consellería de Sanidad en Alicante

Ilima. Sra. Dña. Belén Payá Pérez
Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Ilmo. Sr. D. Arturo Pérez Seoane
Director del Hospital San Vicente

Ilima. Sra. Dña. Loreto Macia Soler
Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL CONGRESO

PRESIDENCIA

D. Nicolás Guijarro Cabrera
Director de Enfermería del Hospital San Vicente

VICEPRESIDENCIA

Dña. Ana Otero Sevilla

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Dña. Ana Moyano Morán

VOCALES

D. Ismael Sifre Artal
Dña. Inmaculada Pérez Escoto
D. Luis Pérez Sánchez
Dña. María José Pérez Ivorra
Dña. María José Martínez Serrano
Dña. Inmaculada Almarcha Ubeda
Dña. M^a Luisa Pérez Sanz

COMITÉ DE ORGANIZADOR

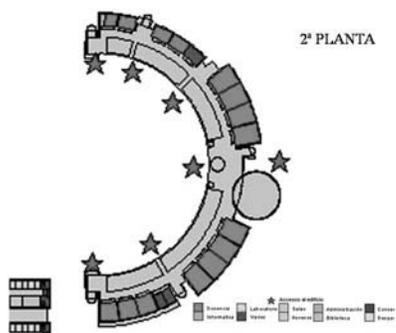
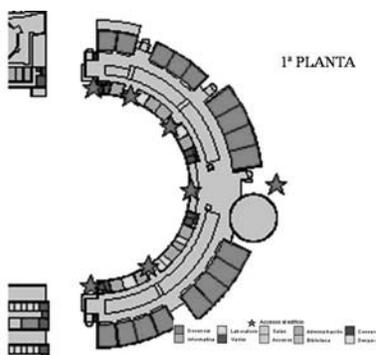
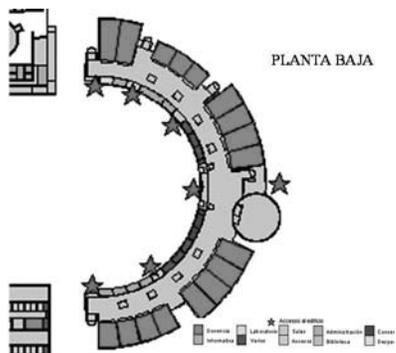
PRESIDENTE

D. Juan José Tarín Sáez

VOCALES

D. Juan José Tirado Darder
D. Rafael Requena Olcina
D. Teodoro Mira Alcaraz
Dña. Begoña Cremades Pastor
D. Sergio Sanz Esplá
Dña. Virginia Piqueras Pérez
D. Jesús Moreno Morales
D. Francisco Martínez Pastor
D. Ismael José Estevan Gonzalez
D. Eduardo Ramírez Domínguez
Dña Ruth Campo Ferrandiz

PLANO



Puerto de Alicante

PROGRAMA

JUEVES 27 DE MAYO

17'00 h. Entrega de documentación.

18'00 h. Apertura del Congreso. Acto inaugural.

19'00 h. MESA DE DEBATE

Interrelaciones sociosanitarias

MODERADOR: D. JUAN JOSÉ TARÍN SÁEZ

Enfermero Unidad de Heridas "SANET"

Hospital San Vicente

1º INVITADO: D. BARTOLOMÉ PÉREZ GALVEZ

Director General de Atención a la Dependencia

2º INVITADO: D. JUAN JOSÉ TIRADO DARDER

Director Residencia 3ª Edad Silla (Valencia)

Presidente Ilustre Colegio de Enfermería Valencia

3º INVITADO: Dña LORETO MACIÁ SOLER

Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

4º INVITADO: D. CARLOS IBAÑEZ ESQUEMBRE

Director de Enfermería Hospital Dr. Moliner

Serra (Valencia)

5º INVITADO: D. RAFAEL REQUENA OLCINA

Director de Residencia 3ª Edad "Mariola"

Alcoy (Alicante)

21'00 h. Recepción organizada por Patronato de Turismo del Excmo. Ayuntamiento Alicante

Lugar: Salones Postiguet (Puerto de Alicante)

VIERNES 28

9'00 h. I MESA DE PONENCIAS

El mejor lugar terapéutico posible para el paciente sociosanitario.

MODERADOR: DÑA ANA ISABEL CABRERO CLAVER

Presidenta Sociedad Enfermera de Investigación y Calidad (SENICA).

Directora de Enfermería Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Huesca)

PONENCIA 1: DISPOSITIVO URINARIO FEMENINO EXTERNO

Begoña Cremades Pastor

Ruth Campo Ferrandiz

Juan Jose Tarin Saez.

Enfermeros Hospital San Vicente (Alicante)

PONENCIA 2: LA FORMACIÓN COMO BASE PARA EL DESARROLLO DEL ROL AUTÓNOMO ENFERMERO EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

Noemí Sansó Martínez.

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Dolores Sales Girona.

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Profesora asociada de la UIB

Isabel Roman Medina.

Enfermera de calidad del Complejo Hospitalario de Mallorca

PONENCIA 3: EL ANCIANO MORIBUNDO

Francisco Ballester Zaragoza.

Enfermero Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

Llanos Rubio Caballero.

Enfermera Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

Juan Antonio Llácer Gracia.

Enfermero Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

Ismael Sifre Artal.

Coordinador Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

PONENCIA 4: USO DE MALLA BACTERICIDA PARA REDUCCIÓN DE CARGA BACTERIANA

Fco Jesús Moreno Morales

Juan José Tarín Sáez

Enfermeros Hospital San Vicente (Alicante)

10:30 h. CUIDADOS EN EL PACIENTE SOCIOSANITARIO

CUIDADO DE LA PIEL Y TRATAMIENTO DE HERIDAS EN EL PACIENTE SOCIOSANITARIO.

MODERADOR: DÑA LORETO PEIRÓ GREGORI

Vicedecana de Enfermería

Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud

Universidad Cardenal Herrera-CEU Valencia

PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA PIEL DEL ANCIANO

PONENTE: SRA FRANCISCA MARTÍNEZ FLORIANO

Supervisora de Enfermería del Consorcio sanitario Integral de Hospitalet (Barcelona)

REDUCCIÓN DE LA CARGA BACTERIANA

PONENTE: SR PEDRO GRAU SANTANA

Supervisor de Enfermería Hospital Dr. Moliner Serra (Valencia)

CONTROL Y GESTIÓN DEL EXUDADO

PONENTE: SR EDUARDO RAMÍREZ DOMÍNGUEZ

Coordinador de Enfermería Residencia de Ancianos, Elche (Alicante)

ACELERACIÓN DEL PROCESO DE GRANULACIÓN

PONENTE: SR. JUAN JOSÉ TARÍN SÁEZ

Enfermero Unidad de Heridas “Sanet” Hospital San Vicente (Alicante)

11,30 h. Pausa y café

12'00 h. CUIDADOS EN EL PACIENTE SOCIOSANITARIO

INCONTINENCIA en el paciente sociosanitario.

MODERADOR: D. EDUARDO MARTÍNEZ AGULLÓ

Jefe de Servicio de Urodinamia

Hospital universitario “La Fe” de Valencia

INFECCIONES NOSOCOMIALES DERIVADAS DEL TRACTO URINARIO

PONENTE: Mª TERESA GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO

Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Servicio de medicina Preventiva Hospital General Universitario de Alicante y

Hospital San Vicente

CORRECTA MANIPULACIÓN TRANSURETRAL

PONENTE: Mª ISABEL BERMÚDEZ BELLIDO

Enfermera Servicio de Medicina Preventiva del Hospital San Vicente.

DISPOSITIVO URINARIO FEMENINO EXTERNO

PONENTE: JUAN JOSÉ TARÍN SAEZ

Enfermero hospital San Vicente

13'00 h. II MESA DE PONENCIAS:

Recursos según necesidades: criterios de valoración de ingreso.

MODERADOR: D. DANIEL ANDRÉS CHECA

Enfermero Hospital de Requena (Valencia)

PONENCIA 1: PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL EJE PACIENTE/CUIDADOR EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE SAN VICENTE (CDP-ALZ)

Concepción Morales Espinosa

Begoña Cremades Pastor

Alicia Sánchez Pérez

Teresa Frutos Alegría

Jaume Morera Guitart

Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer (Hospital San Vicente)

PONENCIA 2: EL USO INADECUADO DE LOS FÁRMACOS SE ESTÁ CONVIRTIENDO EN UN SERIO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Maria Luisa Corujo

BEHMPAT Boadilla del Monte. Madrid

PONENCIA 3: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA COMO MIEMBRO INTEGRANTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

L. Peyró Gregori; P. Llabata Carabal; I. Serra Guillén; J.V. Carmona Simarro

Universidad Cardenal Herrera-CEU

PONENCIA 4: INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES EN LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Ismael José Estevan González

*Director del Centro de Acogida e Inserción para personas sin Hogar de Alicante
Enfermero del Servicio de Ayuda Médica Urgente (San Vicente del Raspeig).*

Milagros A. Martínez Pérez,

Auxiliar de Enfermería de la Residencia Geriátrica “El Catí” de Elda.

Estudiante de Enfermería de 2º. Curso Universidad de Alicante

PONENCIA 5: UTILIZACIÓN DE APÓSITOS HIDROCELULARES DE GEL PARA PREVENCIÓN DE HERIDAS

Dolores Lozano Moré

Responsable del servicio de la UFISS Geriátrica de la Cruz Roja de Hospitalet (Barcelona)

Salus García Esteban

Responsable Unidad de Larga Estancia, Consorcio Sanitario Integral, Hospitalet (Barcelona)

14'00 h. Almuerzo de trabajo.

16'00 h. III MESA DE PONENCIAS

Evaluación integral de la situación sociosanitaria del paciente y de su familia

MODERADOR: DÑA. M^a. JESÚS PÉREZ MORA

Subdirectora E.U.E Alicante

PONENCIA 1: ESTUDIO DE LA EVOLUCION DE ULCERAS VENOSAS A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO

Laura Soriano Llinares

Demetrio Reig Martínez

Enfermeros de la Residencia Mixta de la 3^a Edad de Carlet.

PONENCIA 2: GUÍA DE VALORACIÓN ENFERMERA EN UN COMPLEJO SOCIOSANITARIO

Noemí Sansó Martínez.

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Dolores Sales Girona.

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Profesora asociada de la UIB

Isabel Roman Medina.

Enfermera de calidad del Complejo Hospitalario de Mallorca

PONENCIA 3: CONOCIMIENTOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Rosario Ramos Torrente

Residencia de la Tercera Edad de Altabix. Elche

Pablo López Casanova

Hospital General Universitario de Elche

José Verdú Soriano

Departamento de Salud Pública. E.U.E. Universidad de Alicante

PONENCIA 4: EL CUIDADO DE LOS PIES EN EL ANCIANO

Paloma López Ros

Podóloga y profesora colaboradora en la Universidad Miguel Hernández.

Brígida López López.

Enfermera del Hospital San Vicente y podóloga.

17:30 h. CUIDADOS EN EL PACIENTE SOCIOSANITARIO

NUTRICIÓN EN EL PACIENTE SOCIOSANITARIO

MODERADOR: D. ALVARO PRIETO SEVA

Geriatra Residencia "Alacant"

Vocal por Alicante de las Sociedad Levantina de Geriatría y Gerontología

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

PONENTE: SRA. ELENA MORENO GUILLAMONT

Dietista Consellería de Bienestar Social

SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN EN NUTRICIÓN ENTERAL

PONENTE: SR. ANTONIO CARRIÓN ORTUÑO

Unidad de Nutrición y Dietética Hospital DR. Peset (Valencia)

DIETAS TERAPEÚTICAS EN EL PACIENTE ANCIANO

PONENTE: SRA. ISABEL FERRERO SERRA

Dietista Unidad de Dietética Hospital DR. Moliner Serra (Valencia)

IMPORTANCIA DEL CORRECTO USO DE SUPLEMENTOS ORALES EN EL PACIENTE ANCIANO

PONENTE: SRA. M^a ANGELES RUBIO GAMBIN

Supervisora de Nutrición Hospital Santa María del Rosell (Cartagena)

18,30 h. IV MESA DE PONENCIAS: El equipo gestor de casos

MODERADOR: D. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA

Director de Enfermería Hospital General Universitario de Alicante Licenciado en Antropología

PONENCIA 1: USO DE MALLA BACTERICIDA PARA REDEUCIÓN DE CARGA BACTERIANA.

Juan Jose Tarín Sáez

Sergio Jose Sanz Espla

Enfermeros Unidad de Heridas “Sanet” Hospital San Vicente

PONENCIA 2: “MANEJO Y CUIDADOS DE LA INFUSION SUBCUTANEA CONTINUA EN EL PACIENTE ANCIANO EN LA SITUACION DE TERMINALIDAD”.

Pedro Grau Santana

M^a Angeles Lado Cornejo

Enfermeros Hospital Doctor Moliner Serra (Valencia)

PONENCIA 3: RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIÓN/COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINRESISTENTE (SAMR) EN RESIDENCIAS ASISTIDAS

M^a Teresa Gea Velázquez de Castro

Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Servicio de medicina Preventiva Hospital General Universitario de Alicante y Hospital San Vicente.

M^a Isabel Bermúdez Bellido

Enfermera. Servicio de Medicina Preventiva Hospital San Vicente

Edith Leutscher

Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva y Unidad de Calidad Hospital Villajoyosa.

PONENCIA 4: SUPLEMENTACION NUTRICIONAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ULCERAS DE DECÚBITO

Inmaculada Almarcha Úbeda

Enfermera Hospital San Vicente

Laura Maria Ruiz Roca

Enfermera Hospital San Vicente

Juan José Tarín Sáez

Enfermero Hospital San Vicente

Eduardo Ramírez Domínguez

Coor. Residencia 3ªEdad Elche

Ismael Sifre Artal

Coor. Residencia 3ªEdad Torrevieja

21,30 h. Cena de Clausura.

SALONES DÁRSENA

Puerto de Alicante

SABADO 29

11,00 h. Defensa de pósters

12'00 h. Entrega de premios

13'00 h. Clausura del Congreso

TALLERES DE ENFERMERÍA

Coordinadora: Ana Otero Sevilla

TALLER: R.C.PAVANZADA

Responsable: SAMU SAN VICENTE

Objetivos :

- Reconocer una situación de urgencia vital.
- Saber actuar en el caso de urgencia y/o emergencia.
- Actuación correcta en una urgencia vital teniendo en cuenta los factores de un paciente sociosanitario.

TALLER: MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Responsable: Servicio de Fisioterapia Hospital de San Vicente

Objetivos :

- Comprender a través de la movilización de cargas y pacientes, los principios básicos de la mecánica corporal para facilitar la actividad laboral cotidiana.
- Aumentar el confort, la seguridad y la eficacia en la práctica de gestos y maniobras en su entorno cotidiano.
- Prevenir el dolor de espalda y daños derivados del trabajo.

TALLER: INFECCIÓN EN HERIDAS CRÓNICAS

Responsable: Unidad de Heridas “SANET” H. San Vicente

Objetivos :

- Proceso de cicatrización de las heridas
- Importancia del manejo de la biocarga en el lecho de la herida
- Profilaxis de reducción de carga bacteriana.

PREMIOS

Los Comités premiarán a los trabajos tras ser valorados por el Comité Científico en base a su calidad científica e importancia práctica.

PRIMER PREMIO: 800 EUROS

(PREMIO CON LA COLABORACIÓN CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA CECOVA)

SEGUNDO PREMIO: 600 EUROS

(PREMIO CON LA COLABORACIÓN DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE ALICANTE).

TERCER PREMIO: 300 EUROS

Premios Póster:

PRIMER PREMIO: 400 EUROS

SEGUNDO PREMIO: 200 EUROS

MESA DE PONENCIAS N°1

“El mejor lugar terapéutico posible para el paciente sociosanitario”

Moderada por, Dña Ana Isabel Cabrero Claver
Presidenta Sociedad Enfermera de Investigación y Calidad (SENICA).
Directora de Enfermería Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Huesca)

DISPOSITIVO URINARIO FEMENINO EXTERNO

Begoña Cremades Pastor

Ruth Campo Ferrandiz

Juan Jose Tarin Saez.

Enfermeros Hospital San Vicente (Alicante)

RESUMEN

INTRODUCCION

Las infecciones nosocomiales derivadas del catéter y el riesgo de aparición de úlceras por presión debido a la humedad producida por la orina en contacto con la piel del paciente, son dos de los problemas ocasionados por la incontinencia en las personas.

El dispositivo urinario femenino externo(DUFEX) está fabricado con silicona líquida 100%, material extremadamente flexible y suave, que se fija a la zona genital femenina mediante adhesivo adecuado.

OBJETIVOS

- Definir la incontinencia urinaria y sus tipos.
- Definir infecciones nosocomiales. Morbilidad y mortalidad. Costes económicos.
- Destacar la importancia que desde Enfermería debemos realizar para minimizar infecciones urinarias derivadas del catéter.
- Reducir la humedad en pacientes encamados con riesgo alto de aparición de úlceras por presión.
- Dar a conocer la utilización del dispositivo urinario femenino externo (DUFEX) como una alternativa en la lucha contra la incontinencia y para control de diuresis en pacientes que lo precisen.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo de observaciones destacadas en un grupo de pacientes ingresados en Hospital de Crónicos y en Residencias Sociosanitarias, con problemas de incontinencia urinaria y/o que precisen un control estricto de diuresis por su patología aguda.

A este grupo de pacientes se les aplica un dispositivo urinario femenino externo (DUFEX) para evitar la presencia de orina en la piel y para controlar la diuresis durante 24 horas.

CONCLUSIONES

Recomendamos la utilización del dispositivo urinario femenino externo (DUFEX) como herramienta para evitar la humedad en el paciente, para minimizar

infecciones nosocomiales derivadas directamente del catéter, para la obtención de muestras de orina no estéril y para el control de diuresis en pacientes que lo precisen.

ESTUDIO DE CASOS EN SERIE DEL DISPOSITIVO URINARIO FEMENINO EXTERNO “VILUC”

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es un problema de gran incidencia en la población mayor. Un 15% de las personas mayores de 75 años están afectadas. Es más frecuente entre las mujeres, en una proporción de 2:1 respecto a los hombres. En España más de 2 millones de personas sufren esta dolencia.

Las pérdidas de orina no suponen un riesgo vital, pero el impacto en la calidad de vida de quien las sufre es enorme. La incontinencia de esfuerzo en mujeres con debilidad en su sistema esfinteriano, es la más habitual, seguida de la de urgencia y la mixta.

No olvidemos que se padece de forma continuada, día y noche, y afecta a actividades como las relaciones sociales o sexuales, Por eso, el impacto psicológico es muy grande: la falta de autoestima suele derivar en depresión. También tiene efectos colaterales adversos, como fracturas provocadas por caídas en los ancianos que de noche se levantan a orinar, además de úlceras o infecciones urinarias o genitales".

La mayoría de los incontinentes son ancianos, pero éstos son también los menos estudiados, y, por tanto, los menos tratados.

En los ancianos hay dos tipos de incontinencia: la transitoria y la establecida. La primera suele estar asociada a la depresión o la soledad, o a la toma de ciertos medicamentos. Cuando la incontinencia es establecida se debe a consecuencias de enfermedades prostáticas o a un deficiente suelo pélvico, pero también puede ser una incontinencia inconsciente, asociada a procesos neurológicos que causan deterioro en el control cerebral o nervioso de la micción, como demencia, Alzheimer, accidentes cerebrovasculares...". La mayoría de los ingresos de ancianos en residencias están asociados a la demencia. Se estima que entre el 50 y el 70 por ciento de los mayores españoles ingresados en residencias y hospitales padecen incontinencia.

Los problemas derivados de la incontinencia urinaria en instituciones cerradas conlleva numerosos trastornos que inciden muy directamente sobre el paciente, los costes y los tiempos de trabajo.

Dentro de estos problemas, destacan principalmente:

- Humedad constante de la piel, lo que conlleva un aumento del riesgo de aparición de úlceras por presión.
- Las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad y ocasionan unos importantes costes sociales y económicos. La prevención de la infección urinaria, secundaria a un cateterismo y todas las demás complicaciones del mismo se han de iniciar con una revisión permanente de sus indicaciones siempre a la baja y proceder a la retirada del mismo tan pronto como sea innecesario, ya que de esta forma se podrían evitar hasta un 40 % de las infecciones asociadas a su utilización.

Las infecciones del tracto urinario determinan del 35 al 45 % de todas las infecciones intrahospitalarias .

El catéter vesical es un procedimiento invasivo que permite la entrada de gérmenes en la vejiga urinaria, constituyendo un factor favorecedor para la adquisición de una infección urinaria nosocomial ; de forma que hasta un 80 % de los casos de infecciones urinarias nosocomiales están asociadas al catéter vesical.

A los diez días de llevar una sonda cerca del 50 % de los pacientes pueden tener bacteriurias. Si el enfermo tiene que llevar la sonda durante más de 28 días, la bacteriuria aparece prácticamente en un 100 % de los casos.

Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer una infección del tracto urinario que los varones; la frecuencia de bacteriuria es de dos a cuatro veces mayor, la menor longitud de la uretra femenina propiciaría una más fácil migración de bacterias, dando lugar a una cierta “susceptibilidad anatomofisiológica”.

En las pacientes de sexo femenino la colonización periuretral de los microorganismos es a lo largo de la sonda hasta la vejiga, en la cual las bacterias ascienden a lo largo de la corta uretra femenina.

Dermatitis del pañal, candidiasis, debidas a la presencia de humedad sobre todo en ingles y vulva.

Así mismo existen un gran número de pacientes que son continentes pero dada su patología precisan controlar la diuresis, dentro de este grupo entrarían principalmente:

- Cardiopatía isquémica congestiva
- EPOC
- TVP
- Insuficiencia renal

El control de la diuresis es un valor muy importante, desde el punto de vista clínico, ya que nos va a servir no solo para pacientes incontinentes sino en pacientes continentes que requieren un control estricto de la diuresis, sobre todo en la fase aguda de su enfermedad, evitando así el uso de sondajes vesicales. La tolerancia en este tipo de pacientes es muy alta, ya que el paciente no opone resistencia a la hora de la colocación del mismo y no se manipula el dispositivo. El tiempo que llevará el colector acabará una vez superada la fase aguda de su problema de salud (unas 48 horas aproximadamente) o una vez superada la prescripción facultativa.

Por lo tanto el uso del dispositivo nos va a aportar también un dato muy importante, que es el control de la diuresis sin necesidad del sondaje uretral, evitando todos los riesgos que conlleva las manipulaciones transuretrales (infecciones, traumatismos, dolor, hematurias...).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de observaciones destacadas en un grupo de pacientes ingresados en Hospital de Crónicos y en Residencias Sociosanitarias, con problemas de incontinencia urinaria y / o que precisen un control estricto de diuresis por su patología aguda.

A este grupo de pacientes se les aplica un dispositivo urinario femenino externo para evitar la presencia de orina en la piel y para controlar la diuresis.

Se realizó un estudio observacional transversal incluyendo pacientes ingresados en Hospitales de Crónicos y en Residencias Sociosanitarias, los datos se recogieron durante los meses de Enero a Abril del año 2003.

Se eligió aleatoriamente a pacientes femeninos mayores de 18 años que precisarían:

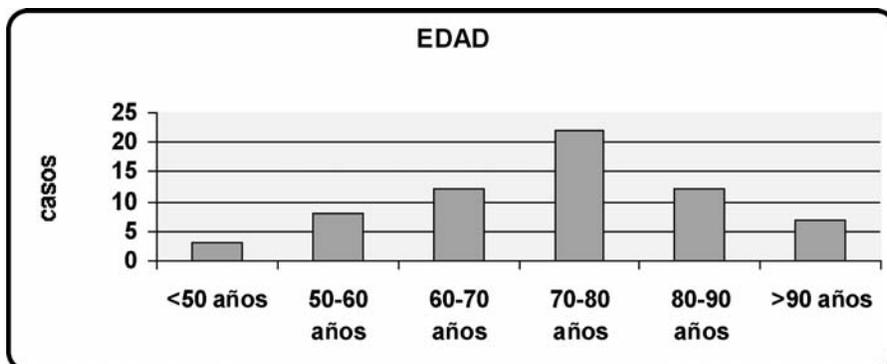
- Uso de pañal para evitar su problema de incontinencia
- Control de diuresis estricto debido a su patología
- Reposo absoluto dada su patología

A este grupo de pacientes se les aplicó el colector de orina tipo Viluc comercializado por los Laboratorios Lauclar. Dispositivo externo 100% silicona hipoalergénico que se puede reutilizar. Estos pacientes llevaban el dispositivo puesto durante un periodo de 24 horas como máximo.

RESULTADOS

• Se revisaron un total de 64 casos, correspondientes a pacientes ingresados, la edad estaba comprendida entre 18 y 99 años

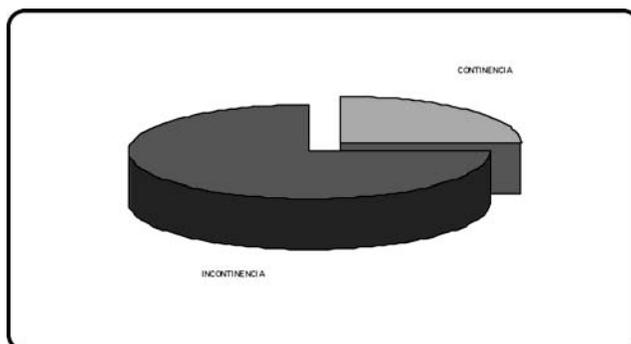
(Gráfica 1) *Edad de las pacientes*



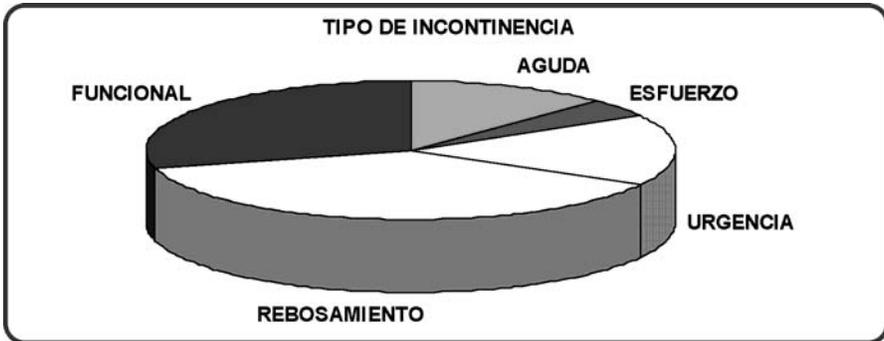
La media de edad fue de 74'6 años, siendo la mujer más joven de 18 años y la más longeva de 99 años.

• De las 64 mujeres, 18 eran pacientes continentales y 48 incontinentes urinarias

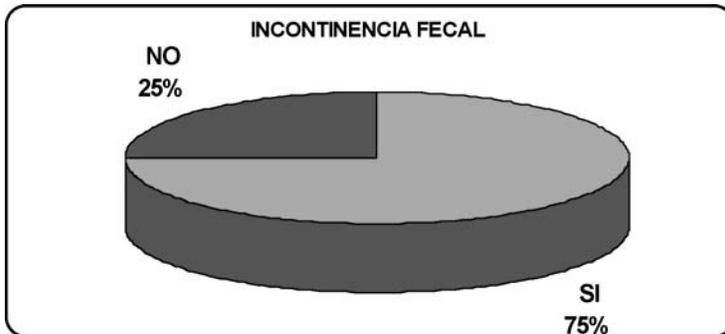
(Gráfica 2) *Continencia urinaria.*



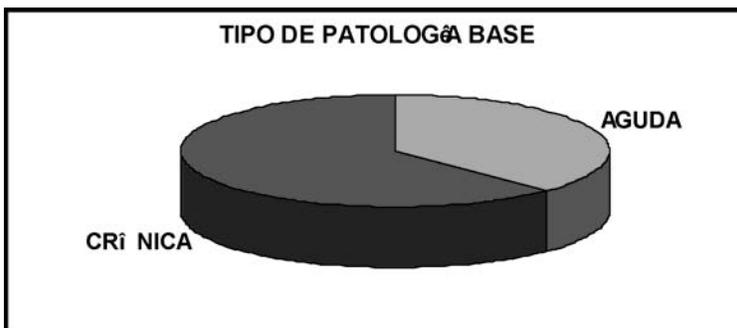
- De los 48 pacientes incontinentes, el tipo de incontinencia que prevalecía era por rebosamiento (18 casos) seguido de origen funcional (14 casos)
(Gráfica 3) Tipo de Incontinencia



- De los 48 pacientes incontinentes urinarmente, 36 lo eran también fecalmente, teníamos 36 pacientes con incontinencia mixta.
(Gráfica 4) Incontinencia fecal

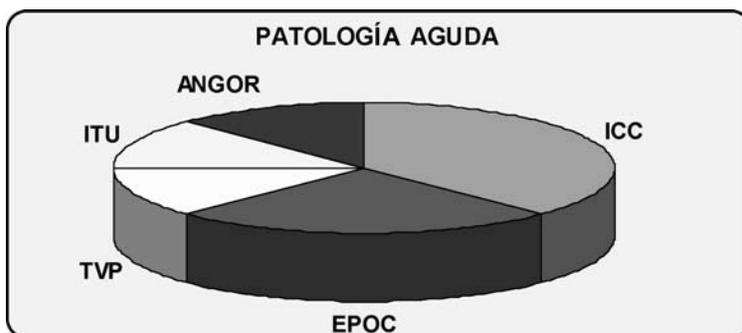


- Las patologías que presentaban dichos pacientes, las clasificamos en agudas y crónicas, siendo las crónicas 2/3 con respecto a las agudas
(Gráfica 5) Tipo de patologías



- Dentro de las patologías agudas destacan los traumatismos por fractura de cadera, pacientes que ingresan por problemas de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o con problemas de reagudización de su EPOC, con cuadro de disnea, ortopnea y edemas maleolares, son pacientes que dada su patología requieren un control estricto de diuresis y se emplea tratamiento diurético muy potente. Hasta ahora este tipo de pacientes; mujer con insuficiencia cardíaca congestiva en fase aguda se recurría al sondaje vesical para controlar la diuresis y evitarles esfuerzos que agravarían su cuadro de urgencia, pudiendo desencadenar en edema agudo pulmón

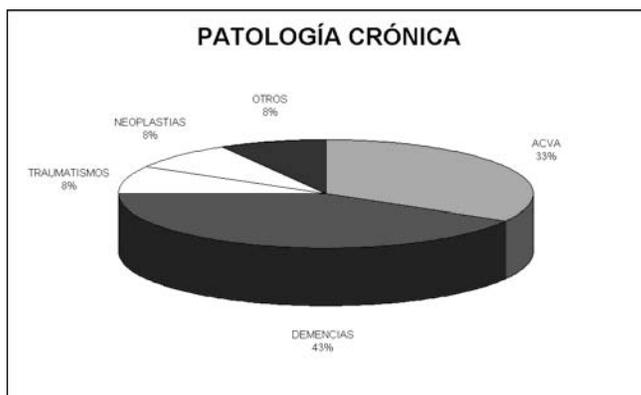
(Gráfica 6) Tipo de patologías agudas



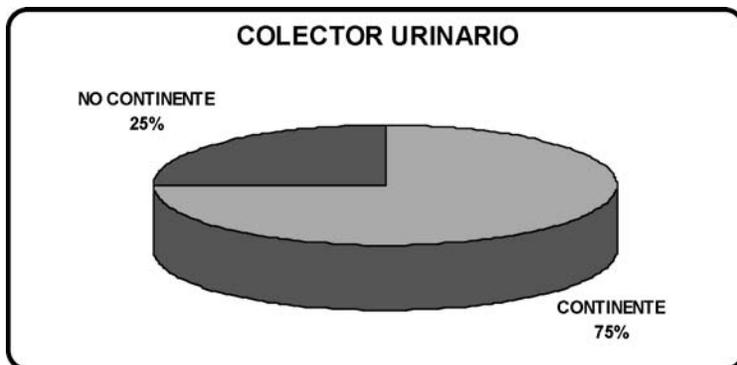
También destaca aquellas pacientes que requieren reposo absoluto, aquí entrarían el grupo de isquemias cardíacas (angor, IAM) y problemas de trombosis venosas.

- Dentro de las patologías crónicas, el 76% de los casos englobaban al grupo de pacientes con problemas isquémicos vasculares y el grupo de las demencias. Pacientes dependientes totales en su mayoría, teniendo gravemente alteradas sus Actividades Básicas de la Vida Diaria, portadores todos de pañal de incontinencia y muchos de ellos encamados continuamente dada su involución y sus limitaciones sensorio-motoras. Se sumaba también problemas derivados de la postración : secreciones bronquiales, úlceras por presión y déficits nutricionales

(Gráfica 7) Tipo de patologías crónicas



- De los 64 casos en los que se aplicó el colector urinario tipo Viluc, en el 75% de los mismos el sistema recolector fue efectivo, lo que suponía 48 casos (Gráfica numero 8) Sistema continente



3 de cada 4 pacientes portadores del dispositivo urinario femenino externo, se mantenía el dispositivo una vez transcurridas 24 horas de su puesta. Se mantenían secos, evitando la humedad directa sobre la piel y mucosas y podíamos controlar también la diuresis de los mismos.

El dispositivo se mantenía estanco, a la hora de la retirada, no se producía traumatismo alguno y no dejaba restos en la zona de adhesión del mismo.

La tolerabilidad al mismo era un factor destacable.

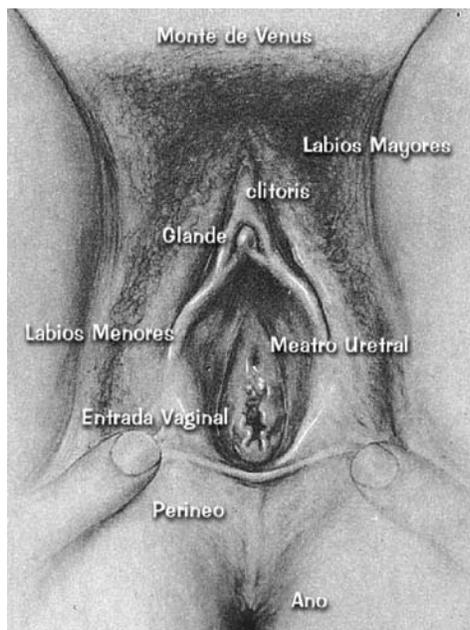
- Del 25% de los pacientes con dispositivo externo que el sistema no había sido continente (16 casos), el 62% de los sistemas habían sido arrancados o se habían desprendido. Cabe destacar el alto porcentaje de pacientes con demencia, muchos de ellos en estadios iniciales, donde el grado de agitación e hiperactividad está acrecentado. En ningún caso el arrancamiento ocasionó traumatismo alguno da la piel o de las mucosas, no observándose restos del dispositivo en la zona donde se hallaba ubicado

(Gráfica numero 9) Causas del sistema no continente

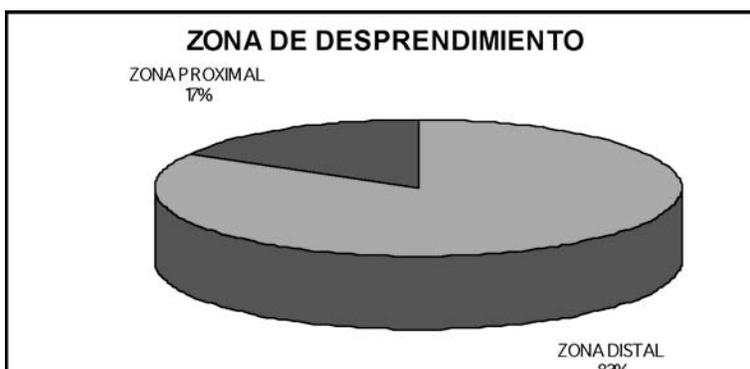


La zona por donde se había desprendido mayoritariamente el dispositivo recolector era la zona distal (83%). Anatómicamente cabe recordar que la zona del periné ginecológico, es la pequeña región de 3 o 4 cm comprendida entre la horquilla vulvar y el ano. Constituye la base de la formación conjuntivomuscular cuneiforme (por eso se llama cuña perineal) situada entre la vagina y el recto, tiene una serie de pliegues que dificultan la adaptabilidad del sistema recolector tipo Viluc, es por ello aconsejable el uso de protectores cutáneos no irritantes libres de alcohol, que crean una película barrera protectoras de la piel frente a la acción de los fluidos corporales, reforzando la adhesión del mismo.

En la zona proximal el problema radica en la presencia de bello púbico que dificulta la adhesión del mismo. El envejecimiento conlleva la pérdida de bello púbico en las mujeres, siendo las mujeres jóvenes y adultas las que tiene un bello púbico más poblado.



(Gráfica 10) Zona de desprendimiento

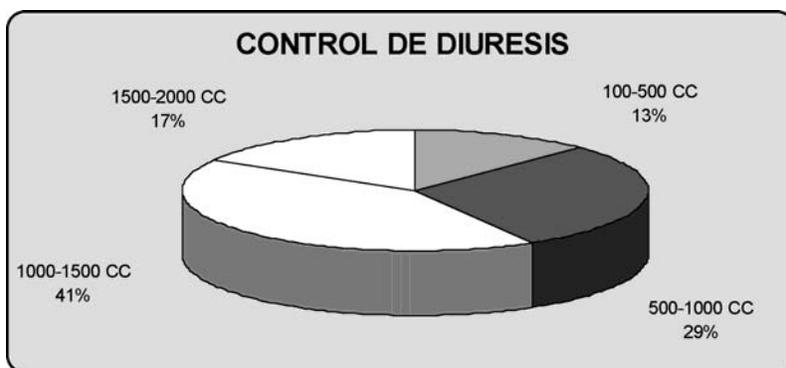


La última observación destacable es el control de diuresis (Gráfica 11), con un valor muy importante, desde el punto de vista clínico, ya que nos va a servir no solo para pacientes incontinentes sino en pacientes continentales que requieren un control estricto de la diuresis, sobre todo en la fase aguda de su enfermedad, evitando así el uso de sondajes vesicales. La tolerancia en este tipo de pacientes es muy alta, ya que el paciente no opone resistencia a la hora de la colocación del mismo y no se manipula el dispositivo. El tiempo que llevará el colector acabará una vez superada la fase aguda de su problema de salud (unas 48 horas aproximadamente).

Por lo tanto el uso del dispositivo nos va a aportar también un dato muy importante, que es el control de la diuresis sin necesidad del sondaje uretral, evitando todos los riesgos que conlleva las manipulaciones transuretrales (infecciones, traumatismos, dolor, hematurias...).

La media aproximada de control de diuresis giraba entorno a 1.250 cc, siendo de hasta 2.000cc en pacientes continentales y de 350cc en pacientes ancianos postrados con déficit neurológico severo, presencia de UPP y con problemas de disfagia.

(Gráfica 11) Control de diuresis



DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad y ocasionan unos importantes costes sociales y económicos. La prevención de la infección urinaria, secundaria a un cateterismo y todas las demás complicaciones del mismo se han de iniciar con una revisión permanente de sus indicaciones siempre a la baja y proceder a la retirada del mismo tan pronto como sea innecesario, ya que de esta forma se podrían evitar hasta un 40 % de las infecciones asociadas a su utilización.

En los casos de incontinencia urinaria, se proponen otras alternativas como: pañales hidrófugos y el uso del colectores en el hombre, los cuales se deberían probar antes de proceder al cateterismo vesical. Gracias al dispositivo urinario femenino externo tipo Viluc podemos hoy también evitar sondajes vesicales innecesarios y reducir la humedad en las pacientes femeninas.

El resultado del estudio científico de casos en serie fue muy positivo, de éstos extraemos los puntos más resaltantes del colector urinario femenino tipo VILUC:

- Disminución de la humedad, reduce el contacto de la orina con la piel del paciente y con las heces
- Reduce la aparición de Ulceras por Presión (la humedad unido a la presión, fricción y las fuerzas tangenciales son los parámetros más importantes para la aparición de UPP).
- Minimiza el riesgo de aparición de infecciones nosocomiales derivadas del catéter vesical.
- Minimiza el riesgo de aparición de infecciones dérmicas (dermatitis, candidiasis...).
- Control de diuresis para pacientes que precisan medida de la misma.
- Determinación de pruebas diagnósticas (orina 24 horas, anormales y sedimento,...)
- Reducción del uso de pañales, con el consiguiente ahorro de uso de pañales (la gestión de los recursos es un importante reto para la Enfermería).
- Potenciación de la autoestima y bienestar del paciente/familia/cuidador principal, aumento de la calidad de vida de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Serrate G, Fontanals D , Canals M, Segura F, Nogueras A. Prevalencia de infección urinaria nosocomial en pacientes portadores de sondaje vesical. Medidas de control. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 1992; 10 (supl 2):72.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Encuesta epidemiológica de prevalencia en un punto de la infección hospitalaria y uso clínico de antimicrobianos en España. Análisis descriptivo de resultado. Madrid, 1986.
- Manual Merck. Trastornos genitourinarios. Infecciones urinarias. 10 ed. 1999. Sec. 17. Cap. 227. Pág. 1891.
- Mansur J. D., Gutierrez R. L., Wodovosoff J. Infecciones urinarias. *Enfermedades Infecciosas*. Vol. 2. 1998. 582-585..
- Lundstrom T., Sobel J. Nosocomial Candiduria. Division of infectious Disease, Detroit Medical Center, Wayne State. University School of Medicine, Detroit USA. *Clin. Infect. Dis.* 2001. Jun. 1; 32 (11): 1602-7.
- Lucet J. Outbreak of Múltiple Resistant Enterobacteriaceae in intensive care unit. *Epidemiology and risk factores for acquisition.* *Clin. Infect. Dis.*1996; 22: 430-436.
- L' hospitalització de la població de més de 64 anys. CMBDAH. *Butll Epidemiol Catalunya* 1991; 12: 15-16.
- Knopf H. J., Funke P. J. Significance of bacterial prostatics colonization for nosocomial urinary tract infections after transurethral prostate resection. *Urologe A.* 2000. Sep.; 39. (5): 432-5.
- Hellstrom L., Ekelund P., Milsom I., Mellstrom D. The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85 year old men and woman. *Age-ageing* 1990; 19: 383-389.

- Harrison. Enfermedades infecciosas. Evaluación y Tratamiento de los pacientes con infecciones hospitalarias. Principios de medicina interna. 13ª edición.vol 1 1994.cap 97 pag:680-683
- Haley R. W., Hooton T. M., Culver D. H., Stanley R. C. et. al. Nosocomial Infections in US Hospitals. 1975-1976. Estimated frequency by selected characteristics of patients. Am J. Med 1981; 70: 947-959.
- Grupo de trabajo Epincat. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en Cataluña.(1). Infecciones y factores de riesgo. Med Cli. (Barc). Vol 95, N° 2 1990
- Frank U., Daschner F. D, Schulgem G., Mills J. Incidence and epidemiology of nosocomial infections in patients infected with human immunodeficiency virus. San Francisco General Hospital, University of California, USA. Clin. Infect. Dis. 1997. Aug; 25 (2): 321-3.
- Farreras-Rozman. Problemas especiales en Enfermedades Infecciosas. Parte IX Infecciones nosocomiales. Medicina Interna. 13ª edición. Vol 2 1995. Pag: 2555-2556
- Desforgues J. Management of urinary tract infections in adults. New Engl J. Med. 1993; 28 (18): 328-333.
- Butreau-Lemaire M., Botto H. Nosocomial urinary infections. Service d` urologie, CMC. Foch, Suresnes, France. Prog. Urol. 1997. Sep; 7. (4): 674-82.
- Brau Beltrán J, Pericas Reventós R, López Valeiras L, y col. Estudio de la infección en pacientes con sondaje vesical de corta duración. Med Clin (Barc) 1991,96: 161-164.
- Bouza E., San Juan R., Muñoz P., Voss A., Kluytmans J. A European perspective on nosocomial urinary tracts infections I. Report on the microbiology workload, etiology and antimicrobial susceptibility. Clin. Microbiol. Infect. 2001. Oct; 7. (10): 523-31.
- Barrasa J,Vidal C,Azpiroz C. Las infecciones urinarias en los pacientes con sonda vesical no permanente (I) Factores de riesgo, patogenia, etiología y curso clínico. Med Clin (Barcelona) 1996,106:704-710.
- Almirante, B: Infección y sondaje urinario. Medicina Clínica. Barcelona, vol.96.N° 5, 1991.
- Gonzalez, J.C.; Martínez, M.; Valenzuela, E.; Pérez, C.; Plans, M.; Coll, M.: Estudio de prevalencia de un día de pacientes sondados en un hospital general universitario. Archivo español de urologia 48-6 (563-568) 1995.22)
- EPINE WORKING GROUP. Prevalence of hospital-acquired infeccions in Spain. J. Hospital infect 20:1. 1992.23)
- Force, LL.: Estudio multicentrico de la infección urinaria nosocomial asociada al sondaje vesical en Cataluña. Enferm Infecc Microbiol Clin 1992; 10 (supl 2).
- Dalet, F.; del Río G.: Infecciones Urinarias. Pag. 251. Fundaciòn Puigvert, Barcelona 1996.25)
- Hernandez, A. y otros: Recomendaciones para el control de la infección nosocomial. Generalitat Valencia 1996.

DISPOSITIVO URINARIO FEMENINO EXTERNO VILUC (DUFEX)



Las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad, ocasionan unos importantes costes sociales y económicos. Las infecciones del tracto urinario determinan del 35 al 45 % de todas las infecciones intrahospitalarias.

El catéter vesical es un procedimiento invasivo que permite la entrada de gérmenes en la vejiga urinaria, constituyendo un factor favorecedor para la adquisición de una infección urinaria nosocomial, de forma que hasta un 80 % de los casos de infecciones urinarias nosocomiales están asociadas al catéter vesical.

A los diez días de llevar una sonda cerca del 50 % de los pacientes pueden tener bacteriuria. Si el enfermo tiene que llevar la sonda durante más de 28 días, la bacteriuria aparece prácticamente en un 100 % de los casos.

Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer una infección del tracto urinario que los varones, la frecuencia de bacteriuria es de dos a cuatro veces mayor, la menor longitud de la uretra femenina propicia una más fácil migración de bacterias, dando lugar a una cierta "susceptibilidad anatómico-fisiológica".

En las pacientes de sexo femenino la colonización perirretrol de los microorganismos es a lo largo de la sonda hasta la vejiga, en la cual las bacterias ascienden a lo largo de la corta uretra femenina.

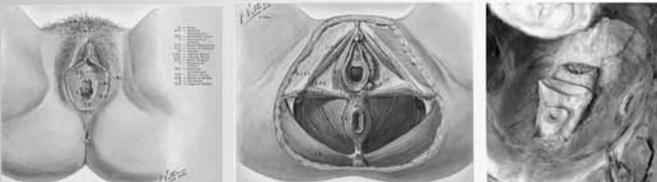
La incontinencia urinaria se encuentra asociada como sintoma a multitud de enfermedades. Su prevalencia en la vejez se calcula entre el 30-50%. Se estima que entre el 50-70% de los mayores espasmos ingresados en residencias y hospitales padecen incontinencia.

La utilización del colector no solo va destinado a pacientes incontinentes, dependientes parciales o totales de ayuda para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria, sino también a pacientes conscientes y válidos, que son continentes pero dada su patología precisan controlar la diuresis o precisan mantener un reposo absoluto en cama durante un periodo de tiempo determinado.

DUFEX VILUC

Localización anatómico-fisiológica

El colector está formado por caucho de sílica líquida. Sílica moleculable que reacciona por vulcanización a alta temperatura, a partir de dos componentes bajo la presencia de un catalizador. Presenta las siguientes características. Repele el agua (hidrofobicidad), por lo que ésta no se acumula ni se absorbe humedad en el colector. Gran elasticidad y baja dureza, es muy flexible y suave al tacto. Baja reactividad química: no interacciona con la piel ni con ningún producto. Permeabilidad al oxígeno: permite a la piel "respirar". Propiedades constantes en un rango amplio de temperatura: se puede aplicar el método Milton y el colector sigue manteniendo todas sus características. El adhesivo de sílica cumple la función de unir el colector con el adhesivo médico. Es una cinta de poliestireno flexible y transparente con un adhesivo de base siliconada. Está diseñada para proporcionar una retirada sin residuos. El adhesivo médico es el que está en contacto con la piel. Es un adhesivo acrílico hipodérmico.



DISPOSITIVO URINARIO FEMENINO EXTERNO, cuya principal misión es recolectar la orina del paciente, evitando así la humedad existente entre la piel del paciente y el pañal absorbente y/o cama. Evitando también el contacto con las heces. El colector urinario VILUC está fabricado en material extremadamente flexible y suave, que se adapta y fija a la zona genital femenina mediante adhesivo médico adecuado.

El colector de orina femenino VILUC, recoge de forma no agresiva las salidas tanto incontroladas como controladas de orina (facilitando toma de muestras, recuento de pérdidas etc.).

El uso del colector de orina femenino VILUC, evita la colocación de sondas vesicales, en un porcentaje muy elevado de casos, con lo que se elimina el riesgo de posibles infecciones del aparato urinario femenino.

Igualmente elimina la humedad siempre presente en los pacientes con incontinencia, reduciendo así el riesgo de aparición de UPP.

MODO DE EMPLEO



HIGIENE GENITALES



VALORAR RASURADO



MEDICIÓN PARA RASURADO



RASURADO



SECADO SIN FRICCIONAR



APLICACIÓN DE PROTECTOR CUTÁNEO. NO IRRITANTE EN PERINÉ, INGLES Y PUBIS



DESPEGAR COLECTOR DESDE ZONA DISTAL (ALAS) UNOS 4-5 CM, NO RETIRAR TODO EL PRECINTO DEL COLECTOR



APLICAR COLECTOR EN PERINÉ, ZON DISTAL



REALIZAR LIGERA PRESIÓN DURANTE 1 MINUTO EN PERINÉ



REFORZAR ZONA DISTAL DEL COLECTOR CON APOSIÓ TRANSPARENTE



ADAPTAR COLECTOR SEGÚN LA ANATOMÍA DE LA VULVA



ACABAR DE COLOCAR COLECTOR EN PUBIS, ZONA PROXIMAL



CONECTAR BOLSA RECOLECTORA A COLECTOR A TRAVÉS DEL TUBO DISTAL



EN CASO DE INCONTINENCIA FECAL, REALIZAR PERFORACIÓN DEL PAÑAL A LA ALTURA DEL TUBO DISTAL, CONECTANDO FUERA DEL PAÑAL LA BOLSA DE DIURESIS AL COLECTOR

CONCLUSIONES Y BENEFICIOS

- ✓ Disminución de la humedad, reduce el contacto de la orina con la piel del paciente y/o las heces.
- ✓ Reduce el riesgo de aparición de Ulceras por Presión (la humedad unido a la presión, fricción y las fuerzas tangenciales son los parámetros más importantes para la aparición de UPP).
- ✓ Reduce las infecciones nosocomiales derivadas del catéter, evita sondajes innecesarios.
- ✓ Minimiza el riesgo de aparición de infecciones dérmicas (dermatitis, candidiasis...).
- ✓ Control de diuresis en pacientes que precisan medida del mismo.
- ✓ Determinaciones diagnósticas (orina 24 horas, anormales y sedimentos).
- ✓ Reducción del uso de pañales, con el consiguiente ahorro de uso de pañales (la gestión de los recursos es un importante reto para la Enfermería).
- ✓ Potenciación de la autoestima y bienestar del paciente / familia.

International Continence Society, I.C.S.
Evolución de la Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles.
EPINE 1990-1999. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
Epidemiología de la infección nosocomial. D. José Roselló y D. Benito Almirante.
Servicio de Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona).
Husman AB. Aspects on the anatomy of the female urethra with special relation to urinary continence. Contrib Gynecol Obstet 10:1,1983.
Wong ES. Guidelines for prevention of catheter associated urinary tract infections. Am J. Infect. Control 1983.
Atlas de anatomía F. Netter



**LA FORMACIÓN COMO BASE PARA
EL DESARROLLO DEL ROL AUTÓNOMO
ENFERMERO EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO**

Noemí Sansó Martínez

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Dolores Sales Girona

*Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca
Profesora asociada de la UIB*

Isabel Roman Medina

Enfermera de calidad del Complejo Hospitalario de Mallorca

INTRODUCCIÓN

En el mes de Enero del año 2002 se hicieron efectivas las transferencias de Sanidad. Dos meses después, concretamente el 8 de Marzo, el Consell de Govern aprobó el Plan de Atención Socio-sanitario de las Islas Baleares en el que se establecían las directrices de reconversión de los Hospitales General (HG) y Joan March (HJM) en dispositivos de atención especializada de corta y media estancia.

El día 1 de Abril del 2002 se informó a la población de que nuestros hospitales iniciaban un proceso de reconversión y que dejarían de atender progresivamente las urgencias del sector que fueron desviadas en 24 horas hacia los hospitales de agudos de referencia (Son Dureta y Son Llätzer).

Hasta aquel momento, la atención en ambos hospitales se había basado en un modelo biomédico, en el que los equipos de enfermería centraban su actuación en la patología física del paciente y la enfermera dedicaba casi la totalidad de su tiempo a los problemas de colaboración, delegando en el personal auxiliar el cuidado del paciente en las actividades de la vida diaria.

En las unidades donde, hasta aquel momento, se atendían a pacientes con patologías crónicas, el rol autónomo enfermero aparecía por iniciativa propia, pero sin estructura ni base sólidas y sólo cuando la actividad diaria lo permitía.

El cambio de actividad significó, por una parte, una disminución de la presión asistencial en cuanto a técnicas de enfermería y, por otra, un rechazo de la mayoría de enfermeros/as a aceptar su rol autónomo.

Sin duda, la escasa formación del enfermero/a respecto a lo que significaba el concepto sociosanitario y el desconocimiento de cómo abordar el nuevo perfil del paciente creó angustia y desmotivación al profesional de enfermería. Sobre todo en el HG, en donde, hasta aquel momento, se realizaba una importante actividad quirúrgica.

A partir de ese momento, al profesional sanitario y particularmente al personal de enfermería, se le plantean varios retos:

- Aceptar un aumento progresivo, dentro de la atención sanitaria, de las competencias del enfermero/a, debido sobre todo al envejecimiento sociodemográfico (la población mayor de 65 años en Baleares es de 127606 habitantes, según previsión del INE para diciembre de 2003, lo que supone un 14,05% de la población) y a las nuevas demandas sociales.
- Aprender el significado de una atención cualificada, específica y multidisciplinar que cubriera todas sus necesidades.

- Profundizar en el significado de “atención sociosanitaria” (no estaba definida en nuestra comunidad).

El nuevo perfil de paciente atendido en los hospitales fue evaluado a través del test Delta y la Escala de Barthel mediante cortes de prevalencia, lo que nos permitió conocer el nivel de dependencia y las necesidades que tenían nuestros nuevos pacientes. Las características del nuevo usuario podríamos resumirlas en:

- Personas mayores con enfermedades crónicas, problemas de rehabilitación funcional, dependientes y con falta de soporte familiar y social, y si no lo hubiera, con la necesidad de incluir a la familia y/o cuidador principal en el plan terapéutico.

- Personas con enfermedades crónicas y progresivamente invalidantes.

- Personas con gran deterioro físico y cognitivo relacionado con la edad, que precisan cuidados de suplencia para recuperar su autonomía.

- Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos.

- Personas que superada ya la enfermedad en su fase aguda o con un grado medio de dependencia, necesitan cuidados o rehabilitación antes de reintegrarse a la comunidad.

Todo ello condicionó, desde el primer día, una nueva distribución de las cargas de enfermería. Fue preciso un cambio de mentalidad y de organización del grupo, siendo imprescindible que enfermería redefiniera su rol dentro de un equipo multidisciplinar:

- La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.

- Cuando la enfermera asume el papel de otro profesional abandona su propia función.

- La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional le puede dar.

Poner en marcha este nuevo modelo de atención, ha sido una labor ardua que ha supuesto la implicación de todos los componentes del equipo de la Dirección de enfermería del CHM y la participación de los profesionales de enfermería en un proyecto por el que, inicialmente, muchos se sentían desmotivados y en el que, en su gran mayoría, carecían de una información necesaria y una formación suficiente. Se trataba de diseñar un proyecto que apuntase hacia el desarrollo de una mayor autonomía profesional, potenciase la autoestima y clarificase el rol propio de la enfermera, aspectos que garantizan un espacio más amplio y un aumento del reconocimiento social y profesional

En junio de 2002 se produce el cambio de la Dirección de Enfermería, su principal objetivo era implantar el modelo enfermero de Virginia Henderson con las modificaciones realizadas por MT Luis, C. Fernández y MV Navarro.

Para poder llevarlo a cabo, es necesario:

- Formar al personal en el modelo y su metodología.

- Diseñar los registros adecuados a la actividad actual y al modelo que se está implantando (valoración enfermera, plan de cuidados).

Para formar al personal se contrató a una enfermera de docencia (febrero 2003). Se elaboró un registro de valoración de enfermería, que ha evolucionado con el paso del tiempo y el nivel de conocimientos adquirido por los profesionales. Se evidenció, por parte del grupo de trabajo que participó en la elaboración del registro y por la enfermera de docencia, la necesidad de una guía que ayudase a cumplimentar dicho registro. Es necesario un soporte que facilite la cumplimentación de los registros. En julio de 2003 se produce un nuevo cambio en la Dirección de Enfermería, su objetivo prioritario continua siendo la implantación del modelo enfermero en el Hospital General y Joan March y comenzar a implantarlo en el Hospital Psiquiátrico, que conforman los tres hospitales del CHM. Para ello en octubre de 2003 se incorpora al equipo otra enfermera de docencia, en talleres de formación realizados se evidencia la demanda de los profesionales de un nuevo registro de valoración. Para cumplimentar el nuevo registro se elabora una guía que oriente al profesional.

EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN

Inicialmente se planificaron una serie de actividades formativas dirigidas a todo el personal de enfermería de los centros hospitalarios. Algunas de estas actividades eran de inscripción libre, los interesados se apuntaban en función de sus preferencias y disponibilidad; otras eran de asistencia obligatoria cuando se programaban actividades formativas para aquellos profesionales que se encontraban sin actividad asistencial, ya que los centros estaban sufriendo remodelaciones estructurales que obligaban al cierre temporal de determinadas unidades. La temática de estos cursos era fundamentalmente sobre modelo enfermero de V. Henderson, Proceso de atención enfermero, Taxonomía diagnóstica, Planificación de cuidados y Entrevista clínica. Consistían en sesiones independientes de 4 horas con una parte de exposición teórica y otra de trabajo de grupo sobre casos prácticos.

A los pocos meses de estar realizando este tipo de formación, llegamos a la conclusión, que ésta no se estaba traduciendo en una mejoría en cuanto a la aplicación práctica del modelo y la metodología enfermera en los centros del CHM. El hecho de ser actividades teóricas (a pesar de realizar análisis de casos clínicos durante las sesiones, éstos se hacen fuera del ámbito hospitalario y no dejan de ser casos teóricos) dificultan la traducción de lo aprendido a la práctica asistencial. Además, también se evidenció que el alumnado se repetía con mucha frecuencia, es decir, era un pequeño porcentaje de profesionales el que recibía formación sobre la materia. Por todo ello, se decidió cambiar la estrategia docente y se rediseñó el proyecto formativo que es el centro de análisis a lo largo de esta comunicación. Este proyecto consistía en realizar formación intensiva durante el período de 1 mes en una unidad piloto, de manera que esta formación llegase a todas las enfermeras de la unidad y ésta se hiciera a pie de cama. Como unidad piloto se escogió una unidad de convalecencia del Hospital General. Uno de los motivos que llevó a que este servicio fuera el seleccionado fue el hecho de su reciente apertura (la unidad se inauguró en el mes de febrero de 2003).

Actualmente el plan estratégico de formación en enfermería del CHM sigue en la misma línea, es decir, se sigue impartiendo formación dentro de las unidades, duran-

te el horario laboral, de una manera muy individualizada y utilizando como método formativo el análisis de los casos clínicos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Implantación del modelo de V. Henderson y de la metodología enfermera en el CHM

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Formar al personal de enfermería de una unidad piloto para que sea capaz de llevar a cabo el proceso de atención enfermero con los pacientes de su unidad
- Formar a la coordinadora de la unidad para que actúe como agente de cambio dentro de su unidad
- Conocer las necesidades y preferencias de formación del personal

MATERIAL Y METODOS

La estrategia de formación se diseñó siguiendo las fases que utilizamos en el proceso de atención enfermero y según los criterios que nos marca el modelo de V. Henderson. Así pues, el proyecto es el que relatamos a continuación:

Proyecto de formación intensiva en una unidad diana, aplicación del PAE según el Modelo de V. Henderson (1-30 abril de 2003)

VALORACIÓN

La fase de valoración se iniciará antes de empezar la estancia en la unidad, a través de los datos que la enfermera de calidad extrae mensualmente sobre los porcentajes de valoraciones, planes de cuidados e informes de enfermería al alta realizados en la unidad. Además a través de las bases de datos de actividades formativas realizadas en el CHM también podremos conocer, en parte, la formación recibida en cuanto a metodología enfermera.

Una vez en la unidad, se pasará una ficha a todas las enfermeras y auxiliares de la planta con la finalidad de obtener información sobre su formación post-grado y las materias sobre las cuales les gustaría seguir formándose

Los resultados del corte realizado por la enfermera de calidad al acabar el mes de marzo fueron los siguientes:

Porcentaje de valoraciones enfermeras (VE) realizadas sobre el total de pacientes ingresados: 95%

Porcentaje de planes de cuidados (PC) realizados: 5%

Informes enfermeros al alta (IEA): 92.3%

DIAGNÓSTICO

Una vez recogidos los datos se analizará la situación: porcentajes actuales de cumplimentación de VE, PC e IEA, formación del personal en cuanto a metodología enfermera e interés por la formación.

Se intentará recoger en qué fuentes de dificultad y con qué intensidad encontramos problemas. Así encontraremos problemas en cualquiera de las 3 áreas de dependencia:

- Falta de fuerza
- Física: personal suficiente, material adecuado
- Psíquica: comprensión por parte del personal de la necesidad de la adopción del modelo enfermero como base del desarrollo profesional y del rol autónomo
- Falta de conocimientos: para poder llevar a cabo correctamente los planes de cuidados
- Falta de voluntad: motivación para asumir el cambio

PLANIFICACIÓN

El objetivo general será:

- Mejorar la calidad asistencial en la unidad de convalecencia del HG

Objetivos específicos:

- El 100 % de los pacientes de la unidad, al finalizar el mes, deberán tener el plan de cuidados instaurado
- La coordinadora de la unidad tendrá los conocimientos y habilidades suficientes para poder realizar por ella misma los planes de cuidados
- El 100% de las enfermeras, que hayan estado en situación activa durante la duración del proyecto, conocerán la metodología enfermera, y serán capaces de realizar un plan de cuidados metodológicamente correcto
- El 100% de las enfermeras, que hayan estado en situación activa durante la duración del proyecto, conocerán los objetivos concretos de su unidad pactados con la dirección

Las actividades que se planificarán irán enfocadas a la consecución de estos objetivos

EJECUCIÓN

El proyecto tendrá lugar durante el mes de abril en una unidad de convalecencia del HG.

Cronograma de actividades:

1 y 2 de abril: integración en la unidad. Reunión con el equipo de enfermería. En esta reunión se les expondrán los objetivos pactados por su unidad con la dirección para ese año y las desviaciones actuales respecto a esos objetivos. Los porcentajes de realización de valoraciones enfermeras (VE), planes de cuidados (PC) e informes enfermeros al alta (IEA), pactados con la dirección eran los siguientes:

- VE: 50%
- PC: 25%
- IEA: 85%

Se pasará al equipo de enfermería una ficha que deberán rellenar, sobre cursos de formación realizados e interés por otros cursos.

Se planificará junto con la coordinadora las fechas para que, un máximo de 3 personas cada vez, realicen una sesión formativa con la enfermera de formación, de manera que, durante el mes de estancia en la unidad, el 100 % de las enfermeras y auxiliares que estén en ese momento en situación activa en la unidad, reciban como mínimo una sesión formativa sobre metodología enfermera básica.

3 y 4: Formación intensiva sólo con la coordinadora sobre metodología enfermera y diagnósticos de enfermería más frecuentes. (La coordinadora ya recibió en su día formación adecuada, será una revisión y actualización de la formación que ya posee)

7, 8, 10 y 11: realización de valoraciones de pacientes de la unidad. Las entrevistas las llevará a cabo la enfermera de docencia, siempre acompañada por la coordinadora. Al finalizar cada entrevista se realizará, junto con la coordinadora, el plan de cuidados. Esta semana la coordinadora tendrá un papel de observador. Después de realizar la valoración, la enfermera de formación y la coordinadora, comentarán cómo ha transcurrido la entrevista y cómo podía haberse mejorado.

14 al 22: durante esta semana será la coordinadora la que lidere las entrevistas realizadas a los pacientes y la enfermera de formación actuará sólo de observadora, comentando al final los aspectos a mejorar. Conjuntamente realizarán los planes de cuidados.

23 al 28: la coordinadora, de manera individual, realizará valoración y planes de cuidados. Este trabajo será posteriormente revisado por la enfermera de formación.

29 y 30: realizar los planes de cuidados que queden por realizar (indistintamente enfermera de formación y coordinadora). Reunión con el equipo de enfermería para presentar los resultados obtenidos en la unidad durante la estancia. Recordarles el Plan de Formación Anual del Complejo Hospitalario, y proporcionarles los teléfonos de contacto de la enfermera de formación, a la cual pueden dirigirse para resolver cualquier duda a la hora de poner en práctica el proceso de atención de enfermería.

Paralelamente se irán realizando las sesiones con las enfermeras y auxiliares que se hayan programado con la coordinadora.

Un mínimo de 2 veces por semana se realizarán reuniones con el equipo de enfermería a última hora de la mañana, con el objetivo de explicarles los planes de cuidados realizados de manera que aseguremos el cumplimiento de las actividades por parte de todo el equipo. Estas reuniones, también pueden servir, para organizar consensuadamente el trabajo, ya que al irse incorporando a la rutina diaria nuevos registros y tareas se hace necesaria la revisión de la organización interna de la unidad.

EVALUACIÓN

La evaluación se realizará a través de los datos que mensualmente recoge la enfermera de calidad sobre cumplimentación de valoraciones, planes de cuidados, informes de enfermería al alta, úlceras por presión, etc. Se tomarán como referencia los resultados conseguidos al finalizar el mes de abril, mayo y julio del mismo año, así como los datos del mes de abril de 2004.

RESULTADOS

Los resultados (Anexo I) obtenidos por la enfermera de calidad al realizar los cortes de prevalencia fueron los siguientes:

ABRIL

VALORACIÓN ENFERMERA	100%
PLANES DE CUIDADOS	100%
INFORMES ENFERMEROS AL ALTA	61%

MAYO

VALORACIÓN ENFERMERA	81%
PLANES DE CUIDADOS	81%
INFORMES ENFERMEROS AL ALTA	75%

JULIO

VALORACIÓN ENFERMERA	94%
PLANES DE CUIDADOS	82%
INFORMES ENFERMEROS AL ALTA	69%

Vemos que al acabar el plazo de ejecución del proyecto se había cumplido el objetivo de conseguir que todos los pacientes de la unidad tuvieran un plan de cuidados instaurado. Los resultados de los meses de mayo y de julio, es decir, al mes y a los tres meses de la ejecución de proyecto, no fueron del 100% pero se mantuvieron por encima de las cifras pactadas con la dirección.

Al finalizar el mes de abril, el 100 % de las enfermeras y, aproximadamente, el 70% de las auxiliares de enfermería, habían recibido un mínimo de una sesión formativa.

Durante las reuniones que convocó la enfermera de formación en la unidad durante ese período, se informó al personal de los objetivos y actividades del proyecto, solicitándoles su máxima implicación y colaboración. También se les informó de los objetivos pactados con la dirección y de los resultados que habían obtenido en el tiempo que llevaba en funcionamiento la unidad.

La coordinadora de la unidad, al finalizar el mes, era capaz de realizar planes de cuidados, pero éstos no eran del todo metodológicamente correctos.

CONCLUSIONES

Una de las conclusiones más importantes que obtuvimos al llevar a cabo este proyecto, fue que la formación era mucho más efectiva cuando se realizaba dentro de la unidad y a pie de cama, que cuando se hacía a modo de clase fuera del escenario asistencial creemos que por varios motivos:

- Los casos que se analizan son los de los pacientes ingresados, así pues, son situaciones analizadas mucho más realistas. Es una formación mucho más cercana a la realidad cotidiana porque es la realidad en sí.

- Es una formación más práctica. No hay que trasladar lo aprendido a la práctica asistencial, sino que durante la práctica asistencial aprendemos
- El docente adquiere una mayor credibilidad. Es capaz de resolver y analizar los casos clínicos sin haber podido transformarlos a su conveniencia, tal y como se podría hacer en un análisis de casos teórico y preparado previamente.
- Es una formación muy accesible, se realiza en la misma unidad y durante el horario laboral.

Así pues, parece evidente que este tipo de formación es más adecuada que el estilo de formación tradicional. El principal inconveniente que tiene es que precisa de muchos recursos. Necesita contar con enfermeras de formación con amplios conocimientos sobre el modelo enfermero de V. Henderson y metodología enfermera, además de poseer aptitudes para la formación. En función del número de profesionales a los que va dirigida la formación, y del tiempo que se estipule para obtener resultados, se necesitarán mayor o menor número de recursos. En el caso del Complejo Hospitalario de Mallorca, para un total de unos 150 profesionales de enfermería contamos con 2 enfermeras de formación dedicadas a este fin.

Cabe destacar también que, en este trabajo, se relata una experiencia de un mes en una unidad, pero, además, para que esta unidad siga trabajando dentro del marco conceptual de V. Henderson, y siga utilizando correctamente la metodología enfermera, necesitan de asesoramiento continuo y de periódicas actividades formativas que sirvan de actualización. Capacitar a las enfermeras en la utilización correcta del método científico enfermero, no es especialmente difícil, sólo requiere de tiempo y de recursos de formación adecuados; sí lo es, en cambio, conseguir que los profesionales adopten verdaderamente un modelo conceptual, ya que, para conseguir este objetivo se requiere de mucho más tiempo y de un grado de motivación e implicación mucho más elevado. Todo modelo conceptual contiene unas asunciones filosóficas incuestionables que el profesional debe aprehender, y unas asunciones científicas que deben estudiarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Projecte de formació per a la implantació del procés de cures, en el marc del model conceptual de Virginia Henderson, als centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. EUI Santa Madrona de la fundació "la Caixa", adscrita a la Universitat de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Besora Torradeflot I. Implantación de una guía de valoración de enfermería en Atención Primaria. Enfermería Clínica 1998; Vol. IV (3): 44-46.
- Feria Lorenzo DJ, Macías Rodríguez AC, Romero Corchero M, Mena Navarro FJ y Valderrama Martín A. Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de Enfermería en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de la Salud. Metas 2000; 27: 41-48.
- Fernández Molina MA, Gómez Robles FJ, Gabaldon Bravo EM, Gabaldon Bravo EM, Torres Figueiras M, y Terrés Ruiz C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. Enfermería Clínica 2003; 13 (3): 137-144.

- Gabaldon Bravo EM, Gómez Robles FJ, Fernández Molina MA, Domingo Pozo M, Torres Figueiras M, Terrés Ruiz C y Gomis García L. Análisis de las causas de bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. *Cultura de los Cuidados* 2002; VI(11): 53-60.

- Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 2000.

- Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E y Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (4): 195-2001

EL ANCIANO MORIBUNDO

Francisco Ballester Zaragoza
Enfermero Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

Llanos Rubio Caballero
Enfermera Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

Juan Antonio Llácer Gracia
Enfermero Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

Ismael Sifre Artal.
Coordinador Residencia de ancianos Torrevieja (Alicante)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población mayor de 65 años incorporada en Residencias de 3ª Edad en los últimos años, ha producido a su vez un aumento del número de muertes en estos centros de trabajo. La carencia de actuaciones protocolizadas puede entorpecer los cuidados y alargar el proceso de agonía y muerte en el anciano. El objetivo es conocer las Tasas de Prevalencia e Incidencia de éxitus en la Residencia 3ª Edad Torrevieja y también favorecer la muerte digna y en paz para el anciano moribundo con personal sanitario debidamente preparado que perciba la muerte con aceptación.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo observacional del número de éxitus de entre los 664 residentes de la Residencia Tercera Edad de Torrevieja con edades comprendidas entre los 65 y 104 años ($P < 0,001$) desde 01/01/2001 hasta el 31/12/2003. También se realizó una encuesta de 10 preguntas cerradas a todo el personal sanitario de la Residencia ($n = 50$) para conocer la opinión de dicho personal frente al proceso agónico y de muerte en el anciano.

RESULTADOS

La Tasa Bruta de Mortalidad en la Residencia 3ª Edad Torrevieja es del 297,7 x 1000 en 2001, 140,6 x 1000 en 2002 y 116,1 x 1000 en 2003. El 90% de los profesionales sanitarios de la Residencia 3ª Edad de Torrevieja ha visto morir a algún residente y el 76% se siente capacitado para ayudar al anciano moribundo. El porcentaje de ancianos fallecidos en menos de 15 días desde el día de su ingreso durante el periodo a estudio es del 7%. El 62% de los profesionales sanitarios han visto morir a alguno de estos ancianos en cierta ocasión, pero el 82% de los profesionales nunca ha realizado un curso específico de ayuda a personas moribundas. El sentimiento predominante del personal sanitario frente al anciano moribundo es el de impotencia y el de angustia.

CONCLUSIONES

La Tasa Bruta de Mortalidad se redujo de un 297,7 x 1000 en 2001 al 140,6 x 1000 en el 2002 y al 116,1 x 1000 en 2003. Respecto a los residentes que mueren en

menos de 15 días de estancia en la Residencia y en una escala entre 0 a 9, el personal sanitario cree que mueren con una calidad media de 7. El 44% de los profesionales encuestados creen que se respeta la voluntad del anciano moribundo y un 34% piensa que sólo se respeta “a veces”. La mayoría de profesionales tienen mucha experiencia en situaciones y procesos de muerte, se sienten capacitados para ayudar al anciano moribundo, pero tienen una escasa preparación teórica para ello.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de las personas mayores desean estar en su entorno habitual y el domicilio familiar es sin duda el mejor lugar para atenderlas y cuidarlas durante el proceso de muerte. Generalmente cuando dejan de valerse por sí mismos y/o no tienen familiares, entran en instituciones públicas o privadas.

El crecimiento de las expectativas de vida y el envejecimiento de la población, ha producido un aumento de las personas mayores de 65 años que se han incorporado a las Residencias de 3ª Edad del Sistema Nacional de Salud. Este aumento de población ha producido a su vez un aumento del número de muertes en estos centros de trabajo.

En nuestra sociedad occidental, en la que predominan valores como la competitividad, el consumo, el éxito, se sobrevalora la juventud y se minusvalora la vejez, la enfermedad y la muerte llegan para confrontarnos y recordarnos que somos vulnerables. En muchas ocasiones la muerte se percibe muy lejana y como tema tabú.

La gran mayoría de los profesionales sanitarios que se dedican a los cuidados geriátricos se han enfrentado en algún momento de su vida al proceso de muerte, ya sea de familiares, amigos o ancianos residentes.

Ante estas situaciones creemos saber o conocer cuáles son las necesidades de la persona en situación crítica o en fase agónica. Sin embargo, nuestras creencias deben ser verificadas y expresadas por el moribundo.

Conocer las demandas expresadas por la persona o los familiares cuando aquella no puede decidir, son primordiales para aliviar, consolar y mejorar los momentos finales de la vida. De esta forma podremos aceptar con tranquilidad y serenidad el proceso de muerte.

Con frecuencia los sanitarios, y en especial el personal de enfermería frente al proceso de muerte experimenta sensaciones de impotencia, angustia, temor o desesperanza.

Como respuesta a estas situaciones suelen aparecer conductas defensivas frente al miedo y la ansiedad provocadas. Estas conductas van encaminadas preferentemente a proteger al cuidador y entorpecen enormemente el proceso de muerte e impiden ver con serenidad esta etapa de la vida.

En otras circunstancias el profesional de enfermería se encuentra frente al dolor del moribundo y pretende sufrirlo por él, esto se debe a la incapacidad e intolerancia al dolor y el sufrimiento de los demás.

Otras veces se tiende a ver al enfermo grave y al moribundo como una víctima indefensa, desesperada y el profesional sanitario tiende a sentirse el “salvador”, anu-

lando de esta forma, la participación, la autonomía, las capacidades, y en definitiva el potencial de la persona. Es necesario diferenciar la palabra “salvar” de la de “ayudar”.

La existencia de actuaciones protocolizadas en las unidades de enfermería puede ayudar al profesional sanitario en los momentos antes, durante y después de la muerte del anciano. El producto enfermero tiene que conseguir el reconocimiento profesional a través del registro de los procesos asistenciales, para atender con la mejor calidad posible. No obstante, los protocolos no son la panacea del enfermero.

La atención a las personas mayores requiere con más insistencia un personal sanitario cualificado sobretodo en; Enfermería Clínica y Relación de Ayuda, Acompañamiento en los Procesos de Morir y de Muerte, Cuidados Paliativos, etc.

Una buena preparación frente a estas experiencias humanas en las últimas etapas de la vida aumenta la comprensión y proporcionan aptitudes y actitudes eficaces para interrelacionarse con la persona moribunda. Asimismo, aumenta el nivel de reflexión, comprensión y maduración personal en relación con el proceso de muerte. El protagonista no debe ser la enfermedad sino el ser humano, en condiciones de intimidad y respeto a sus valores.

Facilitar la expresión de la muerte anticipada, la expresión de los sentimientos de los familiares, acompañar a la persona que muere, favorecer su bienestar físico, psíquico, social, ambiental, espiritual y respetar la voluntad del anciano moribundo, lleva al camino de una muerte digna y en paz.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Respetar la dignidad, intimidad y voluntad el anciano moribundo de acuerdo con sus valores.
- Concienciar al personal sanitario de la importancia del proceso de agonía y muerte en el anciano.
- Conocer las características físicas de la situación agónica y de muerte por parte del personal sanitario.
- Trabajar con actitudes eficaces en los procesos de muerte.
- Establecer un nuevo protocolo de éxitus en la unidad de asistidos.
- Dar a conocer el nuevo protocolo de éxitus a todo el personal sanitario.

Objetivos específicos

- Conocer las actitudes y sentimientos no conscientes del personal sanitario frente al proceso de muerte del anciano.
- Conocer las Tasas Brutas de Mortalidad (TBM) en los años 2001, 2002, 2003.
- Conocer el número de residentes que mueren en menos de 15 días desde la fecha de su ingreso.

MATERIAL Y MÉTODO

El marco teórico de este trabajo se basa en el modelo Humanista de relaciones interpersonales de M^a Teresa Piulach. Esta relación anciano-enfermero tiene como

objetivo alcanzar un nivel máximo de autonomía y crecimiento personal tanto para el anciano como para el enfermero y personal sanitario, en un contexto en el que cualquier lugar o situación puede ser en principio adecuado. El procedimiento en la atención de enfermería se realiza en relación a las fases que atraviesa el anciano moribundo en una dinámica que hace progresar la actividad según la capacidad de anciano y enfermero para establecer relaciones, aprender, desarrollarse y madurar profesional y espiritualmente.

El trabajo consta de dos partes diferenciadas encaminadas a conseguir una mejor atención al anciano moribundo a través de un mejor conocimiento del proceso de muerte por parte del personal sanitario de manera que se alcance un nivel adecuado en la atención del anciano agónico en aras de una muerte digna y en paz.

Se realiza en el contexto del trabajo diario de la Residencia Tercera Edad Torrevieja, se trata de la Residencia Pública con más capacidad de ocupación de toda la provincia de Alicante y la única Residencia de toda la provincia que absorbe residentes externos a la ciudad de Torrevieja, llegando a admitir residentes procedentes de un extrarradio de más de 100 Km.

En este Centro encontramos residentes nacionales, procedentes de varias provincias españolas, y residentes procedentes del extranjero, como alemanes, argelinos, argentinos, cubanos, ingleses, marroquíes y suizos.

El hecho de que a finales del año 2000 comenzaran las reformas de ampliación del número de camas de la Unidad de Asistidos, hizo que el número de ingresos aumentara de manera significativa, a finales del año 2000 el número de residentes totales que pasaron por el centro fue de 226.

Entre los meses de enero y abril del año 2001 se produjeron 40 defunciones. Este cuatrimestre fue traumático para el personal sanitario del Centro, de manera que se decidió por parte del personal de enfermería, comenzar con un balance y recuento de ingresos tanto válidos como asistidos, así como del total de éxitos anuales.

A su vez, a finales del año 2003, se hizo un recuento desde el 1/01/2001 hasta el 31/12/2003, del número de residentes que fallecían en menos de 15 días a partir del día de su ingreso en el centro.

En esta primera parte del trabajo se realizó un estudio retrospectivo observacional del número de éxitos que se han producido de entre 664 los residentes de la Residencia Tercera Edad de Torrevieja con edades comprendidas 65 y 104 años

($P < 0,001$) desde 01/01/2001 hasta el 31/12/2003, para la obtención de la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) en el centro durante los años de este periodo.

Los estudios descriptivos se dan en situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales, por definición están diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales u otras. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior.

En el caso que nos ocupa está diseñado para conocer las características y distribución de la población de éxitos en la Residencia 3ª Edad Torrevieja, sin establecer ninguna hipótesis de trabajo.

Debemos tener en cuenta que en el estudio se han tomado el número de residentes totales por año para el cálculo de la TBM, resultante de la suma de los que han pasado por las Unidad de Validos más los de la Unidad de Asistidos.

Sin embargo para el cálculo del número de residentes totales que entran en el estudio, el recuento debe de realizarse de manera diferente.

Al considerar que hay nuevos ingresos, bajas voluntarias y defunciones, así como residentes que permanecen en la residencia y que aparecen en los tres años de estudio, para evitar errores, el recuento se realizó como sigue;

- Para el año 2001, se hizo un recuento de la población total.
- Para el año 2002, se sumaron los ingresos en este año y se excluyeron, las bajas voluntarias y éxitus del año 2001.
- Para el año 2003, se sumaron los ingresos en este año y se excluyeron las bajas voluntarias y éxitus del año 2002.
- A su vez se restaron de los años 2001 y 2002, los residentes vivos que todavía permanecen en el Centro en el año 2003.

Conociendo el volumen de residentes con el que interrelacionamos y la cantidad de veces a las que se enfrenta el personal sanitario en el Centro frente a la muerte, vemos la importancia que tiene esta fase de la vida y los efectos que puede producir al personal sanitario.

Por tanto, también hemos querido conocer como responde el personal sanitario ante el proceso agónico y de muerte en el anciano a través de un cuestionario de 10 preguntas cerradas a todo el personal sanitario de la misma (n = 50).

Este cuestionario está expuesto en la segunda parte de nuestro trabajo.

El cuestionario está basado en un estudio de 24 de julio de 2003 publicado en la New England Journal of Medicine “Nurses’ Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death.” de Linda Ganzini, M.D, M.P.H., Elizabeth R. Goy, Ph.D. Lois L. Millar, Ph. D., R.N. Theresa A. Harwath, R. N., Ph.D., Ann Jackson, M.B.A. and Molly A. Delorit B.A.

**Abstract: “Nurses’ Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death.”. Special Article. Volume 349: 359-365. July 24, 2003. Nr. 4.*

Pensamos que los resultados obtenidos en este estudio, podían extrapolarse al resultado que se obtuviese en la Residencia 3ª Edad Torre Vieja y poder comparar los sentimientos y creencias de los enfermeros y del resto del personal sanitario respecto al proceso de muerte en estas situaciones.

La encuesta al personal sanitario se realizó a finales del año 2003 y constaba de 10 preguntas cerradas que se presentan en el Anexo 1

RESULTADOS

Respecto a la primera parte del trabajo del estudio observacional, los resultados obtenidos son los siguientes;

La Tasa de Bruta de Mortalidad (TBM) es la resultante de la fórmula:

$TBM = \text{Número de éxitus} \times 1000 / \text{Población Media (Población al 1 de junio)}$

*Para el año 2001 la TBM fue de 297,7 por 1000 residentes.

- En el año 2001, hubo un total de 81 éxitos, de los cuales 12 fueron residentes válidos y 69 residentes asistidos, entre estos últimos, 6 murieron en menos de 15 días a partir de la fecha de su ingreso, de una población total de 318 residentes. (Anexo 2. Diagrama 1.1)

De este total de residentes, 68 (84%) fallecieron en el centro y 13 (16%) en diferentes centros hospitalarios de la provincia de Alicante.

- En el año 2002, hubo un total de 45 éxitos, de los cuales 7 fueron residentes válidos y 38 residentes asistidos, entre estos últimos, 3 murieron en menos de 15 días a partir de la fecha de su ingreso, de una población total de 322 residentes. (Anexo 2. Diagrama 1.1)

De este total de residentes, 24 (53%) fallecieron en el centro y 21 (47%) en diferentes centros hospitalarios de la provincia de Alicante.

*Para el año 2002 la TBM es de 140,6 por 1000 residentes.

- En el año 2003, hubo un total de 36 éxitos, de los cuales 8 fueron residentes válidos y 28 residentes asistidos, entre estos últimos, 2 murieron en menos de 15 días a partir de la fecha de su ingreso, de una población total de 298 residentes. (Anexo 2. Diagrama 1.1)

De este total de residentes, 27 (75%) fallecieron en el centro y 9 (25%) en diferentes centros hospitalarios de la provincia de Alicante.

*Para el año 2003 la TBM es de 116,1 por 1000 residentes.

Otros datos relevantes que se observan es que existen meses determinados en los que se producen picos en el número de éxitos, que son concretamente los meses de marzo y noviembre.

Entre el número de residentes fallecidos durante los tres años a estudio, se observó que 11 de todos ellos (7%), fueron de residentes asistidos que fallecieron en menos de 15 días a partir del día de su ingreso en el centro.

Un hecho a tener en cuenta es que a finales del año 2000 se abrieron dos nuevas plantas en la unidad de asistidos con una capacidad total de 77 nuevos plazas que fueron cubiertas progresivamente hasta completar estas. Esto añadido al mal estado general que presentaban muchos de estos residentes, influyó en el incremento del número de defunciones que se dieron durante el año 2001. El dato más significativo respecto a este fenómeno es que desde enero hasta abril del año 2001, habían fallecido 40 residentes.

En la segunda parte del trabajo que se realizó a final del año 2003 con una encuesta anónima de 10 preguntas cerradas relacionadas con el proceso de muerte del anciano (detalladas en el anexo 1), a todo el personal sanitario de la Residencia entre los que se incluían médicos, psicóloga, enfermeros, fisioterapeuta y auxiliares, con un total de 50 encuestados. Las preguntas y los resultados fueron los siguientes;

- “¿Ha realizado usted algún curso específico de ayuda a las personas moribundas?”, el 82% respondía que nunca había realizado ningún curso específico de ayuda a personas moribundas, frente al 18% que sí lo había hecho.

- “¿Cree usted que está preparado/a para ayudar a un/a residente en proceso de muerte?”, el 76% contesta que cree que está preparado para ayudar a una persona en proceso de muerte frente al 24% que no lo cree.

- “¿Ha visto morir a alguna persona en la residencia?”, el 90% respondió afirmativamente y el 10% de forma negativa.

- “¿Ha visto a algún residente dejarse morir deliberadamente, por rechazar líquidos o comidas en menos de 15 días?”, el 62% de los encuestados respondió que ha visto a algún residente dejarse morir deliberadamente por rechazar líquidos o alimentos en menos de 15 días y el 38% dice no haberlo visto.

- “En una escala de 0 (mala muerte) a 9 (muy buena muerte), ¿Cómo cree usted que mueren estos residentes?”, el 74% del personal sanitario opinó que los residentes que fallecen en menos de 15 días mueren con una calidad media de 7.

- “¿Que sentimiento tiene usted cuando se encuentra ante un residente en proceso de muerte?”, el 49,25% contestó que experimenta sensaciones de “impotencia”, el 23,88% de “angustia” frente a una situación de muerte y la de “desmotivación” con un 5,97%. Hay que destacar que en esta pregunta se dieron a elegir cuatro opciones; “Fracaso”, “Impotencia”, “Angustia” y “Desmotivación”. De forma deliberada se excluyeron otras opciones para ver cual eran la respuesta del personal y como era de esperar, en esta pregunta del cuestionario aparecen respuestas múltiples en las que se marcan dos, tres y hasta las cuatro opciones a la vez. Únicamente y en porcentaje menos significativos aparece manuscrita en 7 cuestionarios la palabra “aceptación” y que representa un 14%. Un 8% del encuestados NS/NC. (Anexo 2. Diagrama 1.3)

- “¿Conoce las características físicas de una situación agónica o de muerte?”, el 94% del personal encuestado responde de forma afirmativa.

- “¿Conoce la existencia de un protocolo de éxitus en la residencia?”, el 52% del personal desconocía la existencia de un protocolo de actuación en las situaciones de éxitus.

- “¿Conoce cuales son los cuidados post-mortem en una persona fallecida?”, el 84% del personal sanitario conoce cuales son los cuidados apropiados a llevar a cabo en estas situaciones.

- ¿Cree que en su residencia se respeta la intimidad y voluntad del anciano moribundo antes de su muerte?, el 44% de los profesionales encuestados creen que sí, un 34% piensa que sólo se respeta “a veces” y por otro lado un 22% opina que no se respeta.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos a partir de enero de 2001 y hasta el 31 de diciembre de 2003, evidencian una reducción considerable del número total de éxitus por año y también por tanto de la Tasa Bruta de Mortalidad.

A finales del año 2000 se abrieron dos nuevas plantas en la Unidad de Asistidos con una capacidad total de 77 nuevas plazas que fueron cubiertas progresivamente hasta completar estas. Creemos que el alto índice de Mortalidad se debió al mal estado general que presentaban muchos de estos residentes, ya que ingresaban muchos

de estos nuevos residentes como urgencias sociales de varios hospitales de la provincia. El dato más significativo respecto a este fenómeno, es que desde enero hasta abril del año 2001, habían fallecido 40 residentes.

Si al final del año 2001 se produjeron un total de 81 defunciones con una Tasa Bruta de Mortalidad de 297,7 por 1000 residentes, al final del año 2002 fueron 45, con una Tasa de 140,6 por 1000 residentes, quedando de manifiesto que la Tasa Bruta de Mortalidad se redujo a más de la mitad del año anterior.

En el año 2003 volvió a reducirse el número de éxitus y también la Tasa Bruta de Mortalidad, quedando en un 116,1 por 1000 residentes.

Podemos observar que los meses en los que se producen un mayor número de defunciones son enero, febrero, marzo, abril, junio y noviembre de 2001 y marzo y noviembre de 2002 y de 2003

También se ha observado en los tres años, que los meses donde menos muertes se han producido durante el estudio son agosto y diciembre.

Del número total de defunciones acaecidas durante el estudio, un 27% se produjeron en centros hospitalarios de la provincia de Alicante, mientras que un 73% se produjeron en la Residencia.

Un dato que nos ha llamado la atención es que de los 162 éxitus contabilizados en el estudio, 11 de los cuales (7%) se produjeron en menos de 15 días a partir de la fecha de ingreso en la Residencia y siempre fueron residentes asistidos. Este tanto por cien curiosamente se duplica al 14% si hacemos este mismo recuento contando el número de defunciones en aquellos residentes que no llevan en la Residencia más de 30 días desde el día de su ingreso.

En el mes de noviembre de 2003 aparece un artículo especial publicado en la revista *New England Journal of Medicine* "Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death.", donde se realizaba una encuesta a 307 enfermeras americanas. El 33% de ellas contestaron que en los cuatro años previos habían cuidado a pacientes que deliberadamente se habían dejado morir al rechazar todo tipo de alimentos o bebidas. Las enfermeras referían que los pacientes habían elegido esta actitud por que se consideraban listos para morir, consideraban insustancial seguir viviendo y valoraban su calidad de vida como muy pobre. En una escala de 0 a 9 la valoración media de las enfermeras sobre la calidad de la muerte de estos pacientes fue de 8.

Este artículo nos hizo pensar si los resultados obtenidos, podían extrapolarse al personal sanitario de nuestra Residencia, por lo que en diciembre de 2003 se elaboró la encuesta de 10 preguntas que hacían referencia a cuestiones sobre el anciano moribundo en la Residencia 3ª Edad Torre Vieja, protocolo de actuación ante la muerte, sentimientos del personal sanitario y valoración de calidad de muerte en ancianos que rehúsan comida y líquidos.

El resultado de la encuesta nos muestra que el personal sanitario de la Residencia 3ª Edad Torre Vieja valora este tipo de muerte en los residentes que mueren en menos de 15 días con una calidad media de 7.

Los resultados obtenidos en el estudio norteamericano y en el nuestro, nos hace pensar que la gran mayoría del personal sanitario opina que esta forma de morir, es

una buena muerte, pues es la persona la que decide cuando quiere iniciar el proceso de muerte y cuando decide marcharse.

De la encuesta extraemos otra conclusión, y es que sólo la mitad del personal sanitario de la Residencia (52%), conocía la existencia de un protocolo de éxitus en la Residencia, pero curiosamente el 94% conoce cuales son las características físicas del proceso agónico y de muerte y el 84% dice saber cuales son las actuaciones post-mortem.

Respecto a estos datos pensamos que esto puede ser debido a que el personal sanitario de la Residencia está muy expuesto a este tipo de procesos y haya adquirido cierta habilidad a la hora de enfrentarse a los últimos momentos del anciano. Puede que el personal se sienta capacitado ya que en esta Residencia el 90% ha visto morir a algún residente en alguna ocasión y aunque no conozca el protocolo, sí lo ha visto realizar por otros compañeros.

Mientras que el 76 % del personal se siente capacitado para ayudar a un anciano moribundo, sólo el 18% ha realizado cursos específicos de ayuda a personas moribundas y es posible que este porcentaje elevado de personal no preparado de forma teórica coincida con los altos porcentajes de sentimientos de “impotencia” (42,25%) y “angustia” (23,88%) que se presentan en la encuesta al personal sanitario, sentimientos que con una debida preparación debían transformarse en “aceptación” (14%) ya que la muerte forma parte del proceso natural de la vida.

En vista a los resultados obtenidos en la encuesta y como casi la mitad del personal sanitario no era conocedor de la existencia de protocolo de éxitus, se decidió realizar una exposición docente del trabajo realizado en la Residencia con la asistencia de la gran mayoría del personal sanitario y se repartieron copias del nuevo protocolo a todos los asistentes, puesto que era uno de los objetivos generales del trabajo.

En definitiva, creemos que con una mejor preparación del personal sanitario se respetaría mejor la voluntad y dignidad del anciano a la hora de su muerte, ya que se percibiría mejor el duelo anticipado y los asuntos pendientes del anciano.

Pensamos que es necesaria esta preparación del proceso de agonía y muerte en los ancianos que pueda favorecer la muerte digna y en paz de estas personas.

Esto junto a la existencia y conocimiento por parte del personal sanitario del protocolo de actuación en una situación antes, durante y después de la muerte, debe conformar el marco de trabajo junto con los demás protocolos estandarizados en los centros socio-sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Piulachs Moles, M. T. Bachelor Science in Nursing. (BSN). Enfermería Clínica I. “Acompañamiento en los procesos de Morir y de la Muerte”. Módulo DOMO. 1994.
- Piulachs Moles, M. T., Carsi Costas, N., Diaz Mallofre, R., BSN. Enfermería Clínica I. “Enfermería Clínica y Relación de Ayuda”. Módulo DOMO. 1996.
- Carsi Costas, N. BSN. Enfermería Clínica I. “Gestión del Dolor”. Módulo DOMO. 1999.
- Bowly, J. “La pérdida afectiva, tristeza y depresión”. Paidós I profunda. 1990.
- Kübler-Ross, E. Tribuna Médica. 1976. “Sociología de la muerte”. Lecciones de Agonía: 15-20.

- Documentación y apuntes “Postgrado de Cuidados Paliativos”, Curso 1996/97. Universidad de Alicante.
- Sosa R, Mendoza NM y Romero-Romero MD. “The Nurse in Paliative Medicine”. Rev. Esp. Dolor. 1995, 2 (Sup II): 46-52
- Pascual, A. “Paliative Medicine. A new philosophy”. Rev. Esp. Dolor. 1995. 2 (SupII): 5-10.
- Espejo Arias, M. D., “Cuidados Paliativos”, Paradigma T.E.C. 2000: 197-206.
- Macías Gutiérrez, B. E., Arocha Hernandez, J. L. “Salud y Educación para la Salud”. ICEPSS. 1996. 89-99.
- http://db.doyma.es/cgi.bin/wdbcgi.exe/doyma/hemeroteca_web.mi_especialidad?&xe...
- <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/349//4/359>
- <http://www.morirencasa.org/paliativos41.htm>
- <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/IndEpi2.htm>
- <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod9b.htm>
- <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=catorce>
- <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=dieciseis>

**Anexo 1. ENCUESTA PARA EL PERSONAL SANITARIO SOBRE
“EL ANCIANO MORIBUNDO EN LA RESIDENCIA 3ª EDAD TORREVIEJA”**

Este cuestionario únicamente es de tipo estadístico. Por favor conteste de forma sincera a las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Ha realizado usted algún curso específico de ayuda a las personas moribundas?

- Si
- No

2. ¿Cree usted que está preparado/a para ayudar a un/a residente en proceso de muerte?

- Si
- No

3. ¿Ha visto morir a alguna persona en la residencia?

- Si
- No

4. ¿Ha visto a algún residente dejarse morir deliberadamente, por rechazar líquidos o comidas en menos de 15 días?

- Si
- No

5. En una escala de 0 (muy mala muerte) a 9 (buena muerte) ¿Cómo cree usted que mueren estos residentes?

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9

6. ¿Que sentimiento tiene usted cuando se encuentra ante un residente en proceso de muerte? (marque la /las opciones que crea oportunas).

*Fracaso

*Impotencia

*Angustia

*Desmotivación

7. ¿Conoce las características físicas de una situación agónica o de muerte?

Si

No

8. ¿Conoce la existencia de un protocolo de éxitus en la residencia?

Si

No

9. ¿Conoce cuales son los cuidados post-mortem en una persona fallecida?

Si

No

10. ¿Cree que en su residencia se respeta la intimidad y voluntad del anciano moribundo antes de su muerte?

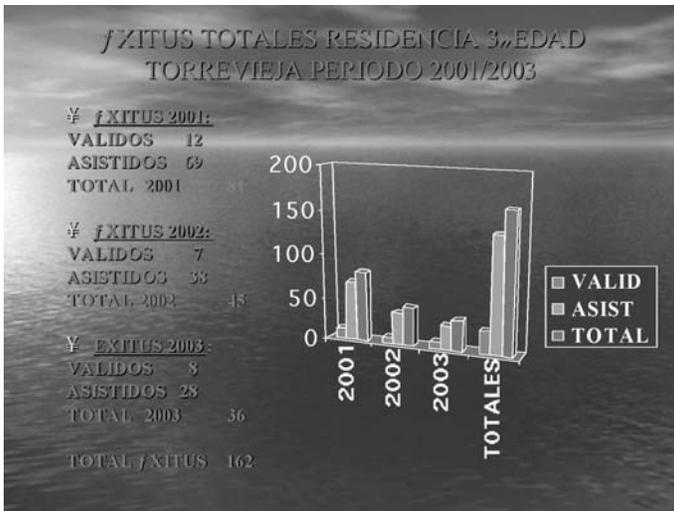
Si

No

A veces

Anexo 1

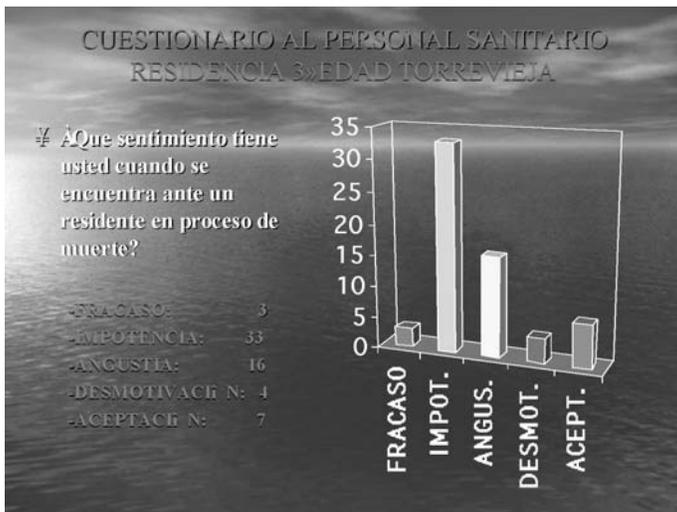
Diagrama 1.1



Anexo 1
Diagrama 1.2



Anexo 1
Diagrama 1.3



**USO DE MALLA BACTERICIDA EN EL PROCESO DE
DESCONTAMINACIÓN DE LAS ÚLCERAS**

Fco Jesús Moreno Morales
Juan José Tarín Sáez
Enfermeros Hospital San Vicente (Alicante)

JUSTIFICACIÓN

La colonización de todas las úlceras a partir de un nivel II e independientemente de su etiología es un hecho más que constatado. Que la colonización afecte o no a la evolución de la misma, depende del nivel de carga bacteriana existente en la misma.

Como se ha demostrado que la malla bactericida de Carbón y Plata reduce la carga bacteriana en el lecho de la úlcera, en todo tipo de úlceras, la inclusión de un proceso de profilaxis de descontaminación en el tratamiento de todo tipo de úlceras por presión, en los protocolos de tratamiento, incluso antes de que exista ningún signo que pueda hacer indicar una posible infección de la misma, puede llevar a importantes avances en la evolución de las mismas.

OBJETIVOS

Los objetivos del estudio son los siguientes:

- Observar el comportamiento de la malla en relación a la disminución de la carga bacteriana en heridas sin signos clínicos de infección local.
- Observar el comportamiento de la adición de este tipo de apósito en relación a la tasa de cicatrización en las heridas.
- Validación del protocolo de curas del grupo de heridas "SANET" del Hospital San Vicente, en relación a la inclusión del proceso de descontaminación, con la malla bactericida, en este protocolo.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica para la validación del protocolo de curas del grupo de heridas "SANET" del Hospital San Vicente.

A todos los pacientes que presentan úlceras por presión del tipo que sea, se les realiza el siguiente protocolo de tratamiento:

- Limpieza de la herida con suero fisiológico y desbridamiento si procede.
- Aplicación de un apósito de plata en malla de carbón.
- Aplicación de apósito hidropolimérico.
- La cadencia de cura se establecerá por parte del profesional de acuerdo con la evolución de la lesión.

INTRODUCCIÓN

La colonización en las úlceras por presión a partir de un grado II, está claramente probada. La contaminación, por parte de microorganismos potencialmente pató-

genos, en las heridas la podríamos representar como una frontera entra la colonización (contaminación inocua) y la infección (contaminación patógena), que se puede pasar por determinadas circunstancias como puede ser el aumento progresivo de la carga bacteriana en el lecho de la úlcera, la disminución de los sistemas defensivos del organismo para combatir estas agresiones,...

La contaminación de la úlcera va a tener unos efectos decisivos en el proceso de evolución y cicatrización de la misma, y esto es así, hasta tal punto que si nos encontramos una herida que aún estando limpia y después del tratamiento adecuado, presenta una evolución tórpida podemos encaminar nuestras sospechas a que la carga bacteriana en el lecho de la misma sea elevada.

En los últimos tiempos los estudios relacionados a la carga bacteriana de las úlceras, se han multiplicado dado el papel fundamental que ésta tiene en la evolución posterior de la misma. Así últimamente se está hablando de conceptos como el de la descontaminación de las úlceras y el papel fundamental de ésta desde el punto de vista de la profilaxis antes de la aparición de cualquier signo que nos pueda sugerir infección así como en cualquier tipo de úlcera, sea cual sea su etiología así como su estadío.

PRESENCIA BACTERIANA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Como ya hemos dicho anteriormente, todas las úlceras por presión a partir de su grado II se encuentran contaminadas por microorganismos lo cual no quiere decir que la úlcera se encuentre infectada, sino que el lecho de la misma se encuentra colonizado por microorganismos, que si se trata con una limpieza y desbridamiento adecuados imposibilitara que esa colonización derive en unos signos clínicos locales de:

- INFLAMACIÓN (ERITEMA, EDEMA, TUMOR, CALOR)
- DOLOR
- OLOR
- EXUDADO PURULENTO

O lo que es lo mismo estemos ante una infección local de la úlcera.

La piel y las membranas mucosas hospedan un gran número de microorganismos potencialmente patógenos. La defensa de la piel, que consiste en un pH bajo, un medio ácido y la presencia de lisozima, los mantiene en cantidades inocuas.

Cualquier solución de continuidad de la piel proporciona una oportunidad para que esta gama relativamente limitada de flora microbiana pueda generar una infección en el lecho de la misma.

La cantidad de bacterias necesarias para generar una infección varía según el tipo de bacteria predominante. La colonización crítica se denomina al punto en el cual una herida no puede mantener un equilibrio entre el número de agentes microbianos y los sistemas de defensa disponibles.

Dicha prevención de la infección en el lecho de la úlcera va a tener un papel muy importante en la evolución hasta la cicatrización de la misma, la carga bacteriana dificulta una correcta cicatrización de una herida crónica. En teoría una herida con

una carga superior a 100.000 unidades formadoras de colonias (ufc) no puede cicatrizar. Por lo que la biocarga percibida de una herida puede dar alguna indicación de la tasa de curación de la misma.

La biocarga en el lecho de la úlcera no tiene porque corresponderse con el nivel de limpieza del mismo, por lo que nos podemos encontrar con úlceras limpias a las que se le realice un cultivo cuantitativo del nivel de carga bacteriana y nos de unos valores muy elevados de la misma.

EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN:

Durante el proceso de cicatrización y de forma secuencial se producen los siguientes hechos:

1. LIMPIEZA DEL FOCO TRAUMÁTICO Y ACUMULACIÓN DE MATERIAL PARA LA REPARACIÓN.

2. FORMACIÓN DEL COLÁGENO Y AUMENTO DE LA RESISTENCIA A LA SEPARACIÓN DE LOS BORDES DE LA HERIDA.

3. EPITELIZACIÓN PRECOZ O TARDÍA, DEPENDIENDO DE SI LA HERIDA ESTÁ CERRADA (CIERRE POR PRIMERA INTENCIÓN) O ABIERTA (POR SEGUNDA INTENCIÓN).

1. LIMPIEZA DEL FOCO TRAUMÁTICO Y ACUMULACIÓN DE MATERIAL PARA LA REPARACIÓN (FASE INFLAMATORIA).

La respuesta local a la agresión es prácticamente la misma frente a un traumatismo, una contaminación bacteriana o un cuerpo extraño. El fenómeno inflamatorio agudo es una reacción compleja, con etapas sucesivas pero integradas y que consiguen la atmósfera biológica adecuada para el desarrollo de los próximos fenómenos reparativos. los leucocitos atraídos químicamente, comienzan la lisis y la acción fagocitaria de los gérmenes contaminantes y de los cuerpos extraños, y la acción de éstos es completada y posteriormente sustituida por los macrófagos, preparando el terreno para el proceso reparador. Las primeras 72 horas.

2. FORMACIÓN DEL COLÁGENO (FASE DE REPARACIÓN):

Comienza el tercer día, mientras va cediendo el procedimiento inflamatorio, siendo claramente manifiesto a partir del quinto día, limpia la herida y acumula el material necesario dirigido a la síntesis tisular, en la que el fibroblasto sintetiza la sustancia precursora del colágeno. Este período dura unas dos semanas, aunque la normalización tisular definitiva dura varios meses.

3. EPITELIZACIÓN DE LA HERIDA:

La producción del colágeno requiere el aporte de aminoácidos, y para la cohesión entre las fibras de colágeno la "sustancia fundamental". en las heridas cerradas (curación por primera intención), la proliferación, a partir de los queratinocitos, del epitelio se inicia rápidamente y en 48 horas ha rellenado el mínimo defecto existente entre ambos bordes aproximados, cuando todavía no se ha formado colágeno en el seno de la herida.

En una herida que está curando por segunda intención, con el tejido de granulación a la vista, se desarrolla un proceso de contracción, complementario de la reparación, en virtud del cual sus bordes se acercan concéntricamente, disminuyendo el área granulante; este proceso se denomina contracción de la herida y es independiente de la epitelización, desarrollándose por un mecanismo activo situado a nivel del tejido de granulación. Ello reduce el tiempo de cicatrización y las necesidades reparativas. Comienza a los 2-3 días y llega hasta 3-4 semanas, y está generado por miofibroblastos. Por ello, los puntos no deben retirarse antes de 5-10 días según localización, edad y circunstancias del lesionado o enfermo. Durante meses, la cicatriz aumentará su resistencia.

TRATAMIENTO DE LA HERIDA:

El desbridamiento es la eliminación de tejido desvitalizado de una herida.

El fundamento de la eliminación de dicho tejido se basa en:

- que se elimina un medio ideal para la infección
- que facilita la cicatrización
- que permite valorar la profundidad de la herida

Eliminar el tejido desvitalizado en las úlceras por presión cuando sea apropiado de acuerdo con las condiciones del paciente y los objetivos globales de atención.

En el caso de pacientes terminales se deberán tener en cuenta objetivos de calidad de vida en el momento de decidir si se procede o no a desbridar así como con el sistema de desbridamiento a utilizar.

Cuando no exista una urgencia clínica para proceder al drenaje o la eliminación de tejido desvitalizado se podrán utilizar técnicas de desbridamiento quirúrgico, enzimático y/o desbridamiento autolítico.

Los sistemas de desbridamiento incluyen la técnica quirúrgica, enzimática, autolítica, otros o una combinación de las anteriores.

Las escaras secas no han de ser desbridadas en caso de que no exista edema, eritema, fluctuación o drenaje.

Las escaras secas pueden ser eliminadas mediante apósitos que proporcionen un ambiente húmedo que facilite la autólisis. Entre ellos podemos desatacar a los hidrocoloides y los hidrogeles.

Las úlceras por presión que requieran desbridamiento han de ser valoradas a diario para controlar complicaciones.

Prevenga o maneje el dolor asociado con el desbridamiento quirúrgico.

LIMPIEZA DE LA HERIDA:

Limpiar las heridas con agua o solución salina.

Utilice la mínima fuerza mecánica cuando limpie o irrigue una úlcera. La limpieza por arrastre es un método muy apropiado. La irrigación puede ser útil para limpiar una úlcera cavitada.

El cuidado de las heridas agudas difiere profundamente del tratamiento de las lesiones crónicas. Las heridas crónicas están colonizadas por bacterias, pero normalmente la antibioterapia tópica no resuelve este problema.

Antisépticos:

Tienen una acción citotóxica inespecífica, por lo que son capaces de destruir microorganismos, pero también eliminan las células fundamentales para la regeneración de los tejidos, impidiendo la cicatrización.

En la actualidad su uso se está reduciendo significativamente.

Podríamos resumir los efectos secundarios de los antisépticos:

- Citotoxicidad de las células inmunocompetentes
- Citotoxicidad de los fibroblastos y células epiteliales
- Sensibilización alérgica
- Resistencia bacteriana
- Dolor
- Tinción de la herida

Antibióticos Tópicos:

Suelen ser pomadas, con una sustancia que actúa como propelente y una cierta cantidad de antimicrobiano. Su acción es específica frente a un rango de bacterias, por lo que se recomendaría antibiograma previo.

Su inconveniente fundamental es que los microorganismos que entorpecen el proceso de cicatrización suelen estar en capas profundas de tejido, difícilmente accesible. Con el exudado de la lesión el producto se va diluyendo y los microorganismos entran en contacto con dosis subterapéuticas del principio activo, lo que acaba, sobre todo en tratamientos largos, generando resistencias.

El primer paso en el tratamiento de las lesiones crónicas es la limpieza de la herida. Aunque la antibioterapia tópica no es el método de elección ya que los gruesos vendajes y la necrosis, que frecuentemente se observa en las lesiones crónicas, inhiben la difusión del antibiótico a la base de la úlcera. Además el medio ácido en el área inflamada inhibe la actividad de los antibióticos bases débiles. Los aminoglucósidos son los más afectados por esta inhibición. Por ejemplo la actividad de la gentamicina es 90 veces mayor a pH 7'8 que a pH 5'5. El pus también reduce la eficacia de los antibióticos aplicados de forma tópica ya que, por ejemplo, los ácidos nucleicos y membranas de los leucocitos muertos se unen a aminoglucósidos, colistina y poliniixina.

Otro problema de la antibioterapia tópica lo constituyen los efectos secundarios locales como las alergias de contacto. La situación patológica de los tejidos en las úlceras de pierna, lesiones en diabéticos y úlceras de decúbito así como la prolongada duración del tratamiento, predispone al desarrollo de alergias.

Se observa sensibilización epicutánea a neomicina en el 41 % de los pacientes con úlceras venosas en piernas.

Atención : Desarrollo de resistencias

La resistencia puede desarrollarse cuando las bacterias son expuestas a concentraciones subterapéuticas de antibióticos por periodos prolongados. Este es el caso particular de la aplicación tópica. En los tratamientos de heridas, la concentración del principio activo es alta en la superficie pero disminuye gradualmente al incrementarse la profundidad. Por tanto las bacterias de las capas de tejido mas profundo no mueren y pueden volverse resistentes y crecer incontroladas.

Antibióticos Sistémicos:

Ya en 1.974 se publicó un estudio documentando que los antibióticos sistémicos no eran eficaces en el tratamiento local de heridas. Y parece lógico, el origen último de todas las heridas crónicas es una isquemia, sea producida por la presión o por una mala microcirculación. Parece difícil que en estas condiciones puedan acceder a la zona dosis terapéuticas de principio activo.

Debemos tener siempre claro que la utilización de antibioterapia sistémica es eficaz para evitar que se produzca una sepsis, es decir para evitar que el patógeno pueda extenderse por el organismo, pero no para el tratamiento local.

Todo lo expuesto nos lleva a pensar que las herramientas actuales presentaban algunas deficiencias que les impedían convertirse en la herramienta que buscamos para sistematizar de forma sencilla esta descontaminación profiláctica.

EL PODER DE LA PLATA:

La plata es un metal precioso, muy conocido en joyería, acuñamiento de monedas y otros objetos de lujo, pero no se queda ahí el uso de la plata, ya que tiene otros muchos usos menos populares y conocidos, pero de una gran importancia. Entre estos usos destacamos el que a nosotros nos interesa que es el poder bactericida de la plata.

Hace ya más de 2000 años que la humanidad es consciente de las propiedades medicinales de la plata. Ya se usaba en las antiguas civilizaciones para mantener la potabilidad del agua. Hacia finales del siglo XIX se comienza a enfocar el uso de las sales de plata como antisépticos.

En un estudio reciente (J. Barry Wright y otros, Alberta, Canadá) se investigaron los tres tipos de aplicaciones tópicas de plata para determinar su efecto bactericida frente a microorganismos resistentes a antibióticos clínicamente aislados. Estas tres presentaciones que se analizaron son la plata líquida (nitrate de plata), en crema (sulfadiazina argéntica), y como apósito (apósito de plata) y la reducción en la variable de la población bacteriana recopilada de artículos correspondientes a estudios, tras la exposición a la plata, proporcionó una medida comparativa de la eficacia bactericida de estas tres aplicaciones de plata. Los resultados fueron que todos los productos demostraron una capacidad para reducir el número de bacterias viables, sin embargo, los métodos variaron en cuanto a eficacia ante las bacterias resistentes a antibióticos, siendo los apósitos de plata los más eficaces y el nitrate de plata el menos eficaz.

MALLA BACTERICIDA DE CARBÓN Y PLATA:

El uso de una malla bactericida de carbón y plata puede ayudar a potenciar el efecto de los granulocitos, neutrófilos, debido a su efecto biocida, reduciendo al máximo la posibilidad de colonización de la herida por microorganismos potencialmente patógenos, por lo que es un importante avance en la profilaxis de la prevención de infecciones en cualquier tipo de herida, sea de la etiología que sea, siguiendo el correcto proceso de cicatrización de las heridas.

Hasta ahora el uso principal de la malla bactericida de carbón y plata era el de emplear su efecto bactericida y altamente absorbente en el control de la carga bacteriana y la gestión del exudado en el lecho de la úlcera, cuando ya existían unos de signos clínicos de infección en la misma, bien de olor, exudado purulento...

SUS INDICACIONES DE USO SON LAS SIGUIENTES:

- En úlceras malolientes reduce drásticamente el olor de la herida por la capacidad absorbente del carbón.
- En úlceras con alto nivel de exudado por la acción del carbón activo.
- Efecto bactericida de la plata frente a las bacterias absorbidas por el carbón. staphilococos, sarm, pseudomonas, e. coli, candida.
- De elección en úlceras vasculares y pie diabético: infectados o estancados en la cicatrización.

APÓSITO DE PLATA Y CARBÓN ACTIVADO TIPO ACTISORB:

El apósito Actisorb plus 25, es una malla bactericida compuesta por una combinación de plata sobre una malla de carbón y contenida en una malla de nylon poroso. Su acción se realiza gracias a que el apósito absorbe las bacterias en la malla de carbón activado, donde se ve expuesta a la actividad bactericida de la plata. Por lo que la combinación de una gran superficie de carbón absorbente del olor y un bactericida de la plata elemental adherida no es tóxica ya que no se produce liberación directa de plata en el lecho de la úlcera sino que su acción se lleva a cabo en el interior de la malla. Porque aunque la plata no se considera tóxica, si lo son muchas de sus sales.

MANEJO DEL APÓSITO:

- NO RECORTAR NUNCA EL APÓSITO
- HUMEDECER CON SUERO SALINO ESTÉRIL
- EN ÚLCERAS CON EXUDADO ESCASO USO DE HIDROGELES
- ANTE ÚLCERAS EXUDATIVAS ASOCIAR A ALGINATOS O HIDROFIBRAS DE HIDROCOLOIDE.

En este trabajo se pone de manifiesto la utilidad de la malla bactericida en la prevención de que esa colonización del lecho de la úlcera no pase a una fase de infección bacteriana, encontrando importantes ventajas frente al uso de otros productos existentes en el mercado como son su baja toxicidad, y por presentar un bajo índice de hipersensibilidad a alguno de sus componentes en los pacientes en los que se utiliza.

HIPÓTESIS DE PARTIDA:

La hipótesis de partida del trabajo es que la inclusión de la descontaminación de las úlceras del tipo que sea, por medio de la malla bactericida de carbón y plata, durante 15 días en el tratamiento de las úlceras antes de que exista ningún signo que nos pueda sugerir infección local en la misma, puede plantear beneficios importantes tanto a nivel de profilaxis efectiva a la infección como en cuanto a proporcionar un nivel bajo en la biocarga del lecho ulceral y así colaborar en una atmósfera favorable para el proceso de cicatrización de la herida.

Esta hipótesis se sustenta en varios puntos:

- Que está demostrado que todas las úlceras a partir de un grado II se encuentran colonizadas por microorganismos.
- Que como demostró el estudio exploratorio y comparativo para determinar el efecto de Actisorb plus 25, un apósito de plata en malla de carbón, en la reducción de la carga bacteriana en heridas crónicas sin signos clínicos de infección local frente a las recomendaciones del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y la American Health Care Policy Research Agency (AHCPR) norteamericana, y en el que el Hospital de San Vicente colaboró con la inclusión de 12 pacientes en el mismo, que este tipo de malla reduce los niveles de carga bacteriana en todo tipo de úlceras independientemente de su etiología.
- Que un nivel de biocarga bajo en el lecho de la úlcera proporciona el ambiente idóneo para el proceso de cicatrización.

A partir de estos puntos se intenta encontrar un punto de validación del protocolo de curas elaborado por la unidad de heridas "SANET" del Hospital de San Vicente, en el cual se introduce esta descontaminación durante 15 días en todo tipo de úlceras:

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Los objetivos del estudio son los siguientes:

- Determinar la epidemiología de flora bacteriana en úlceras sin signos clínicos de infección local.
- Establecer la concordancia entre signos clínicos de infección local y las determinaciones bacteriológicas.
- Comparar el comportamiento de la adición de un apósito con plata y carbón activado a su no utilización en relación a la disminución de la carga bacteriana en heridas sin signos clínicos de infección de infección local.
- Comparar el comportamiento de la adición de este tipo de apósito a su no utilización en relación a la tasa de cicatrización en heridas sin signos clínicos de infección local.

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO:

La población objeto de estudio está constituida por pacientes ingresados en el hospital de San Vicente con úlceras por presión que no presenten signos clínicos de infección local, y en la que se va a llevar a cabo la profilaxis de descontaminación

durante 15 días, con la malla bactericida, teniendo en cuenta el protocolo de curas que se aplica en dicho hospital.

VARIACIONES OBJETO DE ESTUDIO:

- Variaciones en las determinaciones bacteriológicas.
- Evolución de la superficie de la lesión.
- Evolución de la presencia de signos clínicos de infección local.

RESULTADOS:

- La profilaxis de descontaminación en todo tipo de úlceras, con la malla bactericida de plata y carbón consigue unos niveles de colonización de carga bacteriana en el lecho de la úlcera, proporcionando un ambiente muy favorable para la evolución de la úlcera y en el posterior proceso de cicatrización de la misma.

- Haciéndonos eco del estudio de Actisorb antes mencionado, destacar que un 25% de las lesiones, que no presentando los signos tradicionales de infección local, presentan una determinación bacteriológica con valores compatibles de infección. Ésta circunstancia nos lleva a plantearnos la importancia de implantar en todo tipo de heridas, sean de la etiología que sean, un proceso basado en la profilaxis de descontaminación, sin esperar a que nos aparezca ningún signo de infección.

- Que como se ha evidenciado la superioridad de la utilización de Actisorb, un apósito de plata en malla de carbón activado, frente a su no utilización, en el manejo de la carga bacteriana en heridas crónicas sin signos de infección local, esto apoya la malla bactericida como instrumento para llevar a cabo el proceso de descontaminación en el tratamiento de toda úlcera que presente el paciente.

- Que el realizar una profilaxis de descontaminación de las heridas durante un período de dos semanas con la aplicación de un apósito de plata en malla de carbón es más eficaz que esperar quince días para hacer una determinación bacteriológica de tejidos profundos.

CONCLUSIONES:

- Todas las heridas están contaminadas.
- Clínicamente, la administración de antibióticos para las heridas no infectadas no solo es inútil sino que es peligroso, ya que aumenta la potencial sensibilización y la selección de cepas resistentes.
- El comienzo de un tratamiento temprano tiene como propósito detener el proceso de infección y así evitar las caras secuelas de infección, morbilidad y costes elevados de cuidados.
- Creciente resistencia bacteriana a los antibióticos.
- Control de la infección basado en medios alternativos.
- Utilización de la plata como potente antimicrobiano de amplio espectro, actividad sostenida y baja resistencia.
- No liberación del agente antimicrobiano directamente al lecho de la herida.
- Efecto antimicrobiano continuo.

- La reducción de la carga bacteriana mediante la utilización de apósitos de malla bactericida tipo ACTISORB PLUS 25 reducen hasta un 85% la presencia de microorganismos patógenos en el lecho de la herida.

- La diferencia entre colonización e infección está en la respuesta del paciente.
- Por encima de 105 se paraliza el proceso de cicatrización
- Cuanto mayor es la carga bacteriana más lento es el proceso de cicatrización.

De este modo la conclusión última no puede ser otra que, al igual que hay que eliminar el tejido necrótico presente en una herida, y este proceso forma parte del tratamiento estándar de cualquier lesión, del mismo modo hemos de contemplar la reducción de la carga bacteriana, como un paso obligado en tratamiento de cualquier herida. Como un problema cuyo origen está latente en TODAS ellas, por lo que el proceso descontaminación durante dos semanas en el tratamiento inicial de todo tipo de úlceras, sin esperar a ningún tipo de signo de infección, reduce sustancialmente la carga bacteriana en el lecho de todas ellas, con lo que estamos ante un buen punto de partida en el protocolo de tratamiento de todo tipo de úlceras.

BIBLIOGRAFÍA:

- Falanga V. Classifications for Wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen, 2000.

- Falanga V. Introducing the concept of wound bed preparation. International Forum on Wound Care, 2001.

- Revista Sensus Enfermería, nº4 Marzo de 2003, Historia y usos terapéuticos de la plata.

- Guía para la utilización de Apósitos en las Úlceras por Presión, Centro de Salud de Serrada, Área de enfermería.

- Reducción de la Carga Bacteriana, Validación de protocolo de unidad de heridas "SANET" Hospital de San Vicente (Alicante).

- Protocolo de curas de Unidad de Heridas "SANET", Hospital de San Vicente.

- J. Javier Soldevilla Agreda, Guía práctica en la atención de las úlceras de piel, Ed. Garsi, S.A. Madrid 1994. Con la colaboración de laboratorios Braun.

- Colina, J.: "Atención de enfermería a pacientes con úlcera por presión", Revista Rol de Enfermería, 1988.

- Página Web del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión: <http://www.gneaupp.es>.

- Biley F (1991) There will be no euology. Nursing 4(37): 21—2

- Bikowski J (1999) Secundarily ininfected wounds and dermatoses: a diagnosis and treatment guide. J Emerg Surg 17: 197—206

- Bowler PG, Davies BJ (1999) The microbiology of acute and chronic wounds. Wounds 11(4): 72—8

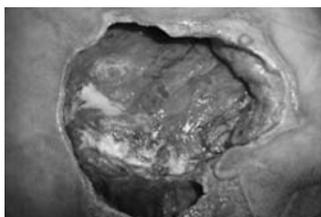
- Bridges K, Lowbury EJJ (1977) Drug resistance in relation to the use of silver sulphadiazine cream in a burns unit. J Clin Pathol 30: 160—4

- British Medical Journal (1977) Topical antibiotics (editorial). Br MedJ 1: 494

- Brooks GF ButelJS, Morse SA (1998) Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology. Appleton and Lange, Stamford, Connecticut: 178

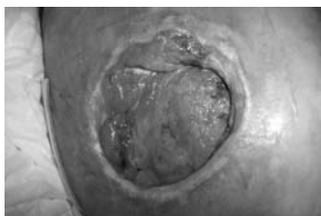
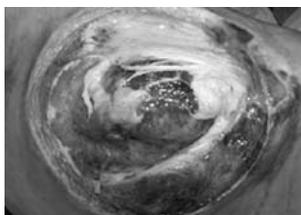
- Cervantes C, Silver S (1996) Metal resistance in Pseudomonas: genes and mechanisms, In: Nakazawa

- Cooper R, Lawrence JC (1996) The prevalence of bacteria and applications for infection control



CASO 1

LIMPIEZA + DESBRIDAMIENTO+ REDUCCIÓN DE CARGA BACTERIANA (ACTISORB PLUS 25) + APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO (TIELLE) DURANTE 15 DÍAS



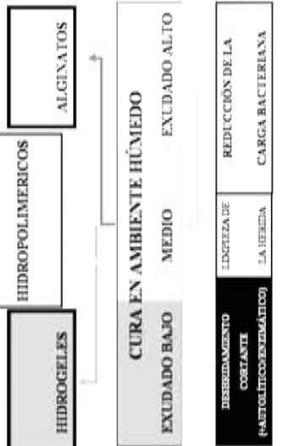
CASO 2

LIMPIEZA + DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO (NUGEL) + REDUCCIÓN DE CARGA BACTERIANA (ACTISORB PLUS 25) + APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO (TIELLE) DURANTE 15 DÍAS

CASO 3



PROTOCOLO DE CURAS
UNIDAD DE HERIDAS "SANET"
HOSPITAL SAN VICENTE



ESTADO MENÚ	MOVILIDAD	HUMEDAD/ INCONVENIENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientado	Completas	No	Deambula
1	Desorientado o apático o positivo	Ligeramente limitada	Último o fokal ocasional	Deambula con ayuda
2	Integrado o hiperreflexico	Limitado	Último o fokal individual	Siempre precisa ayuda
3	Conscito	Inmóvil	Último y fokal	No deambula

DESBRIDAMIENTO LIMPIEZA	REDUCCIÓN DE LA CARGA BACTERIANA	CONTROL DE EXUDADO	GRANULACIÓN /EPITELIZACIÓN	PIEL PERIULCERAL	PROTECCIÓN
	<p>SIN SIGNOS DE INFECCIÓN:</p> <p>MALLA DE PLATA Y CARBÓN= HIDROPOLIMÉRICOS C48-72 HORAS 2 SEMANAS</p> <p>CON SIGNOS DE INFECCIÓN:</p> <p>MALLA DE PLATA Y CARBÓN= HIDROPOLIMÉRICOS 4-6 SEMANAS C24-48 HORAS</p>	<p>EXUDADO ESCASO:</p> <p>HIDROGELÉS + HIDROPOLIMÉRICOS C48-72 HORAS</p> <p>EXUDADO MEDIO:</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS C48-72 HORAS</p> <p>EXUDADO ABUNDANTE:</p> <p>ALGINATOS/ HIDROFIBRAS DE HIDROCOLOIDE + HIDROPOLIMÉRICOS C24-48 HORAS</p>	<p>GRANULACIÓN:</p> <p>APÓSITOS BIOACTIVOS IONICOS - HIDROPOLIMÉRICOS C48-72 HORAS</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS C48-96 HORAS</p> <p>EPITELIZACIÓN:</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS HIDROCOLOIDES EXTRAFINOS C/5 DÍAS</p>	<p>ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS</p> <p>DIARIA</p> <p>TRAS CADA CAMBIO DE APÓSITO</p> <p>APÓSITOS NO ADHESIVOS DE SILICONA</p> <p>HASTA 1 SEMANA</p>	<p>ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS</p> <p>DIARIA</p> <p>APÓSITOS ALMOHADILLADOS C/3-5 DÍAS</p> <p>HIDROPOLIMÉRICOS C/3-5 DÍAS</p> <p>HIDROCOLOIDES C/3-5 DÍAS</p>
	<p>CORTIANTE:</p> <p>ENZIMÁTICO:</p> <p>COLAGENASA</p> <p>AUTOLÍTICO:</p> <p>NECRÓLISIS HIDROCOLOIDES</p> <p>ESCAFOLOS: HIDROGELÉS</p> <p>LIMPIEZA: SUERO FISIOLÓGICO</p>				

MESA DE PONENCIAS N°2

“Recursos según necesidades: criterios de valoración de ingreso”

Moderada por D. Daniel Andrés Checa
Enfermero Hospital de Requena

**PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE LA
SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL EJE PACIENTE/CUI-
DADOR EN EL CENTRO DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE
LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE SAN VICENTE
(CDP-ALZ)**

Concepción Morales Espinosa
Begoña Cremades Pastor
Alicia Sánchez Pérez
Teresa Frutos Alegría
Jaume Morera Guitart

*Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer
(Hospital San Vicente)*

INTRODUCCIÓN

El Centro de Diagnostico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer ofrece un servicio tendente a mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con trastornos cognitivos y la de las personas de su entorno, implicadas en su cuidado (cuidadores informales)

Entendiendo que el CDP-ALZ presta un servicio a la sociedad, se ha puesto una especial atención en el enfoque hacia las personas que utilizan nuestros servicios, especialmente en los pacientes y sus familiares. Para ello se ha establecido un procedimiento específico para valorar el grado de satisfacción de los mismos, de modo continuado.

Aunque hay diversidad en la conceptualización de la satisfacción, en los ámbitos de aplicación, en las metodologías y, por lo tanto, en los instrumentos de medida, entendimos por satisfacción la diferencia entre lo que se espera recibir del sistema sanitario (expectativas existentes antes de utilizarlo) y la percepción del servicio recibido de él (después de su utilización). Si lo que el usuario percibe es igual o mejor de lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor, quedará insatisfecho. La diferencia existente entre lo esperado y lo recibido, es lo que nos da el nivel de satisfacción.

La medida de la satisfacción a través de las encuestas, es un instrumento útil para evaluar la intervenciones de los servicios sanitario, porque proporciona información sobre la calidad percibida por los ciudadanos. Utilizado adecuadamente es un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen centinela de los cambios culturales y de las preferencias de la población.

Partimos siempre del planteamiento de que los resultados que obtengamos, deben servirnos como punto de partida de indagaciones sobre nuevos problemas que hay que comprender y/o explicar, y que de no haberse producido los datos, tal vez no se habrían detectado o no se habrían considerado relevantes.

OBJETIVOS

- Analizar la utilidad de un método de evaluación continuo de la satisfacción percibida por el eje paciente- cuidador.
- Mostrar la relevancia de la enfermera como miembro del CDP-ALZ, en la valoración de la calidad percibida por el eje paciente/cuidador.
- Fomentar entre profesionales de Enfermería, la realización de cuestionarios de satisfacción como forma de retroalimentación de la asistencia prestada.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. El periodo de estudio analizado se concreta desde enero a septiembre de 2003. El cuestionario de satisfacción utilizado fue el SERVQCON (ver Anexo 1). Constituido por 21 ítems que recogen distinta información que se agrupa en 5 apartados:

- Valoración global
- Accesibilidad al sistema
- Información recibida por el paciente
- Trato y capacitación del personal del centro
- Limpieza y comodidad de las instalaciones

La valoración de cada ítem se hace a través de tres tipos de clave:

- 1 a 5: 1= Mucho peor de lo que esperaba; 5= Mucho mejor de lo que esperaba.
- Muy Satisfecho, Satisfecho, Poco Satisfecho, Nada Satisfecho.
- Si, No, No Sabe / No Contesta.

La valoración de la satisfacción de los pacientes en el CDP-ALZ se realiza de la siguiente manera:

- **POR ÍTEMS:** Se analiza cada ítem y se calcula el porcentaje de cada tipo de respuesta. Se calcula para cada ítem el porcentaje de respuestas que puntúen “3 a 5” o “Satisfecho o muy satisfecho” o “SI” (De este modo podemos saber la puntuación individual de cada ítem o cual puede ayudar a identificar los puntos “débiles” susceptibles de mejora)

- **POR GRUPOS DE ÍTEMS:** Se agrupan los ítems según los apartados arriba citados y se calcula el porcentaje de respuestas para cada apartado, que puntúen “3 a 5”, “Satisfecho o muy satisfecho” o “SI”. (De este modo podemos saber la satisfacción global por apartados: Accesibilidad, Trato, Comodidad y Limpieza).

- **VALORACIÓN GLOBAL:** Por último se hace el análisis global calculándose el porcentaje de ítems que puntúen. “3 a 5”, “Satisfecho o muy satisfecho” o “SI”.

Esta valoración de las respuestas en tres niveles nos permite evaluar cada respuesta en particular, cada grupo de ítems por apartados y también realizar una valoración global. Esta última será la que se tendrá en cuenta para la medición del Indicador de Calidad “Grado de satisfacción de los pacientes”.

2. La enfermera como recurso humano
3. Ordenador Pentium HP 133, 48 RAM
4. Impresora HEWLWTT PACKARD Laserjet 1100
5. Base de datos “Satisfacción de pacientes”
6. Tabla de números aleatorios obtenidos del programa Excell de Microsoft
7. Sobres y sellos facilitados por la dirección del Hospital.
8. Buzón para la recogida de los cuestionarios

La enfermera distribuye los cuestionarios de satisfacción a los pacientes y familiares que acuden al CDP-ALZ de forma aleatoria, según el método descrito a continuación, y da las instrucciones pertinentes para que quien reciba al cuestionario comprenda la forma de cumplimentarlo, y de su posterior remisión al CDP-ALZ.

El método por el que los cuestionarios son repartidos aleatoriamente es el siguiente: Cada día, antes de comenzar la consulta de la UTMeco, la enfermera adju-

dica por orden correlativo uno de los números de la tabla aleatoria de Excell (Microsoft) a cada paciente que vaya a ser atendido. Los pacientes cuyo número adjudicado de aleatorización termine en 3, 6 o 9 serán seleccionados para recibir el cuestionario de satisfacción.

Puede suceder que el paciente marcado no acuda a la consulta, en este caso, el cuestionario se entregará al siguiente paciente no marcado. También puede darse el caso de que el paciente marcado sea el último citado del día; y no acuda, con lo que se entregaría al primer paciente del día siguiente. Nunca se ha dado el caso de que un paciente rechace el cuestionario. De ser así se entregaría al siguiente paciente no marcado.

Con esta asignación de números se establece un total de cuestionarios a entregar en el día. Según salen los pacientes de la consulta, y después de dar la información pertinente sobre pruebas a realizar y citas posteriores, se les explica como rellenar el cuestionario y la importancia de que éste se cumplimente y se remita a la unidad.

En el caso de que el paciente tenga una próxima cita a corto plazo (máximo 20 días) será él mismo quien traiga el cuestionario y lo deposite en el buzón. En caso contrario se le facilita un sobre direccionado con sello para que lo remita por correo.

Mensualmente, durante la última semana del mes, la enfermera revisa las respuestas recibidas e introduce los datos en soporte informático, verificando que en el apartado de “Sugerencias” no haya contenidos que requieran alguna medida de corrección urgente. En el caso de haberla, se procede mediante la formulación de “Acciones Correctivas y/o Preventivas”.

Trimestralmente, la enfermera del equipo realiza un informe de los resultados y propuestas de mejora, que presenta al Coordinador de la Unidad. Posteriormente, se presenta al Comité de calidad del CDP-ALZ, los resultados de los Cuestionarios de Satisfacción son valorados por el comité y se adoptan las medidas correctoras o preventivas oportunas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se distribuyeron 351 cuestionarios, recibándose 112 respuestas (32%); esta tasa de respuesta es considerada aceptable ya que esta dentro del intervalo 30%-40%, que suele ser la tasa de respuestas aceptable en encuestas de este tipo.

La periodicidad de medición se establece trimestralmente, y la responsable de la emisión de dicho informe es la enfermera del CDP-ALZ. Por esto los resultados de los nueve meses que se lleva realizando este trabajo los ofrecemos en tres bloques de tres meses cada uno, realizando un análisis demográfico de la población encuestada, un análisis de los resultados por dimensiones, global y por ítems, y una pequeña valoración de éstos.

PERÍODO ANALIZADO: Del 02/01/03 a 31/03/03

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES

Número cuestionarios recibidos: 46

Análisis demográfico de la Población que ha respondido:

- Edad media global: 64 años
- Edad media por sexos: Mujeres 62,3; Varones: 67,2
- Distribución por sexos: Varones 33%; Mujeres 63%; No Consta: 4%
- Distribución por estado laboral:

E LABORAL	Nº (%)
JUBILADO	21 (45,6%)
TRABAJANDO	11 (23,9%)
AMO CASA	9 (19,5%)
NC	3 (6,5%)
ESTUDIANTE	1 (2,1%)
EN PARO	1 (2,1%)

- Distribución por nivel de estudios:

NIVEL	Nº (%)
PRIMARIOS	20 (43,4%)
SIN ESTUDIOS	11 (23,9%)
BACHILLER	7 (15,2%)
SIN ESTUDIOS	11 (23,9%)
UNIVERSITARIOS	5 (10,8%)
NC	3 (6,5%)

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS: SEGÚN DIMENSIONES

FECHA DEL INFORME: 31 de Marzo de 2003

DIMENSIÓN: GLOBAL

[ITEMS POSITIVOS (B1, B2, B7)]

DIMENSIÓN: ACCESIBILIDAD

[ITEMS POSITIVOS (A2-A4-A6-A7-B8-B9)]

DIMENSIÓN: INFORMACIÓN AL PACIENTE

[ÍTEM POSITIVOS (A1-A3-A13-B3-B4-B6)]

DIMENSIÓN: TRATO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

[ÍTEM POSITIVOS (A5, A8, A11, A12, A14)]

DIMENSIÓN: LIMPIEZA Y COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

[ÍTEM POSITIVOS (A9, A10, B5)]

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS: GLOBAL Y POR ÍTEM

FECHA DEL ANÁLISIS: 31 de Marzo de 2003

PORCENTAJE PACIENTES SATISFECHOS >80%

Porcentaje de pacientes con respuestas satisfactorias en más

del 80% de los ítems 91,11%

ÍTEM GRUPO A POSITIVOS (%)

A1: La información que los médicos me han proporcionado sobre mi enfermedad ha sido : 97,78%

A2: La duración del tiempo de espera para entrar en la consulta del médico ha sido: 82,22%

A3: La información que el médico me ha dado sobre las pruebas que me tenían que hacer ha sido: 95,56%

A4: El tiempo de espera desde que pedí la cita hasta que me han atendido en la consulta ha sido: 84,44%

A5: La disposición del personal para ayudarme en lo que necesitaba ha sido: 97,78%

A6: Una vez terminada la consulta la facilidad para obtener una nueva cita ha sido: 95,56%

A7: La facilidad y comodidad (señalizaciones, ascensores, barreras arquitectónicas,...) para llegar a la consulta del médico ha sido: . . 88,89%

A8: El interés del personal de enfermería para atenderme ha sido: . . 100,00%

A9: La limpieza de la consulta del médico ha sido: 100,00%

A10: La limpieza de las salas de espera y pasillos ha sido: 100,00%

A11: La capacidad del médico para comprender mis problemas ha sido: 100,00%

A12: La atención que el médico puso a mis explicaciones sobre lo que me pasaba ha sido: 100,00%

A13: La información sobre la posible evolución de mi enfermedad ha sido: 100,00%

A14: La preparación del médico (capacitación) para realizar su trabajo ha sido: 100,00%

A15: El material y equipos médicos para diagnóstico en las consultas ha sido: 100,00%

ÍTEM GRUPO B POSITIVOS (%)

B1: Indique su nivel de satisfacción global con la atención que ha recibido en la consulta del Centro: 90,5%

B2: ¿Recomendaría este Centro a otras personas? : 100,00%

B3: ¿Le han realizado en la consulta pruebas o intervenciones sin pedir permiso? 100,00%

B4: ¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido? 97,78%

B5: ¿Pudo estar sentado cómodamente en la sala de espera? 93,33%

B6: ¿Le han informado sobre qué hacer si los síntomas empeoran? . . 77,14%

- B7: ¿Cambiaría usted de médico?97,67%
B8: ¿Después de la consulta le ha sido fácil obtener cita para las pruebas que han sido pedidas por el médico?88,10%
B9: ¿Cuándo llamó para pedir consulta le dieron a elegir día y hora? ..62,50%

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Parámetro:

- Porcentaje de Pacientes Satisfechos >80%:

Valor alcanzado: 91,11%

Conclusión: Se cumple el estándar del Indicador de Satisfacción del Paciente (>80%)

- Análisis por ítems

No alcanzan el nivel deseable (>80%) de satisfacción los siguientes ítem del cuestionario:

- 1.- ¿Le Han informado sobre qué hacer si los síntomas empeoran?
 - 2.- ¿Cuándo llamó para pedir consulta le dieron a elegir día y hora?
- Análisis por dimensiones del cuestionario:

A.- DIMENSIÓN GLOBAL:

- Todos alcanzan el nivel de satisfacción

B.- DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD

- 5 ítem de los 6 componentes de esta dimensión alcanzan el nivel deseado de satisfacción (84% positivos)

C.- DIMENSIÓN INFORMACIÓN AL PACIENTE:

- 5 ítem de los 6 componentes de esta dimensión alcanzan el nivel deseado de satisfacción (84% positivos)

D.- DIMENSIÓN TRATO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

- Todos los ítems alcanzan el nivel deseado de satisfacción: 100% positivos

E.- DIMENSIÓN LIMPIEZA Y COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

- Todos los ítems alcanzan el nivel deseado de satisfacción: 100% positivos.

VALORACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA:

Se ha cumplido el nivel del indicador de satisfacción, por lo que el Objetivo de Satisfacción al Paciente se considera conseguido.

El Comité de Calidad concluye recordar a los neurólogos del CDP-ALZ que insistan más en los aspectos relacionados con la Información al Paciente, especialmente en lo relativo a la evolución de la enfermedad y la actitud de los familiares ante el posible empeoramiento de los síntomas que presentan.

Se sugiere insistir al equipo de enfermería en que cuando dé una cita, compruebe si la fecha y la hora que propone es del agrado y conveniencia del paciente o familiares, en caso contrario deben esforzarse en encontrar una hora y fecha de citación “aceptable” para los pacientes.

PERÍODO ANALIZADO: Del 01/04/03 a 30/06/03

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES

Número cuestionarios recibidos: 26

Análisis demográfico de la Población que ha respondido:

- Edad media global: 65,2 años
- Edad media por sexos: Mujeres 63,9; Varones: 66,7
- Distribución por sexos: Varones 34,2%; Mujeres 56,1%; No Consta: 9,6%
- Distribución por estado civil:

ESTADO CIVIL	Nº	%
CASADO	48	66,67%
NC	5	6,94%
SEPARADO	2	2,78%
SOLTERO	3	4,17%
VIUDO	14	19,44%

- Distribución por estado laboral:

E LABORAL	Nº	%
JUBILADO	33	45,8%
AMO CASA	17	23,6%
TRABAJANDO	15	20,8%
NC	5	6,9%
ESTUDIANTE	1	1,4%
EN PARO	1	1,4%

- Distribución por nivel de estudios:

NIVEL ESTUDIOS	Nº	%
PRIMARIOS	35	48,6%
SIN ESTUDIOS	18	25,0%
BACHILLER	8	11,1%
UNIVERSITARIOS	6	8,3%
NC	5	6,9%

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS: SEGÚN DIMENSIONES

FECHA DEL INFORME: 30 de junio de 2003

DIMENSIÓN: GLOBAL

[ITEMS POSITIVOS (B1, B2, B7)]

DIMENSIÓN: ACCESIBILIDAD

[ITEMS POSITIVOS (A2-A4-A6-A7-B8-B9)]

DIMENSIÓN: INFORMACIÓN AL PACIENTE

[ITEMS POSITIVOS (A1-A3-A13-B3-B4-B6)]

DIMENSIÓN: TRATO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

[ITEMS POSITIVOS (A5, A8, A11, A12, A14)]

DIMENSIÓN: LIMPIEZA Y COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

[ITEMS POSITIVOS (A9, A10, B5)]

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS: GLOBAL Y POR ITEMS

FECHA DEL ANÁLISIS: 30 de junio de 2003

PORCENTAJE PACIENTES SATISFECHOS >80%

Porcentaje de pacientes con respuestas satisfactorias en más del 80% d

e los items93,06%

ITEMS GRUPO A POSITIVOS(%)

A1: La información que los médicos me han proporcionado sobre mi enfermedad ha sido :98,61%

A2: La duración del tiempo de espera para entrar en la consulta del médico ha sido:84,72%

A3: La información que el médico me ha dado sobre las pruebas que me tenían que hacer ha sido:97,22%

A4: El tiempo de espera desde que pedí la cita hasta que me han atendido en la consulta ha sido:87,50%

A5: La disposición del personal para ayudarme en lo que necesitaba ha sido:98,61%

A6: Una vez terminada la consulta la facilidad para obtener una nueva cita ha sido:94,44%

A7: La facilidad y comodidad (señalizaciones, ascensores, barreras arquitectónicas,...) para llegar a la consulta ha sido:90,28%

A8: El interés del personal de enfermería para atenderme ha sido: ...100,00%

A9: La limpieza de la consulta del médico ha sido:98,61%

A10: La limpieza de las salas de espera y pasillos ha sido:97,22%

A11: La capacidad del médico para comprender mis problemas ha sido:100,00%

A12: La atención que el médico puso a mis explicaciones sobre lo que me pasaba ha sido:100,00%

A13: La información sobre la posible evolución de mi enfermedad ha sido:98,61%

A14: La preparación del médico (capacitación) para realizar su trabajo ha sido:100,00%

A15: El material y equipos médicos para diagnóstico en las consultas ha sido:100,00%

ITEMS GRUPO B POSITIVOS (%)

- B1: Indique su nivel de satisfacción global con la atención que ha recibido en la consulta del centro89,2%
B2: ¿Recomendaría este Centro a otras personas?:100,00%
B3: ¿Le han realizado en la consulta pruebas o intervenciones sin pedir permiso?98,55%
B4: ¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido?97,22%
B5: ¿Pudo estar sentado cómodamente en la sala de espera?91,67%
B6: ¿Le han informado sobre qué hacer si los síntomas empeoran? ..80,65%
B7: ¿Cambiaría usted de médico?97,06%
B8: ¿Después de la consulta le ha sido fácil obtener cita para las pruebas que pedidas el medico?85,51%
B9: ¿Cuándo llamó para pedir consulta le dieron a elegir día y hora? ..73,13%

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Parámetro:

- Porcentaje de Pacientes Satisfechos >80%:

Valor alcanzado: 93,6%

Conclusión:

Se cumple el estándar del Indicador de Satisfacción del Paciente (>90%)

- Análisis por ítems

No alcanzan el nivel deseable (>80%) de satisfacción los siguientes ítems del cuestionario:

1.-¿Cuándo llamó para pedir consulta le dieron a elegir día y hora?

- Análisis por dimensiones del cuestionario

A.- DIMENSIÓN GLOBAL:

- Todos alcanzan el nivel de satisfacción

B.- DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD

- 5 ítem de los 6 componentes de esta dimensión alcanzan el nivel deseado de satisfacción (84% positivos)

C.- DIMENSIÓN INFORMACIÓN AL PACIENTE:

- Todos alcanzan el nivel de satisfacción: 100% positivos

D.- DIMENSIÓN TRATO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

- Todos los ítems alcanzan el nivel deseado de satisfacción: 100% positivos

E.- DIMENSIÓN LIMPIEZA Y COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

- Todos los ítems alcanzan el nivel deseado de satisfacción: 100% positivos.

VALORACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA:

Se ha cumplido el nivel del indicador de satisfacción, por lo que el Objetivo de Satisfacción al Paciente se considera conseguido.

Respecto al análisis del primer trimestre, ha mejorado la satisfacción referida a la información recibida sobre “qué hacer si los síntomas empeoran”.

Se revisa el enunciado del ítem B9 “¿Cuándo llamó para pedir consulta, le dieron a elegir día y hora?”. Existe un importante número de NS/NC, lo cual implica dificultades en entender y/o contestar a la pregunta. El Comité de Calidad acuerda reformular el enunciado de la misma, quedando de la siguiente manera y restándole ambigüedad:

B9.- ¿Tuvo que solicitar fecha para una nueva cita en la consulta?

B10.- En caso afirmativo, ¿la fecha y la hora que le dieron fue de su conveniencia?

B11.- En caso negativo, ¿le dieron a elegir nueva fecha y hora?

PERIODO ANALIZADO: Del 01/07/03 a 30/09/03

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES

Número cuestionarios recibidos: 40

Análisis demográfico de la Población que ha respondido:

- Edad media global: 63,6 años

- Edad media por sexos: Mujeres 63,6; Varones: 63,6

- Distribución por sexos: Varones 35%; Mujeres 65%

- Distribución por estado civil:

ESTADO CIVIL	Nº	%
CASADO	27	67,5%
NC	1	2,5%
SEPARADO	0	0%
SOLTERO	5	12,5%
VIUDO	7	17,5%

- Distribución por estado laboral:

E LABORAL	Nº	%
JUBILADO	23	57%
AMO CASA	7	17,5%
TRABAJANDO	9	22,5%
NC	1	2,5%
ESTUDIANTE	0	0%
EN PARO	0	0%

- Distribución por nivel de estudios:

NIVEL ESTUDIOS N°	%
PRIMARIOS14 . . . . .	.35%
SIN ESTUDIOS16 . . . . .	.40%
BACHILLER6 . . . . .	.15%
UNIVERSITARIOS . .3 . . . . .	.7,5%
NC1 . . . . .	.2,5%

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS: SEGÚN DIMENSIONES

FECHA DEL INFORME: 30 de septiembre de 2003

DIMENSIÓN: GLOBAL

[ITEMS POSITIVOS (B1, B2, B7)] .

DIMENSIÓN: ACCESIBILIDAD

[ITEMS POSITIVOS (A2-A4-A6-A7-B8-B9)]

DIMENSIÓN: INFORMACIÓN AL PACIENTE

[ITEMS POSITIVOS (A1-A3-A13-B3-B4-B6)]

DIMENSIÓN: TRATO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DEL CDP-ALZ

[ITEMS POSITIVOS (A5, A8, A11, A12, A14,)]

DIMENSIÓN: LIMPIEZA Y COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

[ITEMS POSITIVOS (A9, A10, B5)]

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS: GLOBAL Y POR ITEMS

FECHA DEL INFORME: 30 de Septiembre de 2003

PORCENTAJE PACIENTES SATISFECHOS >80%

Porcentaje de pacientes con respuestas satisfactorias en más

del 80% de92,50%

ITEMS GRUPO A POSITIVOS (%)

A1: La información que los médicos me han proporcionado sobre mi enfermedad ha sido :97,50%

A2: La duración del tiempo de espera para entrar en la consulta del médico ha sido:90,00%

A3: La información que el médico me ha dado sobre las pruebas que me tenían que hacer ha sido:95,00%

A4: El tiempo de espera desde que pedí la cita hasta que me han atendido en la consulta ha sido:80,00%

A5: La disposición del personal para ayudarme en lo que necesitaba ha sido:97,50%

A6: Una vez terminada la consulta la facilidad para obtener una nueva cita ha sido:97,50%

A7: La facilidad y comodidad (señalizaciones, ascensores, barreras arquitectónicas,...) para llegar a la consulta ha sido:85,00%

A8: El interés del personal de enfermería para atenderme ha sido: . . .100,00%

A9: La limpieza de la consulta del médico ha sido: . . . . .	.97,50%
A10: La limpieza de las salas de espera y pasillos ha sido: . . . . .	.97,50%
A11: La capacidad del médico para comprender mis problemas ha sido:	100,00%
A12: La atención que el médico puso a mis explicaciones sobre lo que me pasaba ha sido: . . . . .	.95,00%
A13: La información sobre la posible evolución de mi enfermedad ha sido: . . . . .	.92,50%
A14: La preparación del médico (capacitación) para realizar su trabajo ha sido: . . . . .	.95,00%
A15: El material y equipos médicos para diagnóstico en las consultas ha sido . . . . .	.97,50%

ITEMS GRUPO B POSITIVOS (%)

B1: Indique su nivel de satisfacción global con la atención que ha recibido en la consulta del centro . . . . .	.97,1%
B2: ¿Recomendaría este Centro a otras personas?:	100,00%
B3: ¿Le han realizado en la consulta pruebas o intervenciones sin pedir permiso?	100,00%
B4: ¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido?	91,67%
B5: ¿Pudo estar sentado cómodamente en la sala de espera?	94,87%
B6: ¿Le han informado sobre qué hacer si los síntomas empeoran? . . .	63,64%
B7: ¿Cambiaría usted de médico?	89,19%
B8: ¿Después de la consulta le ha sido fácil obtener cita para las pruebas que fueron pedidas por el medico?	91,89%
B9: ¿Tuvo que solicitar fecha para una nueva cita?	82,61%
B10: En caso afirmativo: ¿La fecha y hora que le dieron fue de su conveniencia?	100,00%
B11: En caso negativo: ¿Le dieron a elegir nueva fecha y hora?	

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Parámetro:

- Porcentaje de Pacientes Satisfechos >80%:

Valor alcanzado: 92,5%

Conclusión: Se cumple el estándar del Indicador de Satisfacción del Paciente (>90%)

- Análisis por ítems:

No alcanzan el nivel deseable (>80%) de satisfacción los siguientes ítems del cuestionario:

1.- ¿Le han informado sobre qué hacer si los síntomas empeoran? (63,6%)

- Análisis por dimensiones del cuestionario:

A.- DIMENSIÓN GLOBAL:

- Todos alcanzan el nivel de satisfacción

B.- DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD

- Todos alcanzan el nivel de satisfacción: 100% positivos

C.- DIMENSIÓN INFORMACIÓN AL PACIENTE:

- Un ítem no alcanza el nivel de satisfacción esperado: 83% positivos

D.- DIMENSIÓN TRATO Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

- Todos los ítems alcanzan el nivel deseado de satisfacción: 100% positivos

E.- DIMENSIÓN LIMPIEZA Y COMODIDAD DE LAS INSTALACIONES

- Todos los ítems alcanzan el nivel deseado de satisfacción: 100% positivos.

VALORACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA:

Se ha cumplido el nivel del indicador de satisfacción, por lo que el Objetivo de Satisfacción al Paciente se considera conseguido.

Respecto al análisis del segundo trimestre del 2003, ha vuelto a empeorar la satisfacción referida a la información recibida sobre “qué hacer si los síntomas empeoran. El Comité de Calidad recomienda notificar por escrito en cada visita de forma explícita la actitud que deben tomar los pacientes y familiares en el caso de que los síntomas de la enfermedad empeoren.

Las modificaciones realizadas en el punto B9 del cuestionario de satisfacción han ayudado a clarificar el significado del mismo, obteniéndose un nivel de satisfacción óptimo a este ítem (“En caso de tener que solicitar nueva cita, ¿Le dieron a elegir día y hora?”)

CONCLUSIONES

El método de valoración continuada de la satisfacción del eje paciente/cuidador, es útil y permite evaluar la calidad percibida por el eje paciente cuidador en el CDP-ALZ.

En el periodo de estudio se han atendido 1347 visitas, de las cuales 547 han sido primeras visitas. Hemos distribuido un total de 351 cuestionarios lo que supone un 26% de cuestionarios entregados, cifra aproximada al 30% esperada según el método aleatorio.

Se han recibido un total de 112 respuestas, el 32% tasa de respuesta aceptable para este tipo de encuestas.

El proceso de valoración de la Satisfacción del eje paciente/cuidador en el CDP-ALZ fue gestionado íntegramente por Enfermería. La enfermera distribuyó las encuestas, recibió las respuestas, introdujo los datos en la base informatizada, analizó la información, elaboró informe de valoración de los resultados y sugirió medidas de mejora.

Enfermería puede y debe utilizar este tipo de procedimientos para validar su prestación de servicios. La aplicación de este tipo de gestión, hace que se abran nuevas vías de actuación, donde Enfermería deja constancia de su papel a la vez que asumir

esta responsabilidad produce una mayor integración de Enfermería en el equipo multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

- Caminal Hormar J. La medida de la satisfacción: ¿Un indicador de calidad más en la evaluación de los servicios sanitarios? *Calidad Asistencial* 2001;16:276-279.
- Jociles Rubio MI. Las técnicas de investigación en antropología. *Gaceta de Antropología* 1999; 15 (15-01).
- Maceiras L. et al. Satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios: Un estudio hospitalario conjunto. *Apuntes de Salud Pública A.A.M.S.P*, 2 (101):12.
- Mira JJ et al. SERVQHOS Y SERVQCON, dos cuestionarios para medir la calidad percibida en el medio hospitalario. *Evaluación de Tecnologías Sanitarias* 2001;(Marzo):8-9.

**EL USO INADECUADO DE FÁRMACOS
SE ESTÁ CONVIRTIENDO EN UNSERIO PROBLEMA
DE SALUD PÚBLICA**

Maria Luisa Corujo
BEHMPAT Boadilla del Monte. Madrid

La importancia de los errores de medicación, sus graves consecuencias clínicas para el paciente y los elevados costes que generan son aspectos que han quedado demostrados a través de numerosos estudios

Existen principalmente dos tipos de errores asociados a las medicaciones:

1. Los errores de prescripción o de seguimiento médico
2. Los errores originados por el paciente
 - Automedicación. El enfermo toma medicinas sin consulta previa
 - *errores en la administración

** son errores que se producen en el proceso de utilización de los medicamentos (sobre todo en los domicilios) y constituyen el área sobre la que es posible planificar con más facilidad estrategias dirigidas a su prevención. Veremos en un momento qué tipo de errores son los más frecuentes y cómo y porqué se producen. (nosotros vamos a centrarnos en la posibilidad de actuar sobre estos errores)*

Datos recogidos de investigaciones realizadas en España.

La Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Salamanca en el estudio titulado EVITABILIDAD DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS DETECTADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS concluye que:

Cada día entran en los servicios de urgencias de los hospitales personas que sufren las consecuencias de los errores cometidos con los medicamentos (aproximadamente entre un 3 y un 6 por ciento del total de los ingresos). Un 27 % de esos pacientes ingresan graves en el centro hospitalario y un 3 % fallecen.

El mismo hospital concluye en otro de sus trabajos que:

“La magnitud de los ingresos hospitalarios motivados por incidentes con los medicamentos es muy elevada y aproximadamente la mitad son prevenibles.”

El Hospital Clinic de Barcelona en el estudio titulado PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACION COMO CAUSA DEL INGRESO HOSPITALARIO determina que:

- el número de problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso ha sido del 7,7%.”

- El número de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación en muchos casos se podría haber evitado.”

- Los errores de medicación son consecuencia de un uso inapropiado de los medicamentos y, por tanto, son prevenibles... entre un 19 y un 70,4 % son potencialmente evitables.

- pueden provocar el fracaso terapéutico y nuevos problemas médicos, que pueden ser tan negativos como la enfermedad tratada.”

El Hospital Virgen de las Nieves de Granada ha realizado uno de los trabajos más recientes y exhaustivos:

Durante un periodo de un año (2001), 58.260 personas fueron atendidas en el Servicio de Urgencias del hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada por problemas relacionados con la medicación. 42.430 de esas consultas de urgencias no debieron haberse producido, eran evitables. 150 de estos pacientes fallecieron, 4.080 quedaron ingresados en estado grave.

Según esta investigación dirigida por M^a Isabel Baena Parejo una de cada tres personas que acuden al servicio de urgencias lo hace por un problema relacionado con la medicación (33,2 %)

- Durante el año 2001 un equipo de 10 personas realizó 2.556 entrevistas en el servicio de urgencias del Hospital Virgen de Las Nieves entre los 179.965 enfermos que acudieron a él...

- El equipo dirigido por Isabel Baena concluye que uno de cada tres pacientes que acudieron ese año a urgencias (58.260) lo hizo por problemas relacionados con los medicamentos. Y lo más importante: el 73,1 % de estas personas (42.430) podría haberse ahorrado la visita si alguien... hubiese estado al tanto de la medicación que tomaban y hecho el seguimiento.

- El coste total de los problemas relacionados con los medicamentos de los 58.260 enfermos que no tenían que haber ido al servicio de urgencias en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada ha sido de 12 millones de euros, según Isabel Baena, “incluyendo ingresos, análisis, radiografías, etc”..Si esta cifra se extrapola al conjunto de España el gasto total del Sistema Nacional de Salud en problemas relacionados con los medicamentos ascendería a 1.600 millones de euros, un gasto que podría evitarse.

Nos encontramos pues ante una patología emergente en los países desarrollados, con una gran repercusión asistencial y económica.

Dato relevante: es una de las primeras seis causas de muerte en EEUU

En el ámbito ambulatorio en EEUU el coste de la morbilidad y la mortalidad causadas por los medicamentos suponía 76,6 billones de dólares en 1994, coste que resultaba similar a los medicamentos adquiridos por receta médica. Es lo que se ha

denominado “dólar por dólar”., por cada dólar gastado en medicamentos se gasta otro dólar para tratar las nuevas complicaciones derivadas de su utilización.

Los avances farmacéuticos y médicos han alargado la esperanza de vida. Una simple pastilla, administrada a diario, puede mantener a raya enfermedades crónicas siempre que se cumpla a rajatabla con la cita.

A partir de edades avanzadas, la toma de pastillas suele convertirse en algo casi ineludible para combatir múltiples dolencias que exigen, a cambio, rigor en la ingestión de los fármacos.

Numerosos estudios, sin embargo, han confirmado lo que la práctica evidencia en cada hogar: los errores son frecuentes. Olvidos, despistes, duplicidad en las dosis..

Sus efectos pueden derivar en graves problemas, y ocasionalmente provocar fallecimientos.

Como hemos visto más del 60% de los errores se consideran evitables, es decir, fruto de una mala administración de las medicinas. Y cada vez tomamos más medicamentos.

Sólo entre octubre de 2001 y octubre de 2002 se emitieron en España 651 millones de recetas.

La mayor parte de los errores ocasionados por el paciente se producen por

- el incumplimiento, es decir, no tomar las medicinas
- por las confusiones u olvidos en la administración del medicamento

Una relación complicada: personas mayores – muchas pastillas

La correcta ingestión de las medicinas se hace más dificultosa para las personas mayores, para los polimedicados, pero también presenta cierta dificultad para cualquiera que deba recordar que debe tomar un medicamento a determinada hora del día. “ ¿ Me habré tomado ya la pastilla?”. Esta es una reflexión común para muchas de las personas obligadas a ingerir determinada píldora a determinada hora del día

Lógicamente, la dificultad se hace mayor para las personas que tienen que medicarse con cinco o seis fármacos diferentes, esto es diez o quince pastillas diarias. La tarea se complica también para los pacientes tratados con dosis diarias variables de determinado medicamento, por ejemplo el Sintrom, que toman un buen porcentaje de personas mayores con problemas cardiovasculares.

El domicilio, a donde llega cada paciente con sus medicinas, es la gran asignatura pendiente en la tarea de conseguir un correcto suministro de los tratamientos.

La duda ante un montón de envases de medicamentos

Normalmente las familias tienen en la casa, en un lugar más o menos accesible, todas las medicinas, (muchas veces cantidades considerables de envases) que se están tomando en ese momento. En ocasiones están en el mismo lugar cajas que consumen personas diferentes.

La mayoría de los pacientes escriben en las cajas la dosis y la frecuencia de las tomas. Sin embargo, si tenemos en cuenta que hay personas que toman simultánea-

mente cinco o seis fármacos vemos la facilidad con que se puede cometer un error tarde o temprano.

Y algunos errores son peligrosos y pueden llevar al hospital.

Si nos equivocamos, la primera consecuencia sería un retraso en la cura de la enfermedad. Un fracaso terapéutico que puede originar problemas tan negativos como la enfermedad originalmente tratada.

Evitar estos fallos no es fácil.

Es más que probable que una persona, obligada a tomar 10 o 15 pastillas diarias, se equivoque. O que no recuerde que justo una hora antes -ni una más ni una menos- del desayuno tiene que tomar determinada píldora. O que observe un frasco abierto y no recuerde si ya se ha tomado la dosis. Si en cada toma, tres o cuatro veces al día, se acude a los envases originales puede ocurrir que se tomen dosis equivocadas, que se olvide alguna toma o que se traguen unas pastillas en vez de otras.

El dilema que supone enfrentarse varias veces al día a un montón de envases originales con pastillas diferentes hace que los errores se multipliquen. Los olvidos, las administraciones incorrectas y las equivocaciones cometidas por el enfermo son los errores que los especialistas consideran que podrían evitarse.

Efectos graves para la salud

EL MEJOR TRATAMIENTO MEDICO FRACASA SI NO SE SIGUEN SUS INDICACIONES

Los medicamentos están diseñados para un periodo de eficacia. Por eso, las dosis reguladas tienen unos horarios específicos. Si alteramos estos horarios o las cantidades prescritas estamos variando también la acción de los principios activos sobre nuestro organismo. Con algunos medicamentos el riesgo es mayor. Por ejemplo: duplicar la dosis de Simtron (un medicamento prescrito para los enfermos del corazón) puede originar hemorragias internas graves. Un olvido sería también potencialmente peligroso.

Efectos de las dosis equivocadas. Algunos ejemplos:

- Una dosis equivocada de un fármaco para el glaucoma puede provocar lesiones graves en el nervio óptico y ceguera
- Una dosis equivocada de un fármaco para el corazón puede ocasionar una arritmia y un paro cardíaco
- Una dosis equivocada de fármaco para la presión arterial alta puede ocasionar un accidente vascular cerebral.
- Un error al tomar la dosis prescrita de antibiótico puede ocasionar una recidiva de la infección y puede promover el desarrollo de bacterias resistentes al fármaco.

El carácter prevenible de los errores de medicación hace que en las instituciones sanitarias se haga imprescindible la implantación de estrategias dirigidas a su prevención.

La dosificación previa aumenta de forma significativa al cumplimiento terapéutico.

Para neutralizar esta patología derivada de errores en la medicación, la comunidad médica, ayudantes técnicos sanitarios, farmacéuticos y otros colectivos profesionales vienen multiplicando diversas iniciativas en busca de fórmulas y de herramientas que faciliten una correcta administración de los medicamentos.

Se trata de ofrecer soluciones que ayuden cuando las medicinas están bajo control del propio paciente, esto es, cuando él mismo tiene que enfrentarse, en el domicilio, a la tarea de administrarse la medicación prescrita por su médico.

INICIATIVAS EN ESPAÑA

SISTEMA INDIVIDUALIZADO DE DOSIFICACION DE LOS MEDICAMENTOS

Una de las iniciativas consiste en la desarrollada por algunas Farmacias. Ofrecen a sus clientes un sistema individualizado de dosificación de los medicamentos en un envase personalizado con las pastillas que tienen que ingerir cada día e información sobre los horarios.

El sistema consigue altísimos resultados de cumplimiento terapéutico.

La iniciativa tiene, no obstante, algunos inconvenientes:

- El envase en el que se suministran las pastillas es desechable. Es, por tanto, un sistema caro.

- Las Farmacias que realizan este servicio deben desarrollar un trabajo importante añadido. El farmacéutico debe preparar cada semana el envase de cada paciente. Es, por tanto, difícil generalizar un esfuerzo que además no debe suponer un coste añadido para el usuario.

PROGRAMA DEL SERVICIO DE COORDINACIÓN REGIONAL DE DESARROLLO E INNOVACION EN CUIDADOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Tienen previsto repartir 10.000 unidades de organizadores / dosificadores semanales para facilitar el cumplimiento de tratamientos crónicos a través del servicio de enfermeras comunitarias.

PROGRAMAS MUNICIPALES

Varios ayuntamientos madrileños (Boadilla del Monte, Majadahonda, Pozuelo de Alarcón Quijorna y Villaviciosa de Odón) han desarrollado una iniciativa para ayudar a los ciudadanos a cumplir correctamente la prescripción facultativa y regalan organizadores semanales a todos los pacientes que deban tomar de forma regular medicación.

La iniciativa se basa en el criterio de los profesionales que considera que la organización previa y la dosificación personalizada de las medicinas es un buen sistema para combatir los errores en la medicación.

INICIATIVAS PRIVADAS

Algunas clínicas y hospitales proporcionan a los pacientes que reciben el alta médica y que deben seguir en sus domicilios tratamientos médicos, un organizador

semanal. Los médicos informan al paciente de la utilidad y ventaja de la dosificación previa para evitar confusiones.

Estos colectivos han valorado el organizador semanal de medicación como un buen utensilio para ayudar al paciente a afrontar, en su domicilio, el cumplimiento de la prescripción médica.

ASISTENCIA A DOMICILIO

La asistencia a domicilio se ha generalizado. La posibilidad de que el mayor permanezca en su ámbito doméstico se considera un valor añadido. Los cuidadores permanecen unas horas al día con la persona asistida y la única forma de controlar que ésta se toma correctamente la medicación es la dosificación previa que permite eliminar el acceso a las cajas de medicamentos y la supervisión del cumplimiento de los tratamientos

EN QUE CONSISTE EL ORGANIZADOR/DOSIFICADOR SEMANAL

El “organizador” del que nosotros vamos a hablar es una bandeja de plástico con siete cajitas individuales, una por cada día de la semana. Cada una de ellas presenta tres/cuatro compartimentos independientes en los que guardar las dosis correspondientes a las tomas de desayuno, comida, (merienda) y cena.

El propio paciente, o alguien que lo haga por él, se encarga -una vez por semana- de depositar en cada uno de los compartimentos la medicación y la dosis prescrita. El organizador se convierte en un instrumento eficaz -de uso diario- para evitar los errores en la administración de las medicinas, pero además es un aliado imprescindible para neutralizar “los olvidos”, y por lo tanto el incumplimiento, a un paciente abrumado por los tipos de píldoras y de dosis incluidas en su tratamiento médico.

Uno de los colectivos para los que están especialmente indicados todos estos sistemas son las personas mayores, que hoy día pueden llevar una vida activa y prácticamente normal gracias a los fármacos que mantienen a raya sus dolencias más frecuentes: colesterol, artrosis, diabetes, hipertensión... Pero también se trata del colectivo más propenso al olvido y los despistes. Además permite que la persona más cercana, (un hijo, un asistente, incluso un vecino..) se ocupe de dejarles un día de la semana organizadas todas las pastillas. De esta forma será muy difícil que se equivoquen y sabrán fácilmente si se han olvidado su dosis.

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA
COMO MIEMBRO INTEGRANTE DEL EQUIPO
DE ATENCIÓN DOMICILIARIA**

L. Peyró Gregori
P. Llabata Carabal
I. Serra Guillén;
J.V. Carmona Simarro
Universidad Cardenal Herrera-CEU

RESUMEN

La familia como miembro que es del equipo de atención domiciliaria aporta su experiencia, conocimientos y habilidades para la consecución de un objetivo común mediante la planificación conjunta de un plan socio sanitario, sin embargo la sobrecarga que en ocasiones soporta, les hace más vulnerable a padecer algún tipo de trastorno.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos una búsqueda bibliográfica a través de Internet con la base de datos Hispamed y Google®, con las palabras clave “enfermería” y “planificación sanitaria” obteniendo un resultado de 1680 referencias, entre las que se encuentran página Webs, asociaciones, artículos, libros, noticias, etc., que distribuimos entre los autores para su filtro, seleccionando 127 para su revisión y análisis.

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria, cuidado informal, cuidadores informales, dependencia, participación comunitaria, paciente socio sanitario.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA COMO MIEMBRO INTEGRANTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Diversos estudios nos dan a conocer la relevancia que a nivel social y sanitario adquiere la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas dependientes, por ejemplo, un estudio sobre las personas mayores dependientes en España (1), refleja que el 43% de los españoles mayores de 65 años tiene problemas de dependencia en mayor o menor grado, así mismo en el Informe de Necesidades Asistenciales de los Mayores en España (2), se refleja que el coste de la asistencia sanitaria a la población mayor de 65 años, contempla el 77,4% del consumo de medicamentos, el 40-50% de la ocupación hospitalaria y el 50% del tiempo total de asistencia en Atención Primaria.

Todos estos datos revelan la importancia de llevar a cabo medidas concretas encaminadas a cubrir las necesidades asistenciales de las personas dependientes, teniendo en cuenta que en la actualidad, uno de los principales inconvenientes en la prestación de los servicios para la dependencia es según Emilio Moraleda (3) “su actual

fragmentación, es decir, la diversidad del contenido de sus prestaciones y de su naturaleza jurídica”.

La realidad de las actuales estructuras exige una redistribución de los recursos dedicados al cuidado de las personas dependientes. Más concretamente existe la necesidad de incentivar económica y socialmente a las familias que asumen el cuidado de las personas dependientes; es necesario promover la formación de personal especializado capaz de detectar las necesidades de dependencia de las personas dependientes y de sus cuidadores informales; es también esencial proveer de servicios socio-sanitarios adecuados que permitan la convergencia entre la asistencia social y sanitaria.

El objeto de esta reflexión es potenciar el medio (físico, emocional y social) en el que se desenvuelve la vida del paciente dependiente, con el fin de mejorar y fomentar esos recursos en beneficio no solo del paciente sino también de la sanidad y de sociedad en general.

La familia es la principal fuente de apoyo social y personal en todos los períodos de la vida y más especialmente en los momentos de mayor dependencia como la infancia, enfermedad, vejez. Aunque no hay estudios que demuestren claramente el hecho de que el cuidado en el domicilio de los pacientes socio-sanitarios oferta una mejor calidad de vida respecto a los cuidados institucionalizados, si que existen estudios en los que se demuestra cómo las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las situaciones adversas y los momentos de estrés, además todos estamos de acuerdo en que el domicilio es el entorno habitual idóneo para el cuidado del paciente socio-sanitario siempre que el propio paciente no requiera unos cuidados especializados y cuando el soporte familiar es el adecuado. El domicilio es un espacio que puede contribuir a la calidad de vida del paciente socio-sanitario dado que este contexto es facilitador de las actividades de la vida cotidiana a la vez que permite satisfacer las necesidades tanto físicas como emocionales contribuyendo a una mejora de la autoestima del paciente y de sus cuidadores informales.

Se concibe la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos y sus familias asumen la responsabilidad de su propia salud y los de la comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad”. Es la propia Organización Mundial de la salud quien ya en 1978 defiende la participación comunitaria entendiéndola que “los integrantes de la comunidad deben contribuir al desarrollo sanitario y a la mejora de la salud de la población participando en la planificación, organización y evaluación de la atención primaria de salud”.

La atención domiciliaria consistiría en la realización de todas aquellas actividades de carácter socio-sanitario y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con el objetivo de detectar, valorar dar apoyo y hacer un seguimiento a la persona con problemas de salud y de su familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida.

La atención domiciliaria se plantea como alternativa para el abaratamiento de la asistencia puesto que cada día es mayor el número de personas con dependencia

socio-sanitaria lo que conlleva un incremento de los costes de la atención derivados, generalmente, del consumo de recursos hospitalarios o de instituciones que prestan la atención, cuando el paciente socio-sanitario es atendido en el domicilio logramos un descenso de los costes directos derivados de la hospitalización o de la institucionalización, cuyo pago es desplazado a la familia.

Sin embargo la mayoría de los cuidados suele recaer sobre un miembro concreto de la familia, centrándose su actividad cotidiana en atender al otro, lo que puede traer como consecuencia una sobrecarga física y emocional resultado de la falta de descanso, disminución de las relaciones sociales, sentimientos de culpabilidad, aprendizaje y realización de tareas desagradables y en ocasiones dolorosas dirigidas hacia personas a las que se sienten emocionalmente unidas lo que incrementa el sentimiento de culpabilidad.

Partiendo de este supuesto y siendo conscientes de que los cuidados institucionalizados de larga estancia no llegan a cubrir todas las necesidades del paciente socio-sanitario, es importante la atención a la familia que convive con un paciente socio-sanitario puesto que como ya hemos indicado los cuidadores soportan un grado muy intenso de estrés debido a la intensidad y continuidad de los cuidados, además de una carga emocional, económica y psicológica elevada. Será por tanto una actividad importante a realizar por el equipo de atención domiciliaria el prevenir y promover la salud del cuidador informal con el fin de evitar entre otros el síndrome de cuidador quemado, además de valorar las condiciones de los domicilios, realizando intervenciones para mejorar las condiciones de salubridad o de riesgo de accidentes domésticos.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL CUIDADOR INFORMAL

La intervención enfermera tiene que ir dirigida necesariamente a la búsqueda de vías de disminución de la incidencia y de minimización de los resultados de la enfermedad o discapacidad no solo del paciente dependiente sino también de sus cuidadores informales.

Como ya hemos comentado es importante el porcentaje de personas dependientes que convive en familia. Un estudio (4) afirma que en un 12% de las viviendas familiares se practica algún tipo de ayuda informal a personas mayores y que un 5% de las personas adultas, definen uno de sus roles como el de cuidador. Es importante pues valorar el proceso familiar en todas sus dimensiones, especialmente en el caso en el que se de una familia con un paciente dependiente, dicha valoración irá focalizada o encaminada no solo al paciente dependiente sino también su cuidador principal (estado de salud, capacidades para el cuidado, recursos personales y de apoyo de que dispone, etc.).

Existen diversos instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y que nos pueden ayudar a valorar la salud del cuidador los más utilizados en atención domiciliaria son la Escala de Valoración Socio-Familiar, la Escala de Zarit y la escala de depresión de Yesavage.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

- Suma 1 punto cada respuesta contestada
- 1.- ¿Está satisfecho con su vida?
- 2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?
- 3.- ¿Siente que su vida está vacía?
- 4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?
- 5.- ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?
- 6.- ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?
- 7.- ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?
- 8.- ¿Se siente a menudo abandonado?
- 9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?
- 10.- ¿Cree tener más trastornos de memoria que los demás?
- 11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?
- 12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?
- 13.- ¿Se siente lleno de alegría?
- 14.- ¿Siente que su situación es desesperada?
- 15.- ¿Cree que mucha gente se encuentra en mejor que usted?

PUNTUACIÓN TOTAL

de 0 a 5 puntos

Normal

de 6 a 9 puntos

Depresión leve

10 puntos o más

Depresión establecida.

Además de evaluar la salud mental y la carga del cuidador principal es necesario evaluar los patrones de comunicación que utiliza la familia, sus valores, cómo se relacionan con la comunidad, si comparte con alguien más el papel de cuidador..

Es muy conveniente también observar que el domicilio este adaptado para satisfacer las necesidades del paciente dependiente, procurando que el mismo disponga de:

ESCALA DE CARGA DE ZARIT

Entrevista sobre la carga del cuidador

Nombre	Fecha	Expediente
<p>Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastantes a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p>0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre</p>		
1A.	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/>
2A.	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	<input type="checkbox"/>
3A.	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	<input type="checkbox"/>
4B.	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	<input type="checkbox"/>
5B.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>
6B.	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>
7A.	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	<input type="checkbox"/>
8A.	¿Cree que su familiar depende de usted?	<input type="checkbox"/>
9B.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>
10A.	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>
11A.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>
12A.	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>
3A.	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>
14A.	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuida, como si usted fuera la única persona de quien depende?	<input type="checkbox"/>
15C.	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	<input type="checkbox"/>
16C.	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/>
17B.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	<input type="checkbox"/>
18B.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	<input type="checkbox"/>
19B.	¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	<input type="checkbox"/>
20C.	¿Cree que debería hacer más por su familiar?	<input type="checkbox"/>
21C.	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	<input type="checkbox"/>
22A.	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>

Anexos

- Ventilación y mantenimiento de la temperatura adecuada.
- Iluminación apropiada para facilitar la visión.
- Suelos antideslizantes y fáciles de limpiar.
- Electrodomésticos y teléfono fácilmente utilizable.
- Mobiliario ajustado a las necesidades y adaptado a la situación de dependencia.
- Adaptaciones especiales de los lugares de especial riesgo para la seguridad como cocina y baño.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

No debemos olvidar la alternativa a la institucionalización, por los beneficios que se obtienen en todas las áreas.

Desde la atención domiciliaria, debemos procurar un cuidado integral no solo del paciente socio-sanitario sino también de todo el núcleo familiar que convive con el mismo.

Hacer especial hincapié en el cuidador principal por la carga física, emocional y económica que soporta.

GLOSARIO

Atención domiciliaria: Realización de todas aquellas actividades de carácter socio-sanitario y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con el objetivo de detectar, valorar dar apoyo y hacer un seguimiento a la persona con problemas de salud y de su familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida.

Paciente socio-sanitario: Paciente o persona dependiente (mental, física o económica) que padece un trastorno de larga evolución.

Participación comunitaria: Proceso mediante el cual los individuos y sus familias asumen la responsabilidad de su propia salud y los de la comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad”.

Dependencia: Situación en la que la persona no puede llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

Cuidadores informales: Asistencia proporcionada por la familia, amigos, vecinos, en actividades de la vida diaria a otra persona que por sus condiciones físicas y/ o psíquicas es incapaz de mantenerse a si misma.

Cuidado informal: Fuente de cuidados que permiten que el paciente socio-sanitario pueda seguir viviendo en su hogar sin necesidad de ser institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA

- “Las personas mayores dependientes en España: análisis de la evolución futura de los costes asistenciales. Publicado en 2000 por el instituto para la Mejora, Promoción e Innovación de la calidad de vida de las personas mayores (edad & vida).

- Informe de Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Previsión al año 2010.I Foro de Envejecimiento y salud

- Emilio Moraleda .Presidente de la Fundación Pfizer.I Foro de Envejecimiento y salud.

- INSERSO (1996)
- D^a Pilar Pastor López, Victoria Morín Fraile. Características de la atención a los ancianos desde la atención primaria. E.U.E. “Blanquerna” Universidad Ramón Llull. Barcelona
- Novel Martí G, Lluch Canut M^a T, et al. Enfermería Psicosociología y Salud mental. Barcelona: Masson, 2000.
- Martín Zurro A, Cano Pérez, J.F. Manual de atención primaria. 2^a edición. Barcelona: doyma, 1989.
- Mantovani M. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Comisión de Empleo y Asuntos Sociales. Parlamento Europeo. Diciembre. 2002.

INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES EN LOS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Ismael José Estevan González

*Director del Centro de Acogida e Inserción para personas sin hogar de Alicante.
Enfermero del Servicio de Ayuda Médica Urgente (San Vicente del Raspeig).*

Milagros A. Martínez Pérez

*Auxiliar de Enfermería de la Residencia Geriátrica “El Catí” de Elda.
Estudiante de Enfermería de 2º. Curso Universidad de Alicante.*

INTRODUCCIÓN

La bibliografía constata la importancia que tienen los aspectos biosociales en los grandes síndromes geriátricos, así como la influencia que el conocimiento y uso de estos conlleva en la incidencia y prevalencia de estos grandes síndromes, y en definitiva en la calidad de vida del usuario gerontológico.

Además esta misma bibliografía detalla muy bien las diferencias entre las valoraciones clínicas estrictas y las valoraciones multifactoriales e interdisciplinares, en las que son tenidos en cuenta otro tipo de aspectos.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica y técnicas de consenso grupal, con observación directa en un centro socio-sanitario.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la realidad del anciano ante un gran síndrome geriátrico, si se han tenido en cuenta o no los aspectos bio-psico-sociales.

Objetivos específicos:

- Constatar los resultados obtenidos en la bibliografía teniendo en cuenta la disminución de incidencia y prevalencia de estos grandes síndromes, según han sido tenidos en cuenta los factores clínicos y/o bio-sico-sociales.

- Detectar la necesidad de hacer una valoración geriátrica integral completa y exhaustiva a la hora de tratar estos síndromes geriátricos.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1. IMPORTANCIA DE LOS ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES EN LA TERCERA EDAD.

El envejecimiento comporta una disminución progresiva de algunas funciones superiores, como memoria, capacidad de aprendizaje o control emocional, una reducción de la agudeza sensorial y de la destreza y fuerza motora, y una pérdida de eficiencia de los sistemas reguladores del organismo, que lleva a un aumento de la morbilidad.

En efecto, los estudios de morbilidad en ancianos demuestran que un 75% de estos presentan algún síntoma, y decimos síntoma y no signo demostrando así la dife-

rencia real que existe entre lo subjetivo y lo objetivo y por lo tanto la dificultad y/o diferencia en el tratamiento posterior.

En ninguna persona y mucho menos en el anciano es fácil determinar cuando terminan los factores fisiológicos y cuando empiezan los factores patológicos, y además si estos factores patológicos son debidos a causas físicas, psíquicas, sociales o a una mezcla de ambas. Esto adquirirá una importancia grande en la valoración del anciano y en su posterior tratamiento, teniendo en cuenta que no existen enfermedades exclusivas del anciano, pero sí aspectos que cambian, como son:

- La frecuencia de la enfermedad.
- La facilidad para que se instaure la enfermedad.
- Las repercusiones físicas, psíquicas y sociales de la enfermedad.

El problema que nos encontramos con el tratamiento de cualquier enfermedad es localizar su causa orgánica para así poder tratarla, pero gran error cometeríamos si olvidáramos otro tipo de consecuencias, incluso factores causales de tipo psicosocial, que de no reconocerlos y tratarlos, retrasarán, incluso no permitirán la curación completa de la patología “principal” detectada, como son:

- Depresión.
- Inseguridad.
- Labilidad Emocional.
- Aislamiento Social.
- Etc.

En este trabajo vamos a hablar de grandes síndromes geriátricos, en las que tiene que ver una causa orgánica de entrada, pero este trabajo no sería completo si olvidáramos las enfermedades invalidantes y/o que afecten a las actividades de la vida diaria (AVD) y que su origen principal no esté en una causa orgánica.

Esto es muy importante ya que cuando comparas el grado de invalidez en ancianos institucionalizados y los no institucionalizados se observan grandes diferencias a favor de los no institucionalizados.

Aunque este no es un trabajo donde se hable de las escalas de valoración queremos hacer una breve reseña sobre estas, ya que en nuestra experiencia profesional en una residencia geriátrica nos encontramos, que aquí se observaba un gran problema; ya que era muy difícil comparar lo anterior, debido a que la mayoría de ancianos no habían sido valorados, otros solamente en una de las partes y además cada uno con una escala diferente.

Debido a ello la Consellería de Bienestar Social y debido a su Plan de Calidad de Residencias Geriátricas públicas y/o concertadas obligó a estas al cumplimiento de 33 Indicadores (esto se llevó a cabo para garantizar unos cuidados homogéneos en cualquiera de sus residencias), entre los cuales estaba la Valoración Geriátrica Integral, realizada esta por un equipo Interdisciplinar y Multidisciplinar (Psicólogo/a, T. Social, Médico/a, DUE, Fisioterapeuta, etc.), y que comprendía la Escala de Norton (valoración del riesgo de padecer UPPs), la Escala de Barthel (valoración de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria) y el Minimental Test (valoración cognitiva del anciano).

Estas valoraciones tienen una importancia manifiesta por su valor como escalas, pero además por las posibilidades de comparación que nos confieren. Y así utilizando estas escalas vemos que un anciano que va perdiendo vínculos por defunción o ruptura, y según hallan desarrollado pautas de adaptación a esos cambios y/o pérdidas psíquicas y/o sociales, a la presencia de enfermedades y/o limitaciones, serán capaces de conservar un buen nivel de satisfacción personal y de calidad de vida.

Por ello observamos que la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales es especialmente importante en los ancianos, ya que debido al riesgo de polipatología y/o pluripatología y por lo tanto el riesgo de padecer diversos déficits será diferente dependiendo de los recursos biológicos y psíquicos y como interactúen entre sí, provocando esto una mayor o menor calidad de vida. Por lo tanto en estas personas es prioritario dirigir esfuerzos a disminuir molestias y desajustes, y a fomentar la autonomía y calidad de vida.

A veces la sociedad, otras el propio anciano y otras ambos tienden a infravalorar las posibilidades de mejora de las capacidades y la salud de este tipo de pacientes.

El anciano suele vivir su enfermedad como un anuncio de su muerte y como un paso más hacia la devaluación personal y el rechazo social, por ello experimentan gran ansiedad y desespero ante cada nueva enfermedad, situación esta que se traduce en grandes necesidades de apoyo, comprensión y atención por el equipo asistencial, convirtiéndose el anciano en una persona agradecida a estas atenciones y actuaciones correctas, pero extremadamente vulnerable a las desatenciones y actuaciones incorrectas.

En párrafos anteriores hablábamos de la importancia de la valoración integral del anciano (escalas, historia clínica, etc.), pero no hablamos de la dificultad de llevar a cabo estas valoraciones debido a los problemas de comunicación y/o comprensión, a los déficits sensoriales y/o mentales, a su estado de desmotivación y/o depresión, etc.

Cuando hablamos de ancianos, podemos hablar de enfermedades crónicas con etiología multifactorial compleja, ya que además de la causa orgánica, la intervención de otros factores va a determinar de manera directa la curación y/o alivio de esa enfermedad.

Los Factores Sociales van a determinar en gran medida, la cantidad, recursos, contactos físicos, químicos, biológicos y psíquicos con incidencia en la salud del paciente anciano.

Los Factores Psíquicos van a determinar la conducta operativa, los hábitos, estilo de vida y las opciones personales, mediante las que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos y cargas que recibe.

Mucho más difícil es identificar y cuantificar influencias de factores psíquicos y sociales concretos en la aparición y curso de enfermedades crónicas concretas, por la importancia de los factores subjetivos y por las dificultades metodológicas que entraña la estrecha interacción y la larga evolución de los factores implicados.

Cuando la enfermedad es incapacitante, amenaza gravemente el equilibrio existencial del paciente. Con la pérdida de capacidades se devalúan la posición y la función social y familiar del paciente y se produce el aislamiento social. Además suelen aparecer tensiones y cambios en los papeles y relaciones del paciente.

El curso de la enfermedad, el fracaso de las sucesivas expectativas terapéuticas y las pérdidas sociales y personales van sumiendo al paciente en la desesperanza, el desamparo, la apatía y socavan su autoestima.

Se ha visto a lo largo del tiempo que la capacidad de adaptación y el tipo de respuesta a la enfermedad dependen más de los recursos y características psicosociales del paciente y del grado de incapacitación, que del tipo de enfermedad.

Teniendo en cuenta que el primer objetivo es la curación de la enfermedad, este será difícil de conseguir si no se dispone de tratamientos resolutivos.

Una cuestión importante y en la que se debe insistir es la prevención primaria, cuestión difícil cuando los medios de que se dispone son de eficacia modesta, no siempre comprobados, muy costosos, debido a su incidencia en hábitos, estilos de vida o factores ambientales.

Para ello el esfuerzo asistencial debe centrarse en:

- Mejorar el cuadro clínico, disminuyendo molestias y disfunciones.
- Restaurar las funciones y capacidades fisiológicas, motoras, sensoriales, mentales, laborales, familiares y recreativas perdidas o disminuidas.
- Conseguir el máximo nivel de autonomía y reinserción social.
- Implicar al paciente crónico en la selección y control de su propio tratamiento.

Conviene discutir y valorar con el paciente el plan asistencial, así como informarle de las razones, objetivos, ventajas e inconvenientes de las medidas a tomar y de sus posibles alternativas.

La participación del paciente en la elaboración del plan permite conocer mejor sus deseos, necesidades y temores respecto al tratamiento; mejora el cumplimiento y es terapéutico porque contribuye a desarrollar los aspectos más adultos y activos del paciente. Por el contrario una relación pasiva a demostrado tendencias regresivas por el paciente.

Como ya comentamos anteriormente al hablar de las valoraciones, historial, etc. se ha demostrado que es necesaria y positiva la participación de un equipo Interdisciplinar bien coordinados, y conociendo los objetivos de los otros para poder adecuar mutuamente sus actuaciones.

Se recomienda confeccionar, en colaboración con el paciente, un programa de medidas generales sobre dieta, alcohol, tabaco, café, ejercicio físico, sueño, cuidados personales, actividad sexual, cambios en la rutina, aficiones y actividades recreativas, que sea adecuado a las necesidades terapéuticas y a los gustos y recursos del paciente.

Para reducir el impacto psíquico y social de la enfermedad, es muy importante que la información que se da al paciente sea clara, veraz e inteligible por el paciente desde el primer momento. Convenciendo al paciente de que el tratamiento propuesto es el mejor posible, asegurando un lugar para la esperanza.

Si esta información se gestiona correctamente en base a lo citado anteriormente, el paciente, tiene más posibilidades de desarrollar respuestas maduras y adaptativas frente a la enfermedad y así poder asumir su cuota de responsabilidad en el tratamiento.

Aun teniendo en cuenta todo lo anterior nos podemos encontrar pacientes con actitudes dependientes, mala tolerancia al tratamiento y frustración. No quedando más remedio que adoptar una actitud respetuosa pero firme, abordando con cautela y realismo los objetivos y expectativas terapéuticas.

Hay que tener en cuenta que en el paciente crónico y en mayor medida si es anciano la depresión es habitual, sobre todo en enfermedades invalidantes. A veces esta depresión es coincidente o bien sintomática de la propia enfermedad, planteando un origen endógeno o exógeno.

Dependiendo del tipo de depresión esta se puede presentar con escasos síntomas afectivos o cognitivos, o bien alteraciones de la conducta, amplificación de síntomas, pensamientos hipocondríacos, rechazo a la medicación, dolores, olvidos, etc.

Muchas veces influye en estas depresiones el cambio de “roles”, que debido a la cultura actual donde predominan ciertos prejuicios y estereotipos, hace sentirse al anciano inútil y no deseado, haciéndolo sentir inferior y como una carga para sus familiares.

El anciano a veces se vuelve más egocéntrico, tacaño, preocupado por su salud en exceso, inseguro, etc. modificando incluso su vida emocional, tendiendo a ser apáticas, menos entusiastas y con menos respuestas, a veces son capaces hasta de esconder sentimientos positivos.

Los estudios indican que no se produce un envejecimiento negativo o positivo, sino un envejecimiento según se ha vivido, y en base a unos perfiles, costumbres y forma de ser.

Si observamos el estudio de Bonn sobre el envejecimiento vemos que este estudio muestra que la edad cronológica solo aclara una parte de toda la variación del desarrollo intelectual, influyendo otra serie de factores externos en el desarrollo de capacidades de todo tipo (físicas, psíquicas, sociales, comunicativas, etc.).

Está demostrado que todas las funciones, actitudes, aptitudes, facultades mentales, etc. que no se utilizan, acaban por atrofiarse. Por eso hay que procurar un entrenamiento continuo de esas capacidades personales.

Al final cuando reflexionas sobre todo lo anterior te encuentras con la eterna pregunta de: ¿Añadir años a la vida? o ¿Añadir vida a los años?.

En los centros geriátricos y en mucha de la bibliografía consultada la respuesta se declina más hacia lo segundo, y hasta cierto punto lógico de añadir vida a los años que vivamos, ya que de que vale vivir muchos años en los que no hay disfrute de esa vida, pero cuando hablas con ancianos y además reflexionas sobre todo lo que te van diciendo, te vas dando cuenta de que muchos temen a la muerte, que a veces potencian incluso una mayor dependencia para así recibir un mayor cuidado (sobre todo en ancianos institucionalizados), y que por lo tanto la respuesta que ellos dan es cuanto más viva mejor y por supuesto en las mejores condiciones posibles.

Sí se tiene claro esto observamos que en la ancianidad y sobre todo en las enfermedades crónicas, la enfermedad física y su tratamiento es muy importante, pero mucho menos que los aspectos bio-psico-sociales que van a intervenir y por lo tanto influir de manera positiva o negativa según son gestionados por el anciano y sus cuidadores.

2. ALTERACIONES DE LA PIEL:

Con el paso de los años, la piel sufre una serie de cambios estructurales y modificaciones que al contrario de lo que ocurre con otros órganos son visibles al ojo humano.

El proceso de envejecimiento, en este órgano es en consecuencia más latente y difícil de ignorar. No es igual ni homogéneo, depende de las distintas zonas de la piel, las condiciones climatológicas, razas, factores genéticos, hábitos alimentarios y estilo de vida.

Las alteraciones más frecuentes en los ancianos son: Tumores, eczemas, pruritos, úlceras en las piernas, psoriasis, etc.

CAMBIOS INHERENTES AL ENVEJECIMIENTO:

Sufre unas modificaciones que afectan no solo al aspecto físico, sino a otros procesos corporales, algunas de ellas son:

- Pérdida de elasticidad y deshidratación, la piel aparece seca y rugosa.
- Aumentos de la melanización y aparición de manchas hepáticas, parduscas o lentigo senil.
- Palidez en cara y cuello.
- Aumento de la fragilidad cutánea, con mayor riesgo de lesiones y heridas.
- Función fotoprotectora disminuida, por lo que es de vital importancia el utilizar una protección adecuada.
- Las células de Langerhans disminuyen su reacción inmunológica.
- Proliferación de verrugas seniles.
- Desarrollo de la papada y aparición de edema en los párpados.
- Pérdida de grasa subcutánea, con lo que disminuye su tolerancia al frío.
- Las mamas son flácidas y de menor tamaño, pudiéndose producir rozaduras.
- En ocasiones aumento del vello facial en las mujeres mayores de 60 años.
- Disminución de la sensibilidad al dolor y a la presión.
- Cambios vasculares.
- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Disminución del vello púbico y axilar.
- Disminución de la coloración.
- Aparición de canas.
- Uñas frágiles y especialmente duras en los piel, crecimiento lento.

LESIONES CUTÁNEAS MÁS FRECUENTES EN EL ANCIANO:

• Tumores benignos, Tumores malignos, Dermatitis, Telangiectasias, Angiomas seniles y Herpes zoster.

CONCLUSIONES:

Las alteraciones cutáneas presentan:

- Incidencia del cáncer cutáneo en las personas más expuestas a las radiaciones lumínicas.

- Incidencia en aquellas áreas que habitualmente sufren mayor exposición a las radiaciones solares.
- Incidencia elevada en las personas de edad avanzada.
- Elevada frecuencia de lesiones cutáneas y cancerosas en individuos de piel clara y menor capacidad de pigmentación.

ÚLCERAS POR DECÚBITO (UPP):

Denominamos úlcera por decúbito o presión a aquellas que aparecen tras una presión prolongada y excesiva de los tejidos blandos que cubren una prominencia ósea, con pérdida circunscrita parcial o total de la piel. Se trata de lesiones que se producen en un tiempo muy corto pero que precisan mucho tiempo para su curación.

3. ENVEJECIMIENTO SENSORIAL:

3.1. OCULAR: Glaucoma, catarata, retinopatía diabética, presbicia o presbiopía, trastorno seniles de los párpados, enfermedades degenerativas de la córnea y esclerótica.

3.2. AUDITIVO: Presbiacusia.

4. ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO:

4.1. DEMENCIAS: Se pueden dividir de la siguiente manera:

a) Con patología predominantemente cortical: Enfermedad de Alzheimer, Demencia cerebrovascular.

Sus manifestaciones son: pérdida de memoria, confusión, grado de desorientación, problemas del lenguaje-comunicación, capacidad motora.

b) Con patología predominantemente subcortical: (Enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, Enfermedad de Wilson, Esclerosis múltiple). Los signos son sobretodo motores y afectan a los movimientos involuntarios y a las condiciones prerrequeridas para la realización correcta de los movimientos voluntarios, es decir, el tono muscular y el uso de esquemas motores preestablecidos.

4.2. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV): El accidente vascular cerebral (ACV) es la patología neurológica más frecuentes. Su incidencia es del 150 por 100.000 habitantes. La principal causa es la arteriosclerosis y el embolismo consecuente. El signo y síntoma principal es la debilidad motora (hemiparesia, hemiplejía), alteraciones de la sensibilidad, alteraciones del lenguaje (disfasia, afasia), vértigo. Las lesiones y sus signos dependerán fundamentalmente del sistema vascular afectado.

5. ALTERACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO:

Desde el punto de vista respiratorio, el envejecimiento es un proceso que de por sí conlleva a una disminución de la capacidad ventilatoria del pulmón secundaria a disminución de la elasticidad pulmonar, sin mencionar los trastornos derivados de las alteraciones óseas de la caja torácica derivadas de la vejez. Si a esto agregamos el hábito de fumar, la exposición laboral durante años a agentes nocivos en ciertas

ocupaciones y la contaminación ambiental la magnitud del problema puede alcanzar una importancia insospechada.

- Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA)
- Insuficiencia Respiratoria Crónica (IRC)
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, E.P.O.C:
bronquitis crónica, enfisema y bronquiolitis.

6. ALTERACIONES CARDIOVASCULARES:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en ancianos en España, tal como indica los datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística. Las enfermedades cardiovasculares más importantes son: Aterosclerosis, Hipertensión arterial, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardíaca, Arritmias y trastornos de la conducción, Aneurisma de aorta abdominal, Arteriopatía periférica.

7. ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS:

Osteoporosis, osteomalacia, artrosis, artritis.

8. ALTERACIONES BUCALES Y DIGESTIVAS:

INTRODUCCIÓN: A pesar del “estado del bienestar” del que gozan la mayor parte de los países del mundo occidental, la salud oral de sus ancianos dista mucho de ser satisfactoria.

1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA CAVIDAD ORAL: A lo largo de la vida se suceden numerosos cambios en la cavidad oral de los que es difícil distinguir cuáles son directamente relacionados con el envejecimiento y cuales son situaciones secundarias al uso, desgaste o a la patología de los elementos que componen la cavidad oral.

2. LA CARIES: La caries es una enfermedad infecciosa que produce una destrucción de los tejidos mineralizados del diente.

3. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: A medida que las personas mayores retienen más dientes, aumenta la probabilidad de que padezcan afecciones de encía o, lo que es lo mismo, periodontales. La enfermedad periodontal constituye la segunda causa, después de la caries, de pérdida dental en las personas de edad avanzada.

4. LA PATOLOGÍA ORAL: Inflammaciones e infecciones orales, Xerostomía

5. DISFAGIA: Puede ser debida a obstrucción intrínseca o extrínseca, a alteraciones neuromusculares, y a trastornos orofaríngeos, tanto de masticación como de sequedad de la boca (xerostomía), que dificulta la lubricación del bolo alimentario.

6. ACALASIA: Es un trastorno de motilidad esofágica, que se caracteriza por la falta de peristaltismo y la relajación incompleta el esfínter esofágico.

7. ESOFAGITIS POR REFLUJO: Es una complicación del reflujo gastroesofágico normal, que se asocia con la hernia de hiato.

8. GASTRITIS ATRÓFICA: La gastritis crónica, cualquiera que sea su intensidad, suele ser consecuencia del proceso de envejecimiento.

9. CIRROSIS: La cirrosis hepática constituye la fase final e irreversible de distintas enfermedades hepáticas.

10. SÍNDROME DIARREICO: Es el aumento del número de deposiciones diarias con disminución de la consistencia de las heces.

11. ESTREÑIMIENTO: Consiste en un trastorno en la evacuación de las heces de manera que el intervalo entre una y otra es superior a las 48 horas.

12. CÁNCER DE RECTO: Es una de las afecciones quirúrgicas más frecuentes. Predomina en el sexo masculino, se presenta con mayor frecuencia entre los 60- 80 años de la vida.

9. ALTERACIONES RENALES:

1. HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA: Es la principal afectación urológica en geriatría. Afecta mayoritariamente a los varones de más de 50 años y su incidencia aumenta claramente con la edad.

2. INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO: Se trata de un síntoma, no de una enfermedad. La incontinencia urinaria es el síntoma del tracto urinario inferior más común en la población geriátrica, constituyendo causa frecuente de incapacidad física, psíquica y social.

3. INFECCIONES URINARIAS: Se caracteriza por la presencia de microorganismos patógenos en cualquier parte del tracto urinario desde el meato hasta el riñón.

Se denominan :

• Según su localización:

- Inferiores (uretritis, cistitis, prostatitis)

- Superiores (pielonefritis)

• Según su características:

- Espontáneas

- Recurrentes (recaída o reinfección)

Las mujeres son más propensas a padecer infección urinaria por que su uretra es mas corta y por la proximidad con la vagina y el recto.

4. TUMORES RENALES:

El carcinoma renal constituye el 85-95% de los tumores malignos del parénquima renal de los adultos. Afecta sobre todo a personas, con incidencia máxima entre los 60-80 años.

5. TUMORES VESICALES:

Son los más frecuentes de los tumores genitourinarios, con especial incidencia en la tercera edad, y también uno de los tumores malignos más frecuentes en la población general.

10. ALTERACIONES METABÓLICAS:

1. DIABETES MELLITUS:

Es un proceso crónico evolutivo que se caracteriza por una secreción anómala de insulina, hiperglucemia y una variada gama de complicaciones propias de cada órgano afectado, y que resulta de distintos factores ambientales y hereditarios.

Según la gravedad de la alteración en la secreción de insulina, la enfermedad se clasifica en:

1. Diabetes mellitus insulino dependiente o tipo I: Comprende a todos los enfermos que muestran una estricta dependencia de administración exógena de insulina para evitar la aparición de cetoacidosis y muerte.

2. Diabetes mellitus no insulino dependiente o tipo II: Comprende enfermos que pueden, o no, utilizar insulina para controlar los síntomas de la enfermedad pero que no la necesitan para sobrevivir.

3. Diabetes asociada con pancreatocoma.

4. Diabetes gestacional.

5. Intolerancia a la glucosa: Define aquellas situaciones en que aparecen glucemias mayores a las normales pero inferiores a las diagnosticadas.

Los síntomas más frecuentes: prurito, infecciones recurrentes, poliuria y polidipsia, pérdida de visión, impotencia.

Complicaciones tardías: Neuropatía, arteriosclerosis precoz, enfermedad vascular periférica, infarto de miocardio, retinopatía, cetoacidosis...

Complicaciones: Coma diabético, Complicaciones vasculares de la diabetes, Gangrena diabética

2. HIPERLIPOPROTEINEMIAS:

A) Hipercolesterolemia familiar: Es una alteración del metabolismo de los lípidos que se caracteriza por niveles altos de colesterol sérico por lo que se produce un aumento de receptores para las LDL en plasma y acumulación de colesterol LDL en vasos sanguíneos.

B) Tipo III: Se caracteriza porque hay aumento de colesterol y de los triglicéridos y el suero es lechoso. La enfermedad tiene dos formas: una familiar y otra adquirida.

C) Tipo IV: Hay un aumento de los triglicéridos con colesterol normal.

Los objetivos terapéuticos se valorarán en función de los factores de riesgo cardiovascular, edad, incapacidades y problemática social acompañante.

11. EL CANCER EN LA VEJEZ:

El considerar "anciano" a una persona mayor de 65 años se basa únicamente en cuestiones económicas, y fue inicialmente definido así por las agencias de seguros, de cara a la jubilación.

En el medio sanitario, no podemos considerar ancianos a las personas de esa edad, generalmente con una excelente situación física y mental.

El anciano terminal: Son pacientes "no susceptibles de medidas agresivas" se debe continuar inicialmente el tratamiento de base de la enfermedad, para no provocar malestar, sin utilizar instrumentos o técnicas que puedan empeorar una situación estabilizada y controlada. Lo que diferencia o complementa a la geriatría respecto al resto de especialidades médicas es la utilización de la "valoración geriátrica" para definir la situación del anciano en los aspectos médicos, funcional, mental y social a lo largo del tiempo.

La agonía y el duelo: La agonía es el período inmediatamente anterior a la muerte, y se produce en casi todos los pacientes.

Aspectos espirituales: El mejor control sintomático y farmacológico puede ser inútil si el enfermo o la familia pierden la esperanza. Es esencial en este aspecto, incluso por miembros de su parroquia o consejeros espirituales de su religión. En el caso de ancianos, éste suele quedar en una situación de gran riesgo médico, psicológico y social, pasando a vivir solos y generalmente con penuria económica, situación que define al “anciano frágil”.

12. VEJEZ Y MUERTE:

Proceso de morir: Existen dos modos:

- Modo tradicional: Donde es un encuentro del hombre con la muerte, rodeado de familiares, mediante una ceremonia compartida, y la donde la persona es conocedora de su propia muerte.

- Modo tecnológico: Donde se produce por un cambio social y progreso de la técnica, bienestar y relativismo cultural. La muerte es medicalizada, con lo cual despersonalizada. La persona muere fuera de su casa, rodeado de personas extrañas.

Actitudes ante la muerte del anciano:

Son culturalmente transmitidas, la muerte del anciano es vivida con menor sensación de tragedia, son menores las responsabilidades sociales y menor dependencia de él, estadísticamente es más frecuente, es una confirmación del hecho (las muerte es cosas de viejos), todo esto da mayor facilidad para aceptar la muerte.

Actitudes del anciano ante la muerte:

Las pérdidas sucesivas puede afligir al anciano, pérdidas fisiológicas, de seguridad y confianza en los demás, de pertenencia o integración, de reconocimiento y estima, de superación y confianza en sí mismo.

Respuestas ante las dudas del anciano:

Se le suele cambiar el tema de conversación, se calla y se aleja de él como si no se le hubiera oído, se adopta más o menos cínicamente posturas fatalistas, se suele trasladar la respuesta a otros, y contestar con evasivas.

La experiencia de la muerte en otros y la propia muerte cercana hacen que las personas mayores piensen más en la muerte.

Sin embargo los ancianos valoran la muerte menos negativamente. Son capaces de afrontar y aceptar plenamente el hecho de su propia muerte. No basta con los años vividos, sino lo satisfechos que estén de su vida.

Expresar el miedo a morir:

No es fácil transmitir los sentimientos a un extraño. Consideran que a su edad no es socialmente aceptable tener miedo a morir. Sin embargo admitir el miedo a la muerte puede liberar la ansiedad de la misma.

LA PERSONA MAYOR ANTE LA MUERTE:

Aunque la muerte nos rodea a todos, se suele contemplar como algo que afecta a los demás, no a uno mismo. El envejecimiento, por sí mismo, condiciona un pronós-

tico de vida limitado. Algunas actitudes ante la muerte están asociadas a la edad, aunque lo que prevalece es la percepción individual.

Por otra parte, la persona que sufre la pérdida de un ser querido debe abordar un proceso de duelo que también está condicionado por la edad. La persona mayor suele sufrir continuas pérdidas, de seres queridos, de salud, de libertad y de capacidades, que no le permiten recuperarse para afrontar un nuevo proceso de duelo. Sobre todo cuando se trata de la pérdida de pareja, el anciano entra en situación de alto riesgo con probable afectación grave de su salud física y psicológica.

ACTITUDES ANTE LA MUERTE: DE LA NEGACIÓN A LA ACEPTACIÓN:

El proceso de la muerte ha sido estudiado por psicólogos, sociólogos, médicos y otros profesionales. El modelo propuesto por Kubler-Ross en 1969 para interpretar el proceso es el más conocido, aunque ha recibido numerosas críticas. Supone cinco estadios por los que pasaría el paciente moribundo hasta llegar a una etapa final de aceptación de la muerte.

La negación y el aislamiento constituyen la fase inicial, una vez que se conoce el pronóstico de muerte. Se da en la mayor parte de los pacientes y es más angustiada y duradera cuando la noticia es comunicada bruscamente y por una persona no preparada específicamente para ello. Esta fase no es solo característica del comienzo de la enfermedad, sino que puede ser recurrente a lo largo del proceso. La mayoría de los pacientes no llevan la negación al extremo. La fase de negación puede ir acompañada de sentimientos de soledad y aislamiento que se pueden agravar con comportamientos de huida de los miembros de la familia o del propio equipo, que esquivan conversar con el paciente.

La segunda fase de ira, se caracteriza por sentimientos de rabia, envidia y resentimiento. Esta fase es muy difícil de afrontar por la familia y el personal. El paciente tiene continuos motivos de queja hacia quienes le rodean, especialmente hacia los más cercanos. La actitud terapéutica sería la tolerancia y evitar personalizar el enfado.

La tercera fase, de pacto, sólo dura breves períodos de tiempo. Se caracteriza por el uso de la negación. Es un intento de posponer los hechos, incluye un premio a la “buena conducta”. La mayoría de los pactos se hacen con Dios y se guardan en secreto.

La depresión acompañada a las pérdidas tales como agravamiento, dolor o adelgazamiento, y otras que se perciben como inminentes. En esta fase, la Dra. Kubler-Ross considera que no debe estimularse al paciente a ver el lado alegre de las cosas, pues eso significa que no ha de pensar en su muerte inminente. Es preferible permitirle expresar su dolor.

La quinta fase, aceptación, implica haber superado las fases previas. El paciente necesita dormir a menudo a intervalos breves, ésta es una necesidad cada vez mayor, que no significa abandono. El paciente se distancia del mundo exterior.

LA MUERTE DEL ANCIANO EN EL HOSPITAL:

Es una tendencia social. Las razones para elegir la muerte en el hospital son cuando el paciente no quiere morir en su casa, cuando la familia no está en disposición de cuidar al paciente: trabajo, desvinculación de los miembros, dificultad de encontrar cuidadores, cuando los servicios hospitalarios pueden mejorar la calidad de los últimos días de su vida, cuando el paciente quiere que se agoten los recursos técnicos para mantenerlo con vida, cuando en la familia faltan personas capaces de cuidar en casa o no poseen medios para asumir los costes de la misma, cuando simultáneamente hay en la familia otras personas que precisan cuidados.

LA MUERTE DEL ANCIANO EN EL HOGAR:

Las razones que la apoyan son que es en su casa donde ha transcurrido su vida, que podrá experimentar mayor dignidad, respeto e intimidad, mayor sensación de aceptación e integración, potenciará más las relaciones familiares, tendrá mayor libertad y mayores posibilidades de control del entorno, mayores posibilidades de reconocimiento y afecto, podrá solucionar temas pendientes, menos molestia para los familiares en el desplazamiento, mayor posibilidad de habilitar el espacio, comidas más satisfactorias, mayor posibilidad de compartir su última experiencia.

RESPUESTA DE LA FAMILIA ANTE LA MUERTE:

Algunas de ellas son el no saber conocer cuando empieza la precipitarse el final, a presenciar el sufrimiento y la agonía del paciente, a no disponer de ayuda profesional rápida en algún momento, asumir alguna responsabilidad propia en la evolución del proceso, a que el proceso se haga excesivamente pesado, a hacerle daño cuando se le preste cuidados, a no estar presente en el instante que ocurra la muerte, a que el paciente sospeche su pronóstico, a que los familiares partidarios de llevarlo al hospital se desresponsabilicen, a equivocarse al aceptar que se lleve al paciente a casa, a no saber que hacer cuando muera, a los problemas económicos / laborales, consecuencias en la dinámica familiar, educación de los hijos.

NECESIDADES DE LA FAMILIA:

Una de las principales necesidades de la familia es dar una información clara, concisa, realista y respetuosa, asegurarse que se esta haciendo todo lo posible por su ser querido, que cuentan con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados, de estar todo el tiempo con el ser querido, de intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional, de participar en el cuidado de su enfermo, de reparar la relación de poder explicarse y perdonarse, de echar fuera sus emociones negativas: tristeza, rabia, temores, etc., de conservar la esperanza, de apoyo espiritual.

CUIDADOS PALIATIVOS:

El objetivo se centra en la atención integral, para mejorar la calidad de vida, y dar mayor confort, disminuir el sufrimiento, y permitir una muerte digna y duelo sin problemas. Consta de equipo multidisciplinar, debe saber estar, comprender, escuchar,

aliviar, compartir, consolar, reconfortar, acompañar, controlar sus síntomas y disponibilidad del profesional según demanda.

CONCLUSIONES

- Los estudios de morbilidad en ancianos demuestran que un 75% de estos presentan algún síntoma, y no signo, diferenciando lo objetivo de lo subjetivo.
- En el anciano es difícil determinar cuando terminan los factores fisiológicos y cuando empiezan los patológicos, y además si estos factores patológicos son debidos a causas físicas, psíquicas, sociales o a una mezcla de ambas.
- En el grado de invalidez en ancianos institucionalizados y los no institucionalizados se observan grandes diferencias a favor de los no institucionalizados.
- La interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales es especialmente importante en los ancianos.
- En el anciano es prioritario dirigir esfuerzos a disminuir molestias y desajustes, y a fomentar la autonomía y calidad de vida.
- El anciano suele vivir su enfermedad como la devaluación personal y el rechazo social, por ello experimentan gran ansiedad y desespero.
- Cuando la enfermedad es incapacitante, amenaza gravemente el equilibrio existencial del paciente, devaluando la posición y la función social y familiar, y provocando aislamiento social
- La capacidad de adaptación y el tipo de respuesta a la enfermedad dependen más de los recursos y características psicosociales del paciente y del grado de incapacidad, que del tipo de enfermedad
- Implicar al paciente crónico en la selección y control de su propio tratamiento.
- Para reducir el impacto psíquico y social de la enfermedad, es muy importante que la información que se da al paciente sea clara, veraz e inteligible.

BIBLIOGRAFÍA

- MANUAL DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA. Principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Editorial SÍNTESIS Volumen II, 2002.
- MANUAL DE GERIATRIA. Salgado Alba . 3ª edición. Francisco Guillén Llera; Isidoro Ruipérez Cantera. Ed. Masson 2002.
- B. GIL. Enfermería geriátrica, clínica y practica. Volumen I y II. Editorial PARADIGMA, 1994.
- ENFERMERÍA GERIÁTRICA. J.M.Ribera; F. Veiga; M. Torrijos. Ed. Idepsa, 1991.
- M.D. ESPEJO ARIAS. Cuidados paliativos. Editorial PARADIGMA, 2002.
- KUBLER- ROSS, E. Sobre la muerte y los moribundos. 3ª edición. Barcelona: Grijalbo, 1993.
- ENFERMERÍA PROFESIONAL. ENFERMERÍA MEDICO-QUIRURGICA. Long-Phipps 2ª edición. Ed. Interamericana- Mc.Graw-Hill 1992.
- Apuntes de Enfermería Geriátrica de Profesora titular Dña Asunción Orts y profesora asociada Elena Ferrer, 2004.

MESA DE PONENCIAS N° 3

“Evaluación integral de la situación sociosanitaria del paciente y de su familia”

Moderada por Dña. M^a. Jesús Pérez Mora
Subdirectora E.U.E Universidad de Alicante

**ESTUDIO DE LA EVOLUCION DE ÚLCERAS VENOSAS A
PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Laura Soriano Llenares
Demetrio Reig Martínez

Enfermeros de la Residencia Mixta de la Tercera Edad de Carlet

RESUMEN

Tratamiento de una úlcera venosa de pierna con terapia compresiva, realizado a una paciente de 91 años que además presentaba flebitis de repetición y una evolución de dicha úlcera, de más de 15 años de antigüedad según los informes aportados.

Este estudio comprende desde la fecha del comienzo, siguiendo la evolución de todo el proceso hasta la completa curación y se realizó en el período comprendido entre febrero y julio del año 2003.

PALARAS CLAVE

Úlcera venosa. Índice de presión tobillo brazo. Flebitis. Edema. Vendaje compresivo. Compresión sostenida. Vendaje de cuatro capas. Vendaje circular o en espiral.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que la úlcera de pierna presenta una pérdida de integridad de la piel, en la región comprendida entre el pie y debajo de la rodilla, con una duración de al menos seis semanas.

Casi es obvio señalar que las úlceras venosas son una causa muy importante de consulta médica, con el consiguiente coste que solo en España se calcula alrededor de 350 millones de euros.

Se cree que entre un 1% y 2% de la población desarrollarán una úlcera de pierna en algún momento de su vida . Las úlceras de pierna suelen recibir distintas clases de tratamientos, habiéndose demostrado que muchos de ellos no son adecuados .

La terapia compresiva es, probablemente, el tratamiento más antiguo y el más frecuentemente utilizado para el control de la hiperpresión y de la insuficiencia venosa. Antes de aplicarlo, siempre hay que descartar que exista un compromiso arterial.

En el momento de realizar el vendaje compresivo, la presión venosa sobre las paredes de los vasos sanguíneos debe ser la mínima posible. En bipedestación se calcula que esta presión es mayor de 80 mm. Hg y disminuye a menos de 10 mm. Hg en posición de Trendelembourg, por lo que es esta la posición más adecuada para realizar el vendaje compresivo; no debe hacerse con el paciente sentado ni con la pierna en declive.

Este estudio clínico plantea el tratamiento de una úlcera de pierna determinada, con un sistema totalmente físico como es la terapia compresiva, aunque en algunas fases del mismo se haya recurrido a medios químicos descontaminantes sobre todo en las primeras.

MATERIAL Y METODOS

Elegimos a una paciente de 91 años que presentaba flebitis de repetición, desde antes de 1991, año en que ingreso en la Residencia Mixta de la 3ª Edad de Carlet, que es nuestro centro de trabajo. Según los informes que aportó al ingresar, la flebitis que presentaba había desarrollado una úlcera de miembro inferior izquierdo, que a lo largo de los años ha ido mejorando y empeorando sin llegar a curar nunca. Por el estudio de estas características presu- mimos que era de etiología venosa, aunque como es lógico, había que realizar el diagnóstico diferencial.

Dicho diagnóstico consiste en calcular el índice de presión tobillo-brazo. Para ello se determina la presión de tobillos y de brazos dividiendo la primera cantidad por la segunda, y el resultado normal sería alrededor de la unidad, resultados de menos de 0'8 se considera que las úlceras son arteriales. Entre 0'8 y 1'3 las úlceras son venosas.

En este caso la paciente presento un índice 1'2, por lo que quedó establecido que era una úlcera de origen venoso o producida por déficit de la circulación de retorno.

Es necesario descartar el origen arterial, porque el tratamiento a seguir consiste en mantener una compresión graduada sostenida, para lo cual es imprescindible aplicar un vendaje compresivo elástico, que sería contraproducente si la úlcera fuese de origen arterial.

Además del índice de presión tobillo-brazo, se ha valorado todo el cortejo de síntomas que suele acompañar a estas úlceras venosas:

LOCALIZACIÓN: Zona de la polaina.

PROFUNDIDAD Y BORDES: Poco profunda y bordes irregulares

DRENAJE: Exudativa y maloliente en las primeras fases.

EDEMA: Generalizado en todo el miembro y su aspecto visual nos recuerda a una botella de cava invertida .

DOLOR: Moderado pero muy molesto, hasta el punto de producir cambios de carácter, insomnio, delirios nocturnos, gritos, enuresis nocturna, etc...

El miembro presentaba alrededor de la úlcera induraciones y cierta pigmentación característica del déficit circulatorio venoso.

El vendaje compresivo elástico que hemos indicado está destinado a favorecer el retorno venoso y reducir el edema, con lo cual se eliminaran los factores que producen y sostienen la úlcera

Para que se mantenga la compresión sostenida y constante, el vendaje ha de consistir en cuatro capas :

1ª Venda de algodón: tiene por función absorber exudado y proteger zonas

que podrían tener una presión excesiva (efecto almohadilla). Se aplica de forma circular (en espiral) al 50% de solapamiento .

2ª Venda elástica (de caucho o poliuretano): esta venda tiene aspecto conformable además de ejercer el gradiente de presión que se le encomienda , también se aplicara en forma circular , o sea, en espiral con un 50% de solapamiento y al 50% de la presión de la venda, disminuyendo dicha presión gradualmente a medida que progresamos en el vendaje

3ª Venda de crepé (compresión ligera): se aplicara también de forma circular en espiral con el mismo solapamiento del 50% y al 50% de la presión de la venda , disminuyendo gradualmente a medida que se progresa en el vendaje tal y como se ha indicado en la anterior venda.

4ª Venda elástica cohesiva: Esta venda tiene dos cometidos, el primero consiste en aumentar la presión de la totalidad del vendaje y el segundo en mantener a las anteriores capas en la misma posición ,objetivo que consigue por su naturaleza cohesiva .

La anchura de todas las vendas utilizadas es de 10cm.

La frecuencia de las curas ha sido de dos veces a la semana hasta que se redujo el exudado y desapareció el mal olor, luego se paso a una vez por semana.

RESULTADOS

A continuación presentamos fotografías tomadas durante todo el proceso de forma secuencial , desde el primer día de tratamiento hasta la completa curación de la úlcera.



Foto nº1 fecha 4-2-03 Día que empieza el tratamiento. Se observa la úlcera en la zona de la polaina con una extensión aproximada de 13 cm de longitud y alrededor de 9 cm de anchura .Destacan la irregularidad de los bordes , zonas costrosas con abundante exudado seroso y maloliente, el miembro esta edematizado, alrededor de la úlcera hay induraciones, eritemas y la pigmentación característica del déficit circulatorio venoso

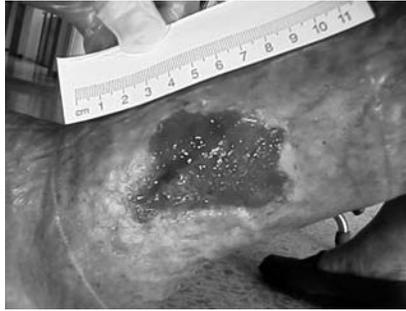


Foto n° 2 fecha 4-3-03 La úlcera lleva una evolución muy positiva , la extensión se ha reducido, ahora mide 7,5 cm de longitud y entre 5 y 6 cm de anchura, disminuyendo también el exudado.

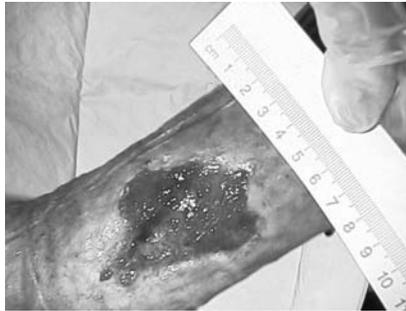


Foto n° 3 fecha 14-4-03 Sigue la buena evolución, la extensión casi no ha disminuido, pero se generaliza el tejido de granulación, queda escaso exudado y apenas se percibe el mal olor.

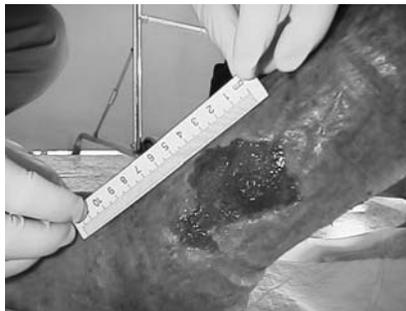


Foto n° 4 fecha 14-5-03 Destaca la reducción del tamaño y de la profundidad, ha desaparecido totalmente el exudado y el mal olor, la zona circundante de la úlcera se encuentra totalmente normal.



Foto n° 5 fecha 20-6-03. La evolución sigue muy favorable, destaca la gran disminución del tamaño y se aprecia en vías de curación.



Foto n° 6 fecha 10-7-03. Se observa la úlcera totalmente curada.

Además de la curación local de la úlcera en si, también hay que destacar la mejoría general de todos los síntomas que tenía la paciente antes de empezar el tratamiento, ya que remitieron absolutamente todos, o sea :

Los cambios repentinos de carácter, terrores nocturnos,(que originaban muchos gritos y llamadas), delirios, enuresis y constante irritabilidad .

CONCLUSIONES

Vistos los resultados tan contundentes que hemos obtenido con el vendaje compresivo como tratamiento para la úlcera venosa, hemos creído conveniente la divulgación de este caso clínico , para transmitir un conocimiento general del mismo dentro del ámbito profesional .

Para mantener el estado normal de la pierna de la paciente y evitar futuras recidivas, mantendremos un vendaje compresivo consistente en la venda de crepe y la venda cohesiva, se cambiará una vez a la semana para observar si se produce alguna alteración, en el caso que nos ocupa, así se ha hecho y por el momento no se ha producido ninguna recidiva.

Foto n° 7. Material utilizado.



AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de la Residencia Mixta de la 3ª Edad de Carlet, por todas las facilidades y medios puestos a nuestro alcance.

Al Supervisor de Enfermería de la Residencia Mixta de la 3ª Edad de Carlet por la colaboración prestada.

Al Supervisor de Recepción de la Residencia Mixta de la 3ª Edad de Carlet por su inestimable colaboración.

A los compañeros del Equipo de Enfermería de la Residencia Mixta de la 3ª Edad de Carlet que han colaborado en la realización del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- CORHWALL JV et al, 1988, Leg Ulcers: epidemiology and aetiology, British J Surgery, 73, 693-96.

- CALLUM MJ et al (1985) Chronic Ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. Br Med J.290:185-6.

- STAUDINGER, P. Instrucciones Prácticas de vendaje BEIERZDORF. 1992.

- MORRISON MJ (edit). The prevention and treatment of pressure ulcers Edimburgo: Mosby 2001.

GUÍA DE VALORACIÓN ENFERMERA EN UN COMPLEJO SOCIOSANITARIO

Noemí Sansó Martínez

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Dolores Sales Girona

Enfermera de formación del Complejo Hospitalario de Mallorca

Profesora asociada de la UIB

Isabel Roman Medina

Enfermera de calidad del Complejo Hospitalario de Mallorca

INTRODUCCIÓN

En el mes de Enero del año 2002 se hicieron efectivas las transferencias de Sanitat. Dos meses después, concretamente el 8 de Marzo, el Consell de Govern aprobó el Plan de Atención Sociosanitario de las Islas Baleares en el que se establecían las directrices de reconversión de los Hospitales General (HG) y Joan March (HJM) en dispositivos de atención especializada de corta y media estancia.

El día 1 de Abril del 2002 se informó a la población de que nuestros hospitales iniciaban un proceso de reconversión y que dejarían de atender progresivamente las urgencias del sector que fueron desviadas en 24 horas hacia los hospitales de agudos de referencia (Son Dureta y Son Llàtzer).

Hasta aquel momento, la atención en ambos hospitales se había basado en un modelo biomédico, en el que los equipos de enfermería centraban su actuación en la patología física del paciente y la enfermera dedicaba casi la totalidad de su tiempo a los problemas de colaboración, delegando en el personal auxiliar el cuidado del paciente en las actividades de la vida diaria.

En las unidades donde, hasta aquel momento, se atendían a pacientes con patologías crónicas, el rol autónomo enfermero aparecía por iniciativa propia, pero sin estructura ni base sólidas y sólo cuando la actividad diaria lo permitía.

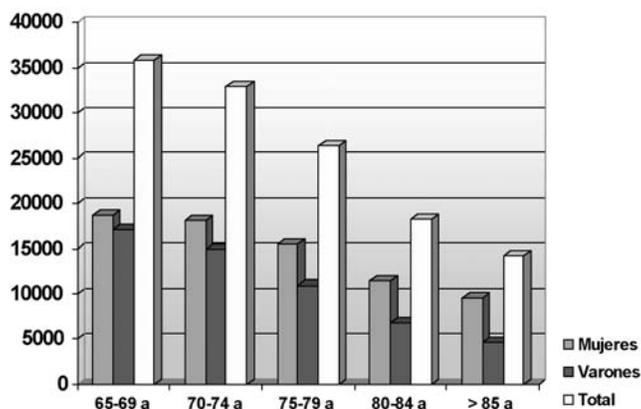
El cambio de actividad significó, por una parte, una disminución de la presión asistencial en cuanto a técnicas de enfermería y por otra, un rechazo de la mayoría de enfermeros/as a aceptar su rol autónomo.

Sin duda, la escasa formación del enfermero/a respecto a lo que significaba el concepto sociosanitario y el desconocimiento de cómo abordar el nuevo perfil del paciente creó angustia y desmotivación al profesional de enfermería. Sobre todo en el HG, en donde, hasta aquel momento, se realizaba una importante actividad quirúrgica.

A partir de ese momento, al profesional sanitario y particularmente al personal de enfermería, se le plantean varios retos:

- Aceptar un aumento progresivo, dentro de la atención sanitaria, de las competencias del enfermero/a, debido sobre todo al envejecimiento sociodemográfico (la población mayor de 65 años en Baleares es de 127.606 habitantes, según previsión del INE para diciembre de 2003, lo que supone un 14,05% de la población) y a las nuevas demandas sociales.
- Aprender el significado de una atención cualificada, específica y multidisciplinar que cubriera todas sus necesidades.
- Profundizar en el significado de “atención sociosanitaria” (el concepto no estaba definido en nuestra comunidad).

Población mayor de 65 años en Baleares (estimación diciembre 2003 INE).



El nuevo perfil de paciente atendido en los hospitales fue evaluado a través del test Delta y la Escala de Barthel mediante cortes de prevalencia, lo que nos permitió conocer el nivel de dependencia y las necesidades que tenían nuestros nuevos pacientes. Las características del nuevo usuario podríamos resumirlas en:

- Personas mayores con enfermedades crónicas, problemas de rehabilitación funcional, dependientes y con falta de soporte familiar y social, y si no lo hubiera, con la necesidad de incluir a la familia y/o cuidador principal en el plan terapéutico.
- Personas con enfermedades crónicas y progresivamente invalidantes.
- Personas con gran deterioro físico y cognitivo relacionado con la edad, que precisan cuidados de suplencia para recuperar su autonomía.
- Pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos.
- Personas que superada ya la enfermedad en su fase aguda o con un grado medio de dependencia, necesitan cuidados o rehabilitación antes de reintegrarse a la comunidad.

Todo ello condicionó, desde el primer día, una nueva distribución de las cargas de enfermería. Fue preciso un cambio de mentalidad y de organización del grupo, siendo imprescindible que enfermería redefiniera su rol dentro de un equipo multidisciplinar:

- La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.
- Cuando la enfermera asume el papel de otro profesional abandona su propia función.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional le puede dar.

Poner en marcha este nuevo modelo de atención, ha sido una labor ardua que ha supuesto la implicación de todos los componentes del equipo de la Dirección de

enfermería del CHM y la participación de los profesionales de enfermería en un proyecto por el que, inicialmente, muchos se sentían desmotivados y en el que, en su gran mayoría, carecían de una información necesaria y una formación suficiente.

En junio de 2002 se produce el cambio de la Dirección de Enfermería, su principal objetivo era implantar el modelo enfermero de Virginia Henderson con las modificaciones realizadas por MT Luis, C. Fernández y MV Navarro.

Para poder llevarlo a cabo, es necesario:

- Formar al personal en el modelo y su metodología.
- Diseñar los registros adecuados a la actividad actual y al modelo que se está implantando (valoración enfermera, plan de cuidados).
- Motivación de los profesionales .

Para formar al personal se contrató a una enfermera de docencia (febrero 2003), con conocimientos del modelo y metodología enfermera. Se elaboró un registro de valoración de enfermería, que ha evolucionado con el paso del tiempo y el nivel de conocimientos adquirido por los profesionales. Se crearon y coordinaron grupos de trabajo desde calidad. Se evidenció, por parte del grupo de trabajo que participó en la elaboración del registro y por la enfermera de docencia, la necesidad de una guía que ayudase a cumplimentar dicho registro. Es necesario un soporte que facilite la cumplimentación de los registros. En julio de 2003 se produce un nuevo cambio en la Dirección de Enfermería, su objetivo prioritario continua siendo la implantación del modelo enfermero en los tres hospitales del CHM (Hospital General, Joan March y comenzar a implantarlo en el Hospital Psiquiátrico). Para ello, en octubre de 2003, se incorpora al equipo otra enfermera de docencia, con conocimientos en el modelo enfermero y su metodología. En talleres de formación realizados se evidencia la demanda de los profesionales de un nuevo registro de valoración. Para cumplimentar el nuevo registro se elabora una guía que oriente al profesional.

OBJETIVOS

General: Implantar el modelo y metodología en el Complejo Hospitalario de Mallorca.

Específicos:

- Aumentar el número de valoraciones realizadas.
- Aumentar la calidad de las valoraciones realizadas.
- Proporcionar una herramienta de consulta rápida a la hora de realizar los casos clínicos.

MATERIAL Y METODO

En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Cuiden, utilizando como palabras clave: valoración enfermera y Virginia Henderson. Se revisaron los artículos que hacían referencia a la implantación del mismo modelo enfermero en otros centros sanitarios de nuestro país.

En la bibliografía se observa que es dificultosa la implantación del modelo, y que suelen ser útiles las herramientas que lo faciliten. La valoración, como primera etapa

del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), y base de las etapas posteriores, requiere que sea realizada con gran método y exactitud. Es dificultoso para enfermería si no está habituada a realizarla. Para facilitararlo se estimó oportuno elaborar una guía de orientación. La guía esta estructurada en tres módulos:

- Módulo I. Sirve de recordatorio breve y sencillo de los conceptos básicos necesarios a la hora de aplicar la metodología científica a la práctica asistencial.

- Módulo II o preguntas Guía. Es un listado de preguntas a realizar en cada necesidad. Esta estructurada de manera que, las preguntas que aparecen en lado izquierdo de la tabla, son aquellas que se proponen a modo de ejemplo para realizar directamente al paciente y/o familia y, las que aparecen en el lado derecho de la tabla, se refieren a aquellos datos que debemos obtener a través de la observación, de la historia clínica o de otros profesionales.

- Módulo III. Dentro de cada necesidad se contemplan tres apartados: aspectos a valorar; manifestaciones de independencia y manifestaciones de dependencia. Son conceptos del modelo enfermero que se está implantando, y, a partir de ellos, se identifican los problemas sobre los que enfermería puede actuar. Está orientado a la valoración del paciente anciano.

En la actualidad se ha unificado en una sola guía, en su origen el módulo I y II eran una guía y el módulo III otra. Los dos primeros se elaboraron en verano de 2003 y el tercero en octubre, aunque no se ha utilizado en todas las unidades de forma generalizada hasta enero de 2004. Dichas guías han sido elaboradas por las enfermeras de docencia y el módulo III ha sido revisado por el Departamento de Enfermería (Medico Quirúrgica) de la Universidad de las Islas Baleares. Para favorecer que los profesionales la conozcan y fomentar su utilización se ha presentado, en una sesión formativa, en el aula clínica de los hospitales. Cada unidad dispone de un ejemplar de la guía.

El proceso de revisión de la guía es continuo y viene marcado por las necesidades referidas por los profesionales, o detectada por las enfermeras de docencia, o por los resultados de los cortes de prevalencia mensuales realizados por la enfermera de calidad. Se realiza una formación personalizada en las distintas unidades de los hospitales. De este modo es más sencillo detectar los problemas reales de los profesionales y buscar la solución más adecuada. Esto es factible al ser dos centros pequeños (3 unidades en el HG y 4 unidades en el HJM, con una media de 24 camas por unidad), y con una plantilla de enfermería de aproximadamente 150 profesionales.

RESULTADO

En estos momentos la enfermera de calidad realiza cortes cuantitativos mensuales; a partir de abril se realizaran también cualitativos. Los criterios cualitativos vendrán marcados por la Comisión de Cuidados.

Es un poco precipitado para generalizar los resultados (Anexo I), pero se presentan dos meses sin la utilización de la guía completa (noviembre y diciembre de 2003) y dos con la utilización de la guía completa (enero y febrero de 2004).

Como resultados a destacar:

- Lo ideal sería conseguir un aumento progresivo del número de valoraciones cumplimentadas, es lo que ocurre en la unidad de Convalecencia A del HG.
- En noviembre se observa mayor número de valoraciones cumplimentadas en la unidad 1ª B del HJM, coincide con el mes que estuvo la enfermera de docencia en dicha unidad. Ocurre lo mismo en la 1ª A del mismo centro, en el mes de diciembre.
- En enero se produce un descenso casi generalizado en el número de valoraciones realizadas. Pensamos que es debido a un mayor número de personal eventual en todas las unidades para liquidar la deuda horaria del 2003.
- En febrero solo la unidad de Cuidados Paliativos del HJM está por debajo de los objetivos pautados (50% de valoraciones cumplimentadas). En el resto de las unidades, se ha producido un ligero aumento. Destacar el 100% de registros cumplimentados en la Unidad de Cuidados Paliativos del HG.

CONCLUSIONES

1. Creemos que la guía es una herramienta útil que va a favorecer un aumento en el número de valoraciones realizadas y una mayor calidad de éstas.
2. No se producirá la disminución del número de valoraciones realizadas en la época estival, como ocurrió en el año 2003, creemos que debido al mayor número de profesionales eventuales.
3. Disponer de una herramienta de consulta útil, fácil de utilizar y disponible en todas las unidades, aclara las posibles dudas metodológicas que puedan surgir (módulo I). El nivel de formación de los profesionales es heterogéneo, para poder avanzar es imprescindible herramientas de este tipo.
4. Puede servir para trabajar, con el modelo enfermero, en cualquier ámbito asistencial con pacientes geriátricos.
5. Da respuesta a una necesidad manifestada por los profesionales y a las dificultades observadas por las enfermeras de docencia.
6. Ayuda y orienta a la realización de los casos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Besora Torradeflot I. Implantación de una guía de valoración de enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Clínica* 1998; Vol. IV (3): 44-46.
- Feria Lorenzo DJ, Macías Rodríguez AC, Romero Corchero M, Mena Navarro FJ y Valderrama Martín A. Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de Enfermería en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de la Salud. *Metas* 2000; 27: 41-48.
- Fernández Molina MA, Gómez Robles FJ, Gabaldon Bravo EM, Gabaldon Bravo EM, Torres Figueiras M, y Terrés Ruiz C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (3): 137-144.
- Gabaldon Bravo EM, Gómez Robles FJ, Fernández Molina MA, Domingo Pozo M, Torres Figueiras M, Terrés Ruiz C y Gomis García L. Análisis de las causas de bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. *Cultura de los Cuidados* 2002; VI(11): 53-60.

- Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, 2000.
- Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E y Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. Enfermería Clínica 2003; 13 (4): 195-2001
- Projecte de formació per a la implantació del procés de cures, en el marc del model conceptual de Virginia Henderson, als centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de Salut. La salut i la qualitat de vida, un repte per a les infermeres assistencials, docents i gestores. EUI Santa Madrona de la fundació "la Caixa", adscrita a la Universitat de Barcelona.

**CONOCIMIENTOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE
LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO**

Rosario Ramos Torrente

Residencia de la Tercera Edad de Altavix. Elche

Pablo López Casanova

Hospital General Universitario de Elche

José Verdú Soriano

Departamento de Salud Pública. E.U.E. Universidad de Alicante

RESUMEN

Introducción:

De todos es conocido que el cuidado de las úlceras por presión (upp), tanto en su faceta de prevención como de tratamiento, es responsabilidad del equipo de enfermería (Diplomados y auxiliares). De este modo, podríamos preguntarnos ¿El equipo de enfermería posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo actividades de prevención y tratamiento de las upp? Y así, es esta la pregunta que motiva el presente estudio.

Objetivos:

Analizar, identificar y determinar el conocimiento sobre aspectos relacionados con las upp de los profesionales de enfermería que trabajan en una residencia geriátrica.

Material y métodos:

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta autoadministrada compuesta por: datos sociodemográficos, experiencia profesional, formativa e investigadora y 49 preguntas tipo verdadero/falso, agrupadas en los siguientes aspectos: características de las heridas, factores de riesgo, prevención, tratamiento y factores sociales. La muestra estaba compuesta 14 enfermeras y 27 auxiliares. Se utilizó estadística descriptiva univariante y bivalente. Los diferentes ítems fueron agrupados por aspectos relacionados con las upp y se asignó una puntuación total que podía oscilar entre cero y el número máximo de preguntas que componían cada categoría de análisis. Se estudió si existía alguna relación entre la edad, la experiencia profesional, el número de upp tratadas en el último mes, número de upp en la actualidad y las categorías creadas (características de las heridas, factores de riesgo, prevención, tratamiento y factores sociales).

Resultados:

Tanto las enfermeras como las auxiliares tienen un porcentaje de aciertos elevado en todas las categorías estudiadas: prevención, factores de riesgo, características de upp, tratamiento y factores sociales. Las enfermeras tienen un mayor índice de aciertos que las auxiliares, de manera estadísticamente significativa, en las categorías de prevención y factores de riesgo ($p \leq 0,05$). Entre las enfermeras existe relación entre la edad y la categoría de prevención ($r = 0,573$; $p = 0,032$), y entre las upp a su cuidado y las características de la upp ($r = 0,57$; $p = 0,035$). Entre las auxiliares existe relación entre la edad y las características de la upp ($r = - 0,50$; $p \leq 0,001$).

Discusión y conclusiones:

Las profesionales de enfermería del centro sociosanitario tienen buenos conocimientos sobre los aspectos relacionados con las upp, sin encontrar grandes diferencias entre enfermeras y auxiliares.

INTRODUCCIÓN

De todos es conocido que el mantenimiento de la integridad de la piel y el cuidado de las úlceras por presión (upp), tanto en su faceta de prevención como de tratamiento, es una función independiente y responsabilidad del equipo de enfermería (Diplomados y auxiliares). Algunos autores indican que el éxito de estas actividades depende de diversos factores entre los que se encuentran la formación de los profesionales y su motivación personal (Rochon y Minaker)².

Así, la adquisición, por parte de los profesionales, de nuevos conocimientos en esta área de cuidados es un reto a la vista de los continuos avances en todo lo relacionado con el cuidado de las personas mayores y las upp. Según esto, los profesionales sanitarios, deben poseer un conocimiento experto de base en esta área de cuidados, así como habilidades de enfermería para proporcionar cuidados de calidad ante los problemas que se plantean en este tipo de personas y lesiones².

El aumento de la esperanza de vida en nuestro país hace que los usuarios del sistema sociosanitario sean cada vez más mayores. Esto se hace patente al observar la alta longevidad de los usuarios de los centros sociosanitarios y, teniendo en cuenta que la edad avanzada es un factor de riesgo en el desarrollo de upp, el potencial de desarrollo de upp en estas personas es una constante. Por tanto, el personal de enfermería debería tener el conocimiento necesario sobre aquellos aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento de las upp, con el fin de controlar y dirigir al residente hacia una óptima calidad de vida.

Es en el sentido de los párrafos anteriores que en este trabajo nos preguntamos: ¿El equipo de enfermería posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo actividades de prevención y tratamiento de las upp? Y así, nos plantemos el objetivo de analizar, identificar y determinar cuáles son los conocimientos sobre aspectos relacionados con las upp de los profesionales de enfermería que trabajan en una residencia geriátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se lleva a cabo un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta autoadministrada, creada ad hoc, y estructurada en tres apartados: datos sociodemográficos, experiencia profesional, formativa e investigadora y 49 preguntas tipo verdadero/falso. Las preguntas posteriormente fueron agrupadas en las siguientes categorías: características de las heridas, factores de riesgo, prevención, tratamiento y factores sociales.

La muestra del estudio estaba compuesta por los profesionales de enfermería del centro geriátrico (14 de 14 enfermeras y 27 de 37 auxiliares de enfermería). El estudio se llevó a cabo entre diciembre del 2003 y enero de 2004.

A las diferentes agrupaciones de categorías se les asignó una puntuación total que podía oscilar entre cero y el número máximo de preguntas que componían cada categoría de análisis. Así, características de las heridas podía oscilar entre 0 y 5 aciertos, factores de riesgo entre 0 y 18 aciertos, prevención entre 0 y 11, tratamiento entre 0 y 13 y factores sociales entre 0 y 2. De modo que cero era ningún conocimiento y la puntuación más alta el máximo conocimiento.

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva: frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas, y media y desviación típica (sd) para las cuantitativas. También se utilizaron pruebas de estimación (intervalo de confianza al 95% para las variables cuantitativas) y de inferencia para explorar si existía alguna relación entre la edad, la experiencia profesional, el número de upp tratadas en el último mes, número de upp en la actualidad y las categorías creadas (características de las heridas, factores de riesgo, prevención, tratamiento y factores sociales) mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para explorar si había diferencias en los conocimientos de las diferentes categorías creadas entre enfermeras y auxiliares se utilizó estadística no paramétrica (prueba U de Mann-Witney), dado el tamaño de los subgrupos.

RESULTADOS

Las 14 enfermeras del equipo de salud del Centro sociosanitario tienen una edad media de 26 ± 7 años (IC95% = 22-30 años). Las 27 auxiliares de enfermería presentan un promedio de edad de 33 ± 9 años (IC95% = 30-37 años). Por sexo, las enfermeras eran mujeres en un 85,7% (n = 12), las auxiliares eran mujeres en un 88,9% (n = 24). Respecto a los años de experiencia profesional, las enfermeras tienen $3,1 \pm 6,4$ años en promedio (IC95% = 0,6- 6,8 años de experiencia), las auxiliares tienen en promedio $4,8 \pm 2,5$ años de experiencia (IC95% = 3,8-5,8 años). En término medio, las enfermeras refieren haber tratado en el último mes $2,36 \pm 0,84$ upp (IC95% = 1,87-2,84 upp), las auxiliares $2,44 \pm 0,75$ upp (IC95% = 2,15-2,74 años). En cuanto al número de upp que estaban tratando en ese momento, en promedio, las enfermeras indicaron $22,43 \pm 8,45$ upp (IC95% = 17,55-27,31 años), las auxiliares $15,56 \pm 10,32$ upp (IC95% = 11,47-19,64 años).

En las tablas 1, 2, 3, 4 y 5 se presentan los resultados en frecuencia de aciertos y porcentajes para las categorías mencionadas y por grupo profesional. En la tabla 6 se presentan las puntuaciones medias de acierto obtenidas en cada una de las categorías y separadas por grupo profesional.

Cuando realizamos el análisis mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Witney, sólo hay dos categorías en las que se existen diferencias con significación estadística entre las enfermeras y las auxiliares de enfermería (tabla 6). El coeficiente de correlación de Pearson resultó significativo para las enfermeras en la relación entre la edad y la categoría prevención ($r = 0,573$; $p = 0,032$) y entre las upp que tenía actualmente a su cuidado y las características de la upp ($r = 0,57$; $p = 0,035$). En el caso de las auxiliares de enfermería resultó significativa la relación entre la edad y las características de la upp ($r = -0,50$; $p \leq 0,001$).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de aciertos en las preguntas de la categoría prevención*

PREGUNTAS	ENFERMERÍA		AUX. ENF.	
	n	%	n	%
1.- Una puntuación de 9 en la escala de valoración de Norton indica que es un paciente de alto riesgo (V)	10	71,00%	15	56,00%
2.- Una puntuación de 23 en la escala de Braden indica que es un paciente de alto riesgo (F)	9	64,30%	15	56,00%
8.- Los masajes energéticos sobre las prominencias óseas previenen la aparición de upp (F)	13	92,90%	10	37,00%
11.- Los colchones de aire pueden sustituir a los cuidados básicos de prevención de las upp (F)	13	92,90%	21	77,80%
13.- Los flotadores tipo "donut" están muy recomendados para evitar las upp en los pacientes sentados (F)	11	78,60%	12	44,40%
14.- Existen distintos tipos de colchón de aire según el riesgo de desarrollo de upp (V)	10	71,40%	22	81,50%
15.- Actualmente, el tratamiento tópico más recomendado para la prevención son los ácidos grasos hiperoxigenados (V)	11	78,60%	19	70,40%
16.- Los colchones estáticos de aire no previenen las upp (V)	10	71,40%	15	55,60%
19.- los cambios posturales son necesarios a pesar de tener un colchón estático de aire (V)	14	100%	27	100%
34.- La educación al paciente y a la familia es una parte importante en la prevención de las upp (V)	14	100%	27	100%
49.- Los apósitos hidrocelulares, tienen capacidad de aliviar la presión local (V)	11	79%	22	81,50%

* Entre paréntesis el sentido de la pregunta (verdadero o falso)

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de aciertos en las preguntas de la categoría factor de riesgo

PREGUNTAS	ENFERMERÍA		AUX. ENF.	
	n	%	n	%
4.- Un factor muy relevante en la valoración del riesgo de padecer upp es el estado nutricional (V)	14	100%	27	100%
5.- Los pacientes que presentan mayor riesgo de upp se encuentran en el grupo entre 40 y 50 años (F)	14	100%	27	100%
6.- Los valores bioquímicos no tienen interés para determinar el riesgo de padecer upp (F)	11	78,60%	23	85,20%
7.- Un paciente que se encuentra confuso tiene más probabilidad de desarrollar upp que uno que no lo está (V)	11	78,60%	14	52,00%
9.- Los pacientes portadores de sonda vesical tienen menor riesgo de maceración de la piel (V)	8	57,10%	20	74,10%
10.- Mantener a los pacientes con la cabecera de la cama elevada más de 30° aumenta el riesgo de padecer upp (V)	11	78,60%	18	66,70%
12.- Aquellas partes edematosas del cuerpo no tienen más riesgo de desarrollar upp que las no edematosas (V)	4	28,60%	1	3,70%
17.- Una persona sana que se mantenga entre 2-4 horas en la misma posición desarrollará upp (V)	2	14,30%	2	7,40%
18.- Una persona con un alto riesgo de desarrollar upp puede llegar a esta situación en menos de una hora (V)	12	85,70%	18	66,70%
35.- Las fuerzas de fricción y cizallamiento se pueden producir cuando levantamos a una persona de la cama. (V)	14	100%	25	92,60%
40.- Es muy difícil que un paciente desarrolle upp en zonas de contacto de una sonda. (F)	14	100%	20	74,10%
41.- Un paciente con upp presenta un mayor riesgo de mortalidad. (V)	14	100%	24	88,90%
42.- Las upp son un indicador de la calidad de los cuidados prestados (V)	14	100%	20	74,10%
43.- Una cifra de albúmina inferior a 3,5 mg/dl es factor de riesgo en el desarrollo de upp (V)	11	79%	17	63,00%
44.- La transferrina no es un parámetro a tener en cuenta para valorar el riesgo de desarrollo de upp (F)	12	86%	15	55,60%
45.- Determinadas patologías elevan el riesgo de desarrollo de upp. (V)	14	100%	26	96,30%
46.- Un paciente tratado con dopamina tiene mayor riesgo de desarrollo de upp. (F)	7	50%	11	40,70%
47.-Unas cifras bajas de tensión arterial son un factor protector en el desarrollo de upp. (F)	7	50%	17	63,00%

* Entre paréntesis el sentido de la pregunta (verdadero o falso)

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de aciertos en las preguntas de la categoría características de una upp

PREGUNTAS	ENFERMERÍA		AUX. ENF.	
	n	%	n	%
3.- No podemos saber el estadio o grado de una ulcera hasta que eliminemos totalmente el tejido necrótico (V)	8	57,1%	16	59,3%
21.- las upp en estadio I, II, III y IV presentan afectación de la epidermis (F)	6	43,0%	9	33,3%
22.- Cuando aparecen trayectos sinuosos o tunelizaciones nos encontramos ante una upp en estadio IV (V)	12	85,7%	22	81,5%
23.- La cantidad de exudado de la herida es esencial a la hora de elegir el apósito correcto (V)	14	100%	26	96,3%
39.- Los signos que nos pueden indicar una infección local son: calor, edema, induración de los bordes y olor (V)	14	100%	22	81,5%

* Entre paréntesis el sentido de la pregunta (verdadero o falso)

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de aciertos en las preguntas de la categoría tratamiento*

PREGUNTAS	ENFERMERÍA		AUX. ENF.	
	n	%	n	%
24.- El apósito ideal para la curación de una upp es aquel que mantiene a esta en un óptimo grado de limpieza, humedad y temperatura. (V)	12	86,00%	26	96,30%
25.- Los apósitos oclusivos están indicados en las upp infectadas. (F)	13	92,90%	15	56,00%
26.- Cuando hay gran cantidad de exudado se recomienda realizar curas diarias. (F)	3	21,40%	5	18,50%
28.- Siempre hay que usar agentes antisépticos para limpiar las heridas. (F)	9	64,30%	11	40,70%
29.- El método más indicado para diagnosticar la infección de la herida es la obtención de muestras para cultivo mediante torunda. (F)	6	43,00%	6	22,20%
30.- Los alginatos están recomendados cuando aparece exudado sanguinolento (V)	8	57,10%	19	70,40%

PREGUNTAS	ENFERMERÍA		AUX. ENF.	
	n	%	n	%
31.- Cuando aparece una escara en los talones, siempre hay que desbridar (F)	12	85,70%	23	85,20%
32.- Los últimos estudios indican que el uso de polvo de colágeno está indicado para favorecer la cicatrización (V)	8	57,10%	22	81,50%
33.- El desbridamiento autolítico consiste en una autodigestión del tejido necrótico, favorecido por la cura en ambiente húmedo. (V)	13	92,90%	21	77,80%
36.- Es muy importante aliviar la presión en la zona de la herida para que esta cicatrice correctamente. (V)	13	92,90%	27	100%
37.- Los apósitos oclusivos pueden mantenerse sin levantar hasta una semana. (V)	9	64%	18	66,70%
38.- Cuando procedemos al desbridamiento quirúrgico siempre hay que considerar la aplicación de analgesia. (V)	7	50%	18	66,70%
48.- Una escara seca puede favorecer la cicatrización. (F)	14	100%	19	70,40%

** Entre paréntesis el sentido de la pregunta (verdadero o falso)*

Tabla 5. Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de aciertos en las preguntas de la categoría factor social*

PREGUNTAS	ENFERMERÍA		AUX. ENF.	
	n	%	n	%
20.- Cuando se desarrollan upp se produce una afectación social, emocional y económica para los pacientes y la familia (V)	14	100%	27	100%
27.- La familia es un elemento esencial para el cuidado de las upp (V)	14	100%	27	100%

** Entre paréntesis el sentido de la pregunta (verdadero o falso)*

Tabla 6. Número de aciertos medios para cada categoría, según nivel profesional.

		media \pm sd	mínimo	máximo	I.C.95%
Prevención* (Puntuación 0-11)	Enf.	9,00 \pm 1,47	6	11	8,15 - 9,85
	Aux.	7,59 \pm 1,39	5	10	7,04 - 8,14
Factor de riesgo** (Puntuación 0-18)	Enf.	13,86 \pm 1,29	12	16	13,15 - 14,60
	Aux.	12,04 \pm 1,53	9	14	11,43 - 12,64
Características upp (Puntuación 0-5)	Enf.	3,86 \pm 0,77	3	5	3,41 - 4,30
	Aux.	3,52 \pm 0,94	1	5	3,15 - 3,89
Tratamiento upp (Puntuación 0-13)	Enf.	9,07 \pm 1,50	8	12	8,21 - 9,93
	Aux.	8,52 \pm 1,25	6	11	8,02 - 9,01
Factor de social (Puntuación 0-2)	Enf.	2,00 \pm 0,00	2	2	-
	Aux.	2,00 \pm 0,00	1	2	-

* $p = 0,006$, ** $p = 0,001$. Resto no significativo

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las profesionales de enfermería del centro sociosanitario tienen buenos conocimientos, en términos medios, sobre los aspectos relacionados con las upp, sin encontrar grandes diferencias entre enfermeras y auxiliares.

Resulta llamativo el alto nivel de conocimientos de las auxiliares de enfermería a pesar de las diferencias en su formación de base. No obstante, tanto la edad como la experiencia profesional de éstas son mayores en término medio respecto de las enfermeras. En este sentido se podría hacer referencia al papel que juega la adquisición de conocimientos a través de la experiencia profesional.

En comparación con un estudio realizado a las enfermeras de hospitales holandeses³, observamos que los conocimientos que éstas poseen en relación a las upp son bastante positivos al igual que los resultados obtenidos en nuestro estudio. Tanto en un caso como en otro, se puede ver reflejada la influencia que han ejercido las normas o protocolos sobre la conducta o comportamiento de los profesionales de enfermería, los cuales han tomado conciencia de ello y lo han implantado, aunque a veces no sea de forma completamente perfecta³.

Algunas de las preguntas realizadas en el cuestionario, están relacionadas con aspectos relativos a la movilización de la persona, y según los resultados obtenidos, esta es considerada la causa más importante para la predisposición de las upp. Ello también se ve reflejado en el estudio que se realizó Hong Kong⁴.

La realización de este estudio ha servido para que el personal de enfermería tome en consideración la importancia de los conocimientos acerca de las upp y, de este modo, también ha servido de motivación, sobre todo, para cuestionarse muchas dudas originadas tras la realización del cuestionario.

Quisiéramos mencionar, a modo de conclusión, la importancia de mantenerse al día mediante la formación continuada en los conocimientos sobre las upp. Pero para darse cuenta de esta importancia de mantenerse formado y adoptar una postura activa se necesita pasar por varias etapas, que siguiendo a Brett³ podríamos enunciar en 4: toma de conciencia, persuasión, implantación ocasional e implantación perfecta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pieper B, Mott M. Nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging, and description. *Advances in Wound Care*, 1995; 8(3):34-46

- Pieper B, Mattern J.C. Critical care nurses' knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. *Ostomy/Wound Management*, 1.997; 43(2):22-31

- Halfens R.J.G, Eggink M. Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *Preventing pressure sores in dutch hospitals.*, 1.995, 32(1):16-26.

- Wildes L.M, Bostock E, Lovitt L, Dennis G. Nurses' knowledge of pressure ulcer management in elderly people. *British Journal of Nursing*, 1.996, 5(14):858-865

EL CUIDADO DE LOS PIES EN EL ANCIANO

Paloma López Ros

Podóloga y profesora colaboradora en la Universidad Miguel Hernández.

Brígida López López

Enfermera del Hospital San Vicente y podóloga.

INTRODUCCIÓN

Casi el 70% de la población española tiene problemas en los pies y es en la edad adulta, generalmente, cuando empiezan a manifestarse en forma de dolor y deformidades. Con el envejecimiento se dan una serie de cambios en los sistemas que componen los pies que propician la aparición de patologías que inciden en la calidad de vida y en la autonomía del individuo anciano, disminuyéndolas. Es función de enfermería, como parte del equipo multidisciplinar, detectar estas necesidades y dotar de habilidades al paciente para resolverlas, intentar solucionarlas en el ejercicio de la profesión o derivar al profesional sanitario más capacitado para ello con el fin de preservar esa autonomía y evitar futuras complicaciones.

OBJETIVOS

- Describir el proceso del envejecimiento en los sistemas que integra el pie.
- Determinar las patologías pédicas más frecuentes en la población anciana y establecer las formas de prevención y tratamiento.
- Definir pie diabético y pie degenerativo y valorar su importancia.
- Proponer una lista de normas para realizar promoción y educación para la salud.
- Enumerar los consejos que el paciente anciano debe conocer para prevenir patologías en la extremidad del miembro inferior.
- Esclarecer las características que debe poseer un calzado adecuado para la población anciana.
- Abogar por la inclusión del podólogo como parte integrante del equipo multidisciplinar que se ocupe del cuidado del pie en el anciano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica en la base de datos MEDLINE, ENPOFIS y CUIDATGE de los términos: cuidado, pies, anciano, geriátrico.

Búsqueda bibliográfica en la biblioteca de la Universidad Miguel Hernández.

CONCLUSIONES

Al pie, como parte distal de la extremidad inferior no le prestamos excesiva atención ni la población en general ni el personal sanitario. El cuidado del pie juega un papel importante en el mantenimiento de la autonomía en el anciano. Ya que esta población, debido al proceso del envejecimiento funcional, no puede satisfacer la

necesidad de higiene y mantenimiento de la integridad tisular de esta parte del cuerpo, se hace necesario que haya unos profesionales de la salud que suplan esta función. Los enfermeros podemos llevar a cabo ciertos cuidados pero también se hace imprescindible la figura del podólogo en los centros asistenciales de ancianos.

EL CUIDADO DEL PIE EN EL ANCIANO

EL PIE.

Introducción.

La bipedestación supone el elemento filogenético más importante del ser humano. El paso de la posición inclinada a la posición erecta trajo consigo una serie de modificaciones fundamentales en la morfología de los huesos del cuerpo, sobretodo en la columna vertebral con la sucesión de curvas cifoescolióticas. Los cambios en la morfología ósea del pie de los homínidos de hace 2 millones de años se centran en la alineación del primer metatarsiano para colocarse en el sentido de la marcha y proporcionar el impulso final, al acortamiento de los dedos externos al no ser ya necesarios para colgarse de las ramas, la colocación del calcáneo bajo el astrágalo y la robustez de ambos huesos, donde recae el peso de la marcha.

Esta evolución va asociada a la posición vertical, el incremento de la capacidad craneal y el volumen cerebral, la orientación y el desarrollo de los sentidos cefálicos, permitiendo a las extremidades anteriores, ahora superiores, liberarse del ancestral apoyo y dedicarse a funciones más elevadas propias de la inteligencia. Las extremidades posteriores pasan a ser inferiores y se diseñan gracias a los sistemas óseo, ligamentoso y neuromuscular para proporcionar el apoyo en la estática y en la marcha manteniendo el equilibrio.

El pie debe ser considerado como una unidad compleja, donde la morfología y la función son inseparables. Es una estructura tridimensional variable que proporciona una serie compleja de servomecanismos regulados por la propioceptividad de la planta del pie.

Sistema óseo, articular y ligamentoso

Los huesos del pie se disponen en una serie de hileras y niveles que determinan tres zonas: el tarso, el metatarso y el antepié. Los huesos del tarso son el astrágalo, calcáneo, escafoides, cuboides y los tres cuneiformes o cuñas. El metatarso está constituido por los cinco metatarsianos, donde el primero corresponde al más interno (el primer dedo o dedo gordo) y el quinto, al más externo. Los dedos del pie presentan las falanges proximal o distal en el primer dedo, añadiéndose la falange media para el resto de los otros cuatro.

Biomecánica

En el pie se distingue un triángulo posterior o de apoyo que se extiende desde el calcáneo hasta los metatarsianos y un triángulo anterior o de propulsión que lo inte-

gran los metatarsianos y los dedos. No hay duda de que el pie apoya sobre el calcáneo. Respecto a los apoyos metatarsianos parece demostrado que en la estática todas las cabezas metatarsianas reciben la misma proporción de carga, mientras que en la dinámica, la distribución de cargas varía. Al principio, la carga se concentra en los metatarsianos II, III y IV, para dejar el relevo al I y V a medida que transcurre la marcha, descargando los centrales; a continuación la mayor carga recae sobre la cabeza del I metatarsiano, en el momento en que el pie vuelve al apoyo, para devolverlo a los dedos en la fase de arranque del pie del suelo.(1)

Epidemiología

Se calcula que un 40% de los españoles padece trastornos graves en los pies, que les provocan serias molestias, de los cuales un 5% tendrían que pasar por un quirófano. Y el porcentaje ascendería a casi el 70% si se incluyen los problemas más comunes como callos, durezas o juanetes.(2)

EL PROCESO DE ENVEJECER

El envejecimiento del individuo es un proceso orgánico funcional de cambios continuos que afecta a todos los seres vivos. Desde la concepción o desde el momento de nacer se están produciendo una serie de cambios o modificaciones continuas de tipo orgánico y funcional, distribuidos a lo largo de todo el ciclo vital.

En los últimos años de vida, esos cambios producen una limitación del organismo para adaptarse al medio. De todas formas, este proceso es un fenómeno de carácter individual íntimamente relacionado con los factores ambientales en los cuales la persona mayor se ha desarrollado, así como con los estilos y calidad de vida de los que ha disfrutado en todo el periodo. Es un proceso, por otro lado, en el que las personas sufren cambios o modificaciones de carácter morfológico, fisiológico, psicológico y social que tienen un denominador común: su irreversibilidad. Por otro lado, estos cambios, se están produciendo antes de que su evidencia externa sea una realidad reflejada en el aspecto de la persona. Así mismo, determinar desde cuándo se es anciano o persona mayor es difícil si partimos de la base de que esta determinación es extremadamente subjetiva. De todas formas, en el mundo occidental está muy arraigado el hecho de asociar vejez a jubilación, por lo que el concepto de anciano empezaría a aplicarse a las personas a partir de la edad de corte de jubilación oficial, es decir, a los 65 años.

Proceso biológico del envejecimiento.

Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el organismo que envejece consisten en la modificación tanto de órganos como de tejidos. El resultado final es la pérdida de actividad funcional. Estos cambios sirven de base, con frecuencia, al desarrollo de un proceso patológico crónico, iniciado en la edad media adulta, entre los 40-45 años.

Gerontológicamente se rechaza el concepto de la vejez como enfermedad, pues los achaques de las personas de edad avanzada son reflejo de una enfermedad, no de la vejez en sí misma

CAMBIOS EN EL TEJIDO EPITELIAL

El envejecimiento conlleva cambios en la piel como en sus apéndices, el pelo y las uñas. La formación de las arrugas está producida por la pérdida de grasa subcutánea y de agua en las capas de la epidermis y se relaciona también con las horas de exposición al sol durante años.

A nivel de la piel también encontraremos que se han reducido el número de fibras elásticas, motivo por el cual se produce una menor hinchazón de la piel para comprobar su nivel de hidratación

Otro cambio que presenta la piel del anciano es la disminución de producción de grasa por parte de las glándulas sebáceas y de la función de las glándulas sudoríparas, motivo por el cual encontraremos una piel seca y escamosa y la persona se quejará de prurito. Como la epidermis es muy delgada se pueden producir lesiones con frecuencia. Éstas tardan en cicatrizar por la falta perfusión periférica, pues también existe una menor vascularización en esta zona, lo que da lugar a un aspecto pálido de la piel.

Las uñas de los pies de las personas mayores se caracterizan por ser gruesas y frágiles, con lo que se rompen con facilidad. Éstas son un indicador de calidad de vida y de autonomía en sus necesidades de higiene. Es recomendable que las uñas de los pies y éstos también sean controlados con una cierta periodicidad por un podólogo.

Cambios neurológicos

Uno de los cambios bien documentados es la pérdida de tamaño y de peso del cerebro en las personas mayores, así como del número de neuronas en funcionamiento, en especial de la sustancia negra, el cuerpo estriado y el núcleo dorsal del nervio vago.

Sabemos que en las personas mayores la transmisión nerviosa es más lenta. Se produce una reducción de la conducción nerviosa, y como consecuencia, los ancianos sufren una disminución del tono muscular, con un movimiento voluntario más lento, se retrasan sus decisiones y las respuestas son más tardías. Esto lo podemos ver reflejado en la imprecisión, en los movimientos finos o psicomotricidad fina y en la aparición de temblor distal.

Estos cambios del sistema neurológico provocan una pérdida de la sensibilidad térmica y dolorosa, lo que puede facilitar que el anciano sea más propenso a padecer insolaciones o hipotermias y lesiones dolorosas como las quemaduras.

Cambios sensoriales

En las personas mayores los cambios sensoriales son progresivos, y a partir de los 70 años los órganos sensoriales presentan algún tipo de alteración funcional en cuanto a la agudeza de los mismos. En los ancianos, la percepción del dolor está disminuida, y por lo tanto, resulta más difícil evaluarlo en su fase aguda. En ocasiones se produce la respuesta automática al mismo, tal como la taquicardia, la hipertensión, la palidez o las náuseas, o bien se produce un estímulo de dolor más bajo o difuso.

La sensación táctil en el anciano suele estar disminuida, por lo tanto, a través de este sentido puede no percibir sensaciones, objetos, etc. En cambio, suele mostrar una buena respuesta al contacto, lo que significa que es un buen método de apoyo en el cuidado de los ancianos.

Otro cambio que supone un riesgo potencial en las personas mayores es el déficit presente a nivel del equilibrio coincidente con situaciones que requieren una respuesta inmediata, pues su coordinación muscular para iniciar el movimiento requiere más tiempo que en las personas jóvenes. Esto está causado por la existencia de una reducción de las respuestas a los estímulos de los sentidos vestibular y cinético. Los receptores vestibulares están situados en los músculos y tendones, desde donde se transmiten señales al sistema nervioso central en relación al movimiento articular y a la situación en el espacio.

La función de ambos sentidos es mantener el equilibrio, la coordinación y, evidentemente, la posición normal del cuerpo. Al disminuir la eficacia de estos sentidos aparece un déficit de estabilidad del cuerpo y de coordinación en los movimientos y como consecuencia se produce un mayor balanceo corporal. Esto se produce porque el anciano necesita más tiempo para que el estímulo llegue al sistema nervioso central, para procesar la información y para poder enviar la respuesta a la periferia.

Cambios en el sistema musculoesquelético

Con el paso del tiempo el organismo presenta una pérdida de fuerza y resistencia muscular causada por una atrofia de las células musculares y a la vez se produce una pérdida de una masa magra, con una disminución de fibras elásticas que conduce a una reducción de la flexibilidad y a un aumento de la rigidez. En las personas que físicamente mantienen un cierto grado de actividad esta manifestación de rigidez y atrofia muscular suele ser bastante menor.

Esta atrofia muscular está relacionada con una dieta poco equilibrada en numerosos casos, ya que muchos ancianos no ingieren las suficientes proteínas, vitaminas y minerales para mantener la integridad muscular y ósea, por ello entre las personas mayores es frecuente la osteoporosis senil, siendo más frecuente entre las mujeres. Sus causas son la falta de movimiento, la deficiente absorción e ingesta de calcio, la reabsorción excesiva de calcio óseo y los trastornos endocrinos. Se produce una pérdida de espesor de los cuerpos vertebrales, de los cuerpos vertebrales, de los huesos largos y de los pélvicos, ya que en ellos la reabsorción ósea es mayor que su formación. La consecuencia más inmediata son las potenciales fracturas óseas por exceso de tensión o como consecuencia de sostener el peso corporal. La osteoporosis vertebral tiene unas consecuencias propias, que conducen a fracturas y deformidades esqueléticas como cifosis y escoliosis, que van acompañadas de fuertes dolores de espalda y por compresión de los nervios espinales.

Las superficies articulares se ven afectadas a causa del deterioro que el proceso del envejecimiento produce en los cartílagos que las recubren, por la erosión que el proceso causa en ellos y por la pérdida de agua de dicho tejido, lo que es causa de que las dos superficies óseas de la articulación entren en contacto, dando lugar a la

presencia de dolor, crepitación articular y limitación de movimientos. También se produce un crecimiento óseo irregular en los bordes articulares, dando lugar a deformidades y afectaciones nerviosas por compresión.

Cambios cardiovasculares

En el corazón, al igual que en otros músculos, se produce un acúmulo de colágeno y grasa. Su rendimiento decrece con los años, así como su peso y volumen. Este rendimiento es suficiente para realizar las actividades normales de la vida diaria pero cuando aparece una enfermedad, estrés o se realiza un ejercicio fuerte, nos encontramos con que puede que el corazón no sea capaz de satisfacer las demandas adicionales que se le exigen. Esto se relaciona con la rapidez con que la persona anciana se fatiga o cansa. En esta etapa de la vida el porcentaje más alto de gasto cardiaco se destina al cerebro y a las arterias coronarias. Por ello, cuando existe un aumento de demanda de sangre por parte de resto del organismo, el aporte que perciben los músculos esqueléticos y las vísceras es inadecuado.

El sistema vascular de las personas ancianas presenta habitualmente un cierto grado de arteriosclerosis que afecta a la aorta, a las arterias coronarias y carótidas. También se produce una esclerosis de los vasos arteriales medianos y pequeños y una reducción de la red capilar. Estos cambios reducen la distensibilidad y elasticidad de las grandes arterias y limitan la capacidad de incrementar la cantidad de sangre disponible para los órganos vitales. Cuando los tejidos aumentan la demanda, este efecto es mayor a causa de las resistencias periféricas y ni el corazón ni las arterias pueden responder adecuadamente a esa demanda. Por ello, cualquier episodio que aumente la demanda de sangre, como la fiebre, la vasodilatación etc., provocará un aumento de la frecuencia cardiaca con cambios en el ritmo y fuerza del pulso y un aumento de la tensión arterial, pudiendo producir una angor o síncope debido a que el corazón y el cerebro sufren una hipoxia. Debemos tener presente que los corazones envejecidos suelen tener problemas de arritmia, con un menor aporte de flujo sanguíneo a los tejidos y mayores problemas cardiacos o cerebrales.

Al existir una disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación, se produce una mayor cesión de oxígeno a los tejidos y, como consecuencia, una pérdida de calor, lo que conduce, junto con la disminución del metabolismo en situaciones normales, a una disminución de la temperatura corporal.

ALTERACIONES DEL PIE EN EL ANCIANO

Las alteraciones que las personas ancianas sufren en sus pies tienen una repercusión importante en su calidad de vida. Éstas son la causa del deterioro de la movilidad y de la limitación funcional en los ancianos, lo que les predispone al riesgo de caídas y a un consecuente aumento de la dependencia.

Las alteraciones que afectan a los pies van desde procesos que podemos considerar simples y solucionables, como callosidades, durezas o alteraciones ungueales, hasta otros de carácter crónico asociados a patologías generalizadas que en las edades avanzadas afectan a las extremidades inferiores y especialmente a los pies. A ello

podemos sumar el tipo de calzado que la persona anciana ha utilizado a lo largo de su vida, que en muchas ocasiones ha hecho que el pie se adapte a él, en vez de ser el calzado el que se ha adaptado.

Por todo ello debemos tener presente la importancia de la exploración de los pies de las personas ancianas que cuidamos. Debemos saber también cuáles son los procesos relacionados con el pie, a los que con mayor frecuencia vamos a tener que hacer frente en el cuidado cotidiano de las personas ancianas.

Alteraciones estructurales del pie en la persona anciana

En este punto vamos a describir las afecciones que con mayor frecuencia afectan a los pies de las personas ancianas, y que como consecuencia repercuten disminuyendo la calidad de vida del mismo, al impedirles la realización de actividades en las que es necesario caminar.

• **Hallux valgus**

Se encuentra dentro de las metatarsalgias, presentándose con mayor frecuencia entre las mujeres, comúnmente conocido como juanete, es un crecimiento anormal de la articulación de la base del primer dedo del pie, dando lugar a una prominencia de la primera articulación metatarsofalángica sobre la que se forma una bolsa secundaria a la presión e inflamación, produciendo una pérdida de su alineación. Entre sus causas desencadenantes se encuentran factores hereditarios, el calzado inapropiado, en especial el estrecho, la artritis y los pies planos.

Su tratamiento en ausencia de complicaciones consiste en utilizar un calzado adecuado y que se adapte a la forma del pie, en el seguimiento de un tratamiento farmacológico antiinflamatorio, si resultara necesario. Si las molestias son muy importantes, se valoraría un tratamiento quirúrgico que realinearía el dedo.

• **Dedo en martillo**

Es la deformación en flexión de las articulaciones interfalángicas que pueden afectar a varios dedos del pie. Se relaciona con el uso del calzado inapropiado y también con el uso de calcetines excesivamente ajustados. El tratamiento pasa por medidas correctoras, como los ejercicios pasivos, ortesis de silicona, etc, o quirúrgicas cuando el grado de deformidad es importante y no mejora con las medidas correctoras.

• **Talalgias**

Es la presencia de dolor al apoyar la zona plantar del talón. Se presenta al iniciarse la marcha, y tiene la característica de ser intenso e insoportable, llegando a producir una claudicación intermitente de la marcha. Al igual que los anteriores procesos, se produce por la utilización de un calzado inadecuado por tener poco talón y una suela delgada y flexible. También intervienen factores como la disminución de la grasa plantar por atrofia de las células fibroadiposas del talón, que provoca que las prominencias óseas apoyen directamente al haber perdido el almohadillado amortiguador que la grasa ofrecía.

• **Neuroma de Morton:**

Es un dolor agudo que puede confundirse con una metatarsalgia, pero que se diferencia de ella porque el dolor en este caso es del tipo eléctrico, intenso, situado a nivel intermetatarsiano, casi siempre en el tercer espacio, y que se extiende a los dedos y a las piernas. Su causa es que los nervios interdigitales quedan atrapados en su paso por las cabezas de los metatarsianos.

En la crisis dolorosa, la persona necesita con urgencia quitarse el zapato y darse masajes en el pie para conseguir alivio.

El tratamiento consiste en la utilización de prótesis en las partes medias del calzado y de almohadillados que separen las cabezas de los metatarsianos. Cuando esta terapia fracasa se recurre a la extirpación quirúrgica del neuroma.

• **Helomas o callos**

Son áreas de engrosamiento circunscritas de la capa córnea de la epidermis que penetran en la dermis llegando al tejido óseo, producidas por la presión de causas endógenas, como pueden ser las prominencias óseas de la zona donde se ha desarrollado el heloma, por causas exógenas como el uso de calzado inadecuado. El dolor causado es variable, dependiendo de la zona donde se localiza la lesión y de su evolución. Se suelen encontrar con mayor frecuencia en los dedos más pequeños.

Son lesiones que, si no son tratadas adecuadamente, pueden producir inflamación e infecciones, llegando incluso a enmascarar una UPP. Por ello es recomendable que las personas ancianas acudan a un podólogo.

• **Hiperqueratosis**

Conocidas comúnmente como durezas, se producen por un engrosamiento de la capa córnea de la epidermis que se presenta como una capa de piel endurecida, siendo su parte central más gruesa que el resto de la dureza.

Las causas de su desarrollo y las molestias o dolor son similares a las de los helomas, lo que varía son las zonas donde se presentan, frecuentemente las plantas de los pies. Las medidas terapéuticas recomendadas son las mismas que en los anteriores. Así se evitarán las complicaciones que se pueden desarrollar, como inflamación o infección, o una UPP.

• **Sequedad y descamación de los pies**

La sequedad y descamación de los pies se confunde muchas veces con una infección micótica, ya que suele ir acompañado de prurito intenso ante el cual la persona anciana afectada actúa con un rascado intenso que ocasiona inflamación y heridas abiertas.

La causa de esta sequedad está relacionada con un cambio fisiológico del envejecimiento: la disminución de la secreción de las glándulas sebáceas, o con otros factores como el uso de jabones altamente desengrasantes. Otra consecuencia de la sequedad de la piel en los pies es la aparición de fisuras o grietas, sobre todo a nivel de los talones, que pueden tener graves consecuencias. La mayoría de personas

ancianas presentan una perfusión sanguínea periférica deficitaria, y evidentemente este déficit afecta al talón, con lo cual existe un potencial riesgo de infección bacteriana.

La mejor estrategia de actuación para evitar la irritación de la piel de los pies consiste en adoptar unas buenas medidas de detección y de prevención de los problemas, como la inspección detallada y diaria de los pies, así como la higiene diaria utilizando jabones suaves y el masaje con crema hidratante. Así conseguiremos que la piel de los pies esté hidratada y se mantenga íntegra.

• **Onicocriptosis**

También conocida como uña encarnada, es una lesión que afecta a la uña del dedo gordo del pie. Se produce por un corte incorrecto de la uña o por una presión externa crónica normalmente producida por el uso de un calzado inapropiado, que provoca que los bordes externos de la uña penetren en la piel periungueal. Se produce entonces una respuesta local inflamatoria que deriva en la mayoría de los casos en una infección bacteriana. Ésa es una afección seria que se puede complicar más si la persona anciana está afectada por alguna patología crónica como diabetes o arteriosclerosis, ya que en estos casos las complicaciones pueden resultar en un proceso gangrenoso e incluso una amputación. Por ello es necesaria una vigilancia exhaustiva, para así detectar precozmente los riesgos potenciales y conseguir que disminuyan las complicaciones graves.

La terapia consiste en un abordaje terapéutico preventivo. Se debe cortar la uña en línea recta perpendicularmente a los bordes para evitar que se enclaven en el tejido circundante.

Cuando la uña ya está encarnada y la lesión es evidente y complicada, el tratamiento muchas veces pasa por la extirpación de la uña de forma total o parcial.

• **Hipertrofia ungueal**

Conocida como engrosamiento de la uña (onicocauxis), es un proceso en el que intervienen el propio proceso de envejecimiento, alteraciones nutricionales, traumatismos locales repetidos, inflamación local, infección local y trastornos degenerativos como un insuficiente aporte sanguíneo al lecho ungueal. Todos estos factores provocan que la uña se engrose, se decolore y se desprege distalmente, lo que favorece el acúmulo en ella de sustancias de desecho así como la presencia de onicomiosis.

Entre las complicaciones que se pueden presentar, se encuentra la presencia de dolor causado bien por la presión del calzado sobre la zona o bien por un traumatismo que haya ocasionado una hemorragia subungueal, o la aparición de procesos patológicos de carácter sistémico, como las vasculopatías periféricas, que complicarían el proceso inicial pudiendo conducir a una necrosis por presión que acabe en una úlcera o gangrena.

Por ello es preciso que las personas ancianas que tengan problemas en sus pies que afecten a las uñas acudan al podólogo de una forma periódica para que las con-

trole y revise; también para que les recomiende el tratamiento antimicótico a seguir, si fuera necesario, y las normas que deben seguir tanto en el cuidado como en la higiene de sus pies. Todo ello repercutirá en su calidad de vida y se evitarán muchas complicaciones y dependencias.(3)

PIE DIABÉTICO

La diabetes mellitus supone un problema mayor de salud al tratarse de una enfermedad crónica con una prevalencia de entre un 5 y un 8%, porcentaje que va incrementándose a lo largo de los años. El 25% de los pacientes diagnosticados como diabéticos desarrollan problemas en el pie relacionados con la enfermedad. El riesgo que tiene una persona diabética de sufrir una amputación no traumática en el miembro inferior es 20 veces mayor que aquella que no lo es.(4) De hecho, la diabetes es la causa médica número uno de amputaciones del miembro inferior.(5)

La definición de pie diabético propuesta por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular es: “se define el pie diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie”

En el pie diabético, al no ser una entidad nosológica única, hay un gran número de factores que contribuyen a su desarrollo y perpetuación. Existen unos factores predisponentes que sitúan al pie de riesgo, que son principalmente la neuropatía y la macroangiopatía; unos factores desencadenantes, el traumatismo que suele ser mecánico, y unos factores agravantes, la infección y la propia neuropatía e isquemia.(4)

Sólo la tercera parte de los diabéticos desarrolla neuropatía distal, la cual provoca más del 40% de las lesiones del pie diabético, pues el deterioro en la sensibilidad impide practicar marchas protectoras, cuando se ha producido una lesión dolorosa. La neuropatía diabética produce pérdida o disminución de dolor, así como de propiocepción y toque.(5)

Las úlceras neuropáticas son las lesiones que más preocupan. Se presentan en un pie que no tiene sensibilidad y con hiperqueratosis crónica provocada por la neuropatía sensitiva distal que produce una anestesia de la zona. Las presiones repetidas y mantenidas sobre una zona terminarán provocando necrosis y una úlcera, sin que la persona anciana diabética perciba ningún tipo de molestia alarmante.(3) Al ser indoloras hace que muchos pacientes demoren la consulta al personal sanitario.(5)

El otro tipo de úlceras son las isquémicas, en las que la presencia de hiperqueratosis es extraña.(3) Comienzan por una lesión necrótica pequeña que asemeja a una ampolla, por lo común se encuentra en un sitio de presión del pie o de los dedos. El centro de tal lesión se necrosa o esfacela, lo que forma la úlcera, con un anillo eritematoso circundante.(5) Las úlceras del pie suelen presentar tanto trastornos neuropáticos como isquémicos, por ello en su clasificación se tiene en cuenta sobretudo la gravedad de la lesión. Para determinarla se utiliza la escala de Wagner, que clasifica las úlceras diabéticas según el grado de gravedad,(3) así, el grado 0 tiene piel intacta, mientras el grado I presenta una úlcera superficial que afecta tan sólo la piel y el

tejido subcutáneo; las úlceras de grado II se extienden a tendones, hueso y cápsulas articulares subyacentes, sin osteomielitis o absceso de fondo; por su parte, el grado III es una úlcera profunda con osteomielitis, abscesos o piartrosis relacionadas; el grado IV presenta gangrena en los dedos de los pies, o en un punto distal de la parte anterior del pie; el grado V muestra gangrena en la parte media o en la parte posterior, o bien, en ambas. Es necesario el uso de radiografías para determinar la presencia de osteomielitis.(5)

Tratamiento de las complicaciones

Grado 0: aplicación de calzado adecuado, ortesis y cuidados podológicos. Protocolo de profilaxis.

Grado 1: antibióticos según cultivo, curas, restricción o modificación de la carga y control de la glucemia.

Grado 2: el mismo que el anterior más valoración ósea. Desbridamiento profundo, tratamiento ambulatorio.

Grado 3: hospitalización, antibioci.v., desbridamiento de tejidos necróticos e infectados y drenaje de abscesos y cavidades, control de glucemia, resección ósea y articulaciones afectadas, cirugía plástica y cierre.

Grado 4: lo mismo que el grado 3 excepto para la necesidad de amputación local, que estará determinada por la viabilidad tisular y la perfusión.

Grado 5: amputación mayor.

Prevención

Tanto el aumento de la calidad de vida de los pacientes como la reducción de los costes que las complicaciones del pie generan, pasan por una buena prevención en unidades especializadas multidisciplinares.

Basándonos en los grados de riesgo, se debe confeccionar un plan de atención y cuidados propios del pie con el fin de prevenir la aparición de las complicaciones propias del pie diabético. La clasificación del riesgo permitirá también planificar el tiempo de revisión de los pies. Así pues, el grado 5 deberá ser controlado cada 4 semanas y el grado 1 cada 12 meses. Los grados intermedios dependerán de las malformaciones óseas y de las particularidades individuales.

Las líneas maestras para la prevención y tratamientos de las complicaciones del pie diabético son:

- redistribución de las fuerzas: con ello se elimina la presión excesiva que se encuentra en puntos concretos.
- Resección de hiperqueratosis, esfácelos o necrosis.
- Revascularización: en caso de úlcera isquémica, es el método de elección para la cicatrización.
- Educación al paciente: cuanto más sepa el paciente sobre su enfermedad, antes se podrá poner el tratamiento adecuado ante la aparición de cualquier anomalía.

PIE DEGENERATIVO:

La prevalencia de la artrosis del pie es muy alta y, como en otras localizaciones, aumenta con la edad, llegando a estimarse en un 50% en mayores de 75 años. La primera articulación metatarsofalángica es la afectada con mayor frecuencia.

Factores de riesgo de la artrosis:

Generales: aunque se desconoce la etiología exacta de la enfermedad degenerativa articular, existen unos parámetros asociados a su desarrollo, que son la edad, el sexo, la raza, la predisposición genética, la obesidad, la sobrecarga mecánica, los traumatismos articulares, las anomalías congénitas y del desarrollo óseo o articular, la existencia de artropatías inflamatorias previas y algunas enfermedades endocrinas y metabólicas.

Específicos: como en el resto de las articulaciones del miembro inferior, la existencia de sobrecarga ponderal tiene una específica relevancia para el desarrollo de la enfermedad. En muchas ocasiones también contribuye el uso del calzado inadecuado. También resulta importante el sobreuso de determinadas articulaciones por causas profesionales (deportistas, bailarines, etc). Los factores mecánicos y vasculares hacen del pie una zona de asiento muy frecuente de las osteonecrosis; éstas a su vez provocan hundimientos e incongruencia articular, que finalmente desembocan en artrosis. La clínica de la enfermedad articular degenerativa del pie es larvada en los primeros estadios y con frecuencia menos florida que la deformidad asociada. Los principales síntomas son el dolor mecánico, la limitación de la movilidad, existiendo a la exploración deformidad y ruidos (crepitación y chasquidos) con los movimientos, así como las complicaciones asociadas en partes blandas (tendinitis, bursitis, contracturas, etc) en la infancia, la presencia de deformidades da lugar a frecuentes caídas y cansancio precoz. En la juventud se acentúa la deformidades produce un desgaste desigual y una deformación en el calzado, aparece cansancio con los esfuerzos moderados y son frecuentes las contracturas musculares y los episodios de tendinitis. Finalmente, es en la edad adulta donde la clínica característica de dolor e impotencia funcional hace su aparición. Este aspecto clínico secuencial tan característico convierte en importante la exploración detallada de la movilidad articular completa y de la marcha en adolescentes con esguinces o con tendinitis de repetición.

Formas clínicas

En la bóveda, las formas clínicas de la artrosis son secundarias en la mayoría de los casos a las deformaciones del tarso y, en particular, al pie plano valgo. Otras causas frecuentes son traumatismos, fracturas, osteonecrosis de astrágalo y escafoides y artropatía inflamatoria. Pueden afectarse las articulaciones subastragalina, astragaloescafoidea (y otras intertarsales) y tarsometatarsiana. En el antepié, la articulación afectada con mayor frecuencia es la primera metatarsofalángica. Es también la primera causa de artrosis en el pie y el detonante de la aparición de la enfermedad degenerativa en otras articulaciones del antepié. A su génesis contribuyen la deformidad en hallux valgus, la artrosis gotosa y otras artropatías, los traumatismos de repetición y el uso de calzado inadecuado.

En el pie plano, como en otros procesos degenerativos del pie, la clínica que produce el pie plano está determinada por el proceso y el tiempo de evolución. En el pronóstico es más importante la movilidad de las articulaciones y la competencia de los tendones que el grado de aplanamiento del arco. En el niño, la existencia de contractura del tendón aquileo se asocia de forma estrecha a la aparición de disfunción del pie. Mientras que con frecuencia los niños presentan caídas, en la adolescencia aparece deformidad y contractura de peroneos y en el adulto se observan los cambios degenerativos que determinan la aparición de dolor crónico e impotencia funcional.

El pie cavo produce una disminución de la movilidad astragaloescapoidea, con lo que el pie no pronota correctamente después del golpeo del talón y, como consecuencia, no se produce una adecuada absorción del choque. Por ello es frecuente la aparición de dolor en el arco. La alteración del ángulo metatarsofalángico puede dar lugar a aparición de callosidades en la zona de la cabeza de los metatarsianos y a episodios de metatarsalgias.

Metatarsalgias: el dolor en la cabeza de los metatarsianos es muy frecuente incluso en ausencia de alteraciones biomecánicas. Esto ocurre, por ejemplo, al caminar por terrenos irregulares, correr en superficies duras y por usar asiduamente tacones elevados o suelas poco almohadilladas. Sin embargo, lo más frecuente es su aparición cuando existe un trastorno previo como pie plano, pie cavo, hallux valgus o hallux rigidus.

Deformidades de los dedos:

Hallux valgus Es la deformidad del primer dedo en abducción, que generalmente se asocia a desviación medial del primer metatarsiano. Sobre el desarrollo del hallux valgus influyen factores intrínsecos, como la existencia de metatarsus primus varus, una articulación cuneometatarsiana oblicua, una fórmula tipo index minus o index plus y un pie plano con laxitud ligamentosa generalizada. También inciden factores extrínsecos; fundamentalmente el uso reiterado de calzado apretado y con tacón alto, la existencia de enfermedad neurológica de base. Es frecuente la asociación familiar, suele ser bilateral y es más prevalente en mujeres. En principio, el hallux valgus es una deformidad asintomática. Aparece dolor por factores mecánicos o cuando la deformidad evoluciona hacia una artrosis de la articulación metatarsofalángica

Hallux limitus: la presencia de osteofitos en la parte dorsal de la primera articulación metatarsofalángica produce tendinitis del extensor del dedo. El crecimiento óseo da lugar a una disminución de la dorsiflexión del dedo, movimiento esencial para la marcha. El apoyo durante la fase de despegue de los dedos se traslada a las otras articulaciones metatarsofalángicas con el fin de proteger esta articulación de la dorsiflexión dolorosa, apareciendo una inversión compensadora del pie durante la marcha.

Hallux rigidus: es el estadio terminal de la artrosis de la primera metatarsofalángica. Se define por la ausencia de movilidad de esta primera articulación metatarsofalángica a consecuencia de la formación de osteofitos. Cursa con dolor intermitente.

Dedo en martillo: es una deformidad habitualmente múltiple y asociada a la existencia de enfermedad degenerativa a otros niveles. Consiste en la flexión de la articulación interfalángica proximal acompañada con frecuencia de hiperextensión de la metatarsofalángica distal. Es una causa muy frecuente de dolor en la cabeza del metatarsiano que aparece deprimida.

Dedo en maza: consiste en la flexión de la interfalángica distal. Aparece con mayor frecuencia en el 2º dedo.

Dedo en garra: es la contractura en flexión dorsal de la articulación metatarsfalángica, acompañada de flexión de la interfalángica proximal y, en ocasiones, de la interfalángica distal. A veces aparece en los cuatro dedos simultáneamente. La depresión de las cabezas de los metatarsianos provoca metatarsalgia en esta deformidad.

CUIDADOS DEL PIE ANCIANO

Medidas generales:

En todos los casos de dolor de pie de origen degenerativo se debe evitar el sobrepeso, las escaleras, los terrenos irregulares y la bipedestación prolongada. En muchos casos estará además indicado el empleo de bastón contralateral o andador y la elaboración de plantillas u otros elementos de descarga. El diseño de estos elementos ha de ser muy cuidadoso, con un estudio completo del apoyo individualizado, sin forzar la corrección, elaborados con material rígido y se deben asociar con fisioterapia y rehabilitación. El calzado debe estar diseñado para alojar las deformidades y reforzado en las zonas asociadas de inestabilidad o de debilidad tendinosa. Las medidas analgésicas incluyen el reposo, la aplicación de calor húmedo, la fisioterapia, y en ocasiones el uso del paracetamol o AINEs. En caso de que existe enfermedad asociada de partes blandas puede recurrirse a la infiltración local de corticoides. El dolor en la articulación subtalar mejora también sensiblemente con este tratamiento. (6)

Tratamiento regular del pie

Se realizará en todos los grados de riesgo y comprende:

- **QUIROPODOLOGÍA:** es el conjunto de técnicas encaminadas al cuidado de las hiperqueratosis, uñas y piel en general.

Deslaminación de hiperqueratosis: las hiperqueratosis se producen normalmente como respuesta de la piel a un incremento de presión o fricción. Los sitios más comunes de localización son a nivel plantar en las cabezas metatarsales y a nivel dorsal en las articulaciones interfalángicas de los dedos. Pueden asentarse también en los espacios interdigitales en forma de helomas. El callo debe ser eliminado por medio de un bisturí y por parte de un podólogo. Los agentes químicos se deben evitar en general y en particular en los diabéticos, ya que poseen ácidos los cuales pueden provocar una patología mayor (úlceras) en la zona de aplicación debido a la hipoestesia.

En el talón, en el caso de existir xerosis o grietas, se debe aconsejar el uso de cremas hidratantes y en el caso de que la grieta esté abierta habrá que aplicar sustancias antisépticas y aconsejar el que no se use calzado destalonado el cual aumenta su aparición.

Corte y fresado de las uñas: el motivo más común de consulta podológica por parte de los pacientes es debido a una alteración ungueal. Las uñas se deben cortar rectas y siguiendo la línea del dedo, procurando que las esquinas queden fuera del canal y limarlas para redondear la punta. En el caso de alteraciones ungueales como las onicomycosis y onicogriposis, el tratamiento se basa en quitar la presión excesiva que pueden ocasionar las uñas sobre el lecho, lo que puede dar lugar a hematomas e infecciones. Los canales ungueales se deben dejar limpios y libres, así como hay que evitar las espículas que nos pueden ocasionar la onicocriptosis. En casos necesarios se deberá realizar cirugía ungueal con el fin de evitar o tratar infecciones en la zona.

Los cuidados del pie pasan por una buena higiene e hidratación. Se aconsejan las cremas hidratantes con urea.

• BIOMECÁNICA Y ORTOPODOLOGÍA

Es el conjunto de técnicas encaminadas a la redistribución de la presión por todo el pie, absorber la carga, modificar la zona de apoyo y aportar suficiente espacio en el calzado para acomodar el pie sin exceso de presión y con suficiente profundidad.

Para realizar un adecuado tratamiento ortopodológico se debe realizar previamente un exhaustivo examen biomecánico. Una vez se obtiene el diagnóstico se confeccionará el tratamiento ortopodológico más adecuado partiendo de la obtención del molde del pie, en el caso de plantillas o usando técnicas de aplicación directa. En ningún caso se deben utilizar plantillas estándar o preconfeccionadas, las cuales no sólo no realizan la función que de ellas se espera, sino que pueden agravar el problema. El tratamiento ortopodológico debe seguir cuatro principios básicos: absorción de la carga, distribución de la presión sobre un área de contacto aumentada de la superficie plantar, modificación de la zona de apoyo de la marcha y aportar suficiente espacio y profundidad en el calzado para acomodar el pie y la ortosis sin exceso de presión. En el caso de malformaciones en los dedos, se pueden realizar las ortesis o protecciones digitales confeccionadas a medida, normalmente con silicona, que disminuyen y redistribuyen las presiones anormales del pie, liberan o elevan las zonas de carga aumentando el área total de contacto y redistribuyendo las fuerzas.

El calzado en el pie diabético es una pieza fundamental para el cuidado y prevención de las complicaciones. Los mal ajustados o inapropiados son causa mayor de lesiones en el pie diabético. Se recomiendan, en todos los casos, zapatos extra-profundos que permitan acomodar el pie, incluso con el tratamiento ortopodológico.

EDUCACIÓN AL PACIENTE:

Los pacientes geriátricos, en general, y los diabéticos, sobretodo, deben acostumbrarse a coger unos hábitos de vida y cuidados con el fin de evitar en todo lo posible la aparición de las complicaciones de su enfermedad. Lo más importante de todo sería el control de su glucemia y las revisiones periódicas por parte de su endocrino o médico de referencia*****.

En lo referente a los pies, existen unas normas básicas, aprobadas por todos los colectivos a nivel nacional e internacional para el cuidado personal e higiene de los

mismos. Los consejos que se deberían seguir para el control de los pies serían:

- Inspeccione sus pies diariamente. Compruebe que no haya lesiones ni ampollas. Use un espejo para observar la planta de los pies. Diga que le ayuden si usted no puede.

- Lleve siempre calcetines con los zapatos. Pueden evitar rozaduras.
- Observe el interior de los zapatos por si hubiera cuerpos extraños.
- Procure llevar zapatos de piel. Cámbieselos frecuentemente.
- No ande descalzo nunca, ni tan siquiera en la playa, piscina o gimnasios.
- No use botellas de agua caliente para calentarse, ni se acerque mucho a la calefacción.
- No se quite usted los callos, ni se corte las uñas.
- No use ácidos ni callicidas.
- Lávese los pies diariamente y procure secárselos bien.
- Aplíquese crema hidratante.
- Compruebe la temperatura del agua con el codo o un termómetro antes de tomar un baño o ducha.
- Córtese las uñas rectas y límeselas con una lima de cartón, no metálica.
- Acuda al podólogo cuando sea necesario o en caso de observar anomalías.
- Contrólese su diabetes y no fume. (4)

RECOMENDACIONES DEL CALZADO GERIÁTRICO

• Los aspectos de seguridad y estabilidad son fundamentales y los más importantes en el calzado pues la presencia de cambios en la marcha puede facilitar caídas. (7) Tiene que tener suela antideslizante y no demasiado gruesa(hay que sentir el suelo) (4) Es necesario vigilar que la suela no esté desgastada y que no resbalen en suelo seco y/o mojado.

• Un calzado inadecuado puede provocar lesiones en la piel o úlceras por sobre-presión en la planta debido a los cambios fisiológicos propios de la edad.

• El material del calzado debe ser flexible, transpirable y que proteja frente al frío.

• Es importante cambiar el uso del calzado para ventilar bien el pie.(7) Tener al menos dos pares para airear un par cada día. (4)

• Debe ser de abrochado fácil y de ajuste regulable que permita alojar el pie sin comprimirlo.

• Es importante que sea ancho para permitir introducir plantillas blanditas (de amortiguación), el acolchado es importante sobretudo en aquellos que presenten problemas de la piel.

• Se recomienda vigilar el peso del calzado, conviene que sean ligeros.

• La altura del tacón no debe ser mayor de 2cm.(7) ya que el reparto del peso del cuerpo depende de la posición en que se encuentre el pie: Cuando el apoyo se realiza en un plano horizontal (pie en ángulo recto o posición plantígrada), el peso se reparte entre el talón y el antepié en una proporción de un 55 % hacia talón y un 45% hacia el antepié. En relación con el porcentaje de reparto de la carga existen, no obstante grandes discrepancias entre los distintos autores; así, hay autores que señalan

que el reparto es el 50% en tanto que otros señalan que más de las 2/3 partes de la fuerza (el 80% señalan algunos) van a parar al calcáneo y menos de 1/3 al antepié. Cuando el pie se encuentra en un plano inclinado hacia arriba se produce una sobrecarga del talón, llegando a ser del 100% cuando se encuentra en talus. Un simple tacón de 2cm. consigue igualar los dos apoyos, y en un plano muy pendiente hacia abajo, la sobrecarga será anterior. Cuando el pie se encuentra en equino, el 100% de la carga es soportada por el antepié. La posición ideal o más favorable para la marcha cómoda es aquella en la que la articulación del tobillo se encuentra en unos 10° de flexión plantar, lo que equivale a una elevación del talón de unos 2cm. (8)

- Se prefiere que sean cerrados de talón. (7) No usar zapatos destalonados de ninguna clase. (4)

- También son necesarios contrafuertes rígidos.

- Almohadillado bajo el tobillo.

- En el interior del calzado se prefiere que no llenen relieves o costuras.

- Debe haber una plantilla que distribuya las presiones: como una cazoleta (que amortigüe y de estabilidad) un soporte del arco longitudinal interno (para evitar el aplanamiento de la bóveda) y especialmente en mujeres se debe incorporar apoyos retrocapitales y barras metatarsales para disminuir la sobrepresión en el antepié.

- La puntera deberá ser redondeada, cuadrada u oblicua nunca puntiaguda. (7) No demasiado ancha ni demasiado estrecha. (4)

- La parte delantera (puntera) debe tener cierta elevación que ayuda al balanceo de la marcha con el fin de disminuir los tropezones. (7)

- Se debe comprar a última hora, cuando los pies están más hinchados.

- No debe llevarse más de 30 min o 1 hora el calzado nuevo durante los primeros días.

- Comprobar todos los días el interior del mismo con la mano para descubrir la existencia de grietas, clavos u otro cuerpo extraño.

- Los calcetines y las medias serán suaves y absorbentes, preferiblemente de algodón. Se deberán ajustar al pie de manera que no queden pliegues, ni demasiado estrechos que dificulten la circulación y se deben cambiar a diario por otros limpios. (4)

CONCLUSIONES

El envejecimiento es un proceso orgánico, funcional y continuo que afecta a todos los seres vivos y a cada uno de forma singular, característica, idiosincrática.

En los pies, este proceso se manifiesta con hallux valgus, alteraciones digitales estructurales, talalgias, neuroma de Morton, helomas, hiperqueratosis, sequedad, onicocriptosis, hipertrofia ungueal, ..., que comportan una repercusión en la calidad de vida por el deterioro de la movilidad y la limitación funcional a los que se asocian.

Unos problemas de salud con especial importancia son el pie diabético y el degenerativo. Las complicaciones del pie diabético más preocupantes son las úlceras neuropáticas y las úlceras isquémicas que pueden acabar con la amputación de amplias secciones del pie. Para evitarlo, el primer paso es la prevención y la educación para la salud. En cuanto al pie degenerativo, cabe diferenciar las patologías que se dan en

el pie cavo y pie plano. También se observan deformidades en los dedos, principalmente en el primero.

Los cuidados en los que se debe insistir son la quiropodia regular con la deslaminación de hiperqueratosis y el corte y fresado de las uñas; el estudio de la biomecánica para redistribuir las presiones, absorber las cargas y modificar la zona de apoyo; la educación al paciente para la observación y atención diaria a los pies y la elección y posterior uso de un calzado adecuado.

Estas medidas preventivas podrían ser llevadas a cabo óptimamente por un profesional de la salud dedicado en exclusiva al cuidado de los pies, como es el podólogo, pero muchas veces, ante la ausencia de esta figura en los centros de trabajo, somos los enfermeros los que tenemos que enfrentarnos a complicaciones pédicas de nuestros pacientes con claras deficiencias de material específico.

BIBLIOGRAFÍA

- El pie diabético F. Javier Aragón Sánchez, P.P. Ortiz Remacha Ed: MASSON.
- Cuerpo y mente nº141. pág:56.Carmen Giró
- Enfermería geriátrica. Cuidados integrales en el anciano. M. Quintanilla Martínez. Ed: MONSA
- Protocolo en la unidad del pie diabético. Ángel Camp Faulí. Ed: Federación Española de Podólogos
- Síndromes dolorosos. Tobillo y pie. Rene Caillet. Ed: manual moderno.
- El pie; monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor. Ed: masson, S.A.1997. A. Herrera Rodríguez.
- Recomendaciones del cuidado geriátrico. Paloma López 2003
- LÓPEZ MUÑIZ, A; HERNÁNDEZ, L. C. El pie en los albores del siglo XXI. Mieres: Federación Española de Podólogos, 1997.

MESA DE PONENCIAS N° 4

“ El equipo gestor de casos “

Moderada por D. Miguel Angel Fernández Molina
Director de Enfermería Hospital General universitario de Alicante
Licenciado en Antropología.

**ACELERACIÓN DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN EN
HERIDAS CON PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULA-
CIÓN MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN APOSITO
BIOACTIVO (TRIONIC®).**

Juan Jose Tarín Sáez
Sergio Jose Sanz Espla
Enfermeros Unidad de Heridas “Sanet” Hospital San Vicente

INTRODUCCIÓN

La curación de las heridas ha sido, y sigue siendo en la actualidad, un tema muy debatido tanto a nivel científico como práctico. La actuación de la Enfermería en el tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas tiene una gran importancia en cuanto a los criterios para su cura, partiendo de una adecuada valoración de la lesión y del paciente.

Es de gran importancia la identificación de las Fases de la Cicatrización para así poder elegir el tratamiento idóneo entre la multitud de productos existentes en el mercado.

En Italia durante 1616 Cesare Magati establece un nuevo horizonte en el cuidado de las heridas de acuerdo con el siguiente enunciado: "Es la naturaleza y no los medicamentos la que cura las heridas", para ello se apoya en dos principios fundamentales:

- El menor número de cambios disminuye la posibilidad de lesionar los nuevos tejidos.
- Los tratamientos locales deben ser sencillos.

Magati fue un gran innovador y el "Método Magatiano", basado en la cura oclusiva, fue adoptado en el siglo XIX para proteger la herida de la contaminación ambiental, creando así uno de los fundamentos históricos más importantes en el tratamiento moderno de las heridas en un medio húmedo que favorezca la cicatrización.

Dentro del proceso de cicatrización de las heridas, una vez superada la fase inflamatoria mediante la limpieza, el desbridamiento y el manejo de la carga bacteriana de la herida, nos encontramos ante un lecho de úlcera limpio, un lecho de úlcera en condiciones óptimas para que se desarrolle la cicatrización de las heridas, estaríamos en la fase de proliferación del tejido de granulación.

La fase de formación de la neodermis, o reparación epidérmica, juegan un papel importantísimo los fibroblastos, el colágeno, la matriz extracelular y los queratinocitos, todo ello unido a la formación de nuevos vasos sanguíneos (Neoangiogénesis) ricos en nutrientes y oxígeno.

El apósito bioactivo, TRIONIC®, es el primer apósito que libera directamente iones en el entorno celular, en el lecho de la herida.

Es una estructura de alginato cálcico, procedentes de algas pardas y clorofila, sobre la que se combinan iones Calcio, Zinc y Manganeso, que promueven el proceso de cicatrización, aportando iones directamente al lecho de úlcera limpio, accele-

rando el proceso de cicatrización y acortando el tiempo de curación de las heridas.

Los apósitos bioactivos (TRIONIC®) son estructuralmente resistentes en contacto con fluidos que contienen sodio tales como sangre, exudado de la herida, creando un entorno óptimo para la regeneración tisular. Los iones contenidos en los apósitos bioactivos (TRIONIC®); Calcio, Zinc y Manganeseo, estimulan la actividad celular y de este modo aceleran la regeneración tisular.

OBJETIVOS

Hasta los años 60 aproximadamente, se creyó que las heridas debían mantenerse secas para evitar la infección y ayudar al proceso de la cicatrización. Entre los años 50 y 70, varios investigadores profundizaron en las ventajas que suponía para la cicatrización de las heridas mantener un medio húmedo que favoreciera la migración celular y la reepitelización. La investigación realizada por Winter demostró que en condiciones de sequedad la herida se deshidrata y genera un medio desfavorable para los elementos nutritivos y los procesos celulares. Por otra parte, un medio húmedo proporciona condiciones óptimas para la cicatrización, permitiendo que el organismo utilice del mejor modo posible sus propios recursos al respetar los tejidos recién formados.

Ante la multitud de productos, existentes en el mercado, para las curas de las heridas; y de sus características, los objetivos que nos planteamos con este estudio son:

- Conocimiento e identificación de las fases del Proceso de la Cicatrización. Recordar la importancia que tiene este conocimiento para la Enfermería, como promotora de la cicatrización.

- Elegir el tratamiento más adecuado en función de las distintas fases de la cicatrización.

- Conocer los productos más indicados en cada fase de la cicatrización, basándonos en las evidencias clínicas y en la experiencia.

- Conocer los efectos del apósito bioactivo TRIONIC® como acelerador de la cicatrización en heridas con presencia de tejido de granulación.

- Unificar criterios para tratamiento local en función de la fase de cicatrización.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio científico durante 30 días de 20 casos en pacientes que presentaban úlceras por presión en fase de granulación, previa descontaminación profiláctica durante 15 días con apósito de malla bactericida. Los pacientes estaban ingresados en unidades de hospitalización del Hospital San Vicente. También se recogió bibliografía sobre el proceso de la cicatrización, para su comprensión e identificación de sus fases; y la influencia que puede ejercer la Enfermería sobre dichas fases.

EL PROCESO DE LA CICATRIZACION. ETAPAS.

El proceso de cicatrización es el resultado de una combinación de fenómenos hemodinámicos y celulares complejos, relacionadas con el tiempo, y se desglosa tra-

dicionalmente en tres etapas principales: desbridamiento, granulación y epitelización.

La tipología de las heridas puede incidir en la velocidad del proceso. Si no se controlan los principales factores casuales, como la presión en las úlceras por presión, o, la insuficiencia venosa en las úlceras vasculares venosas, el proceso de cicatrización puede dilatarse en el tiempo e incluso llegar a no producirse de manera completa y satisfactoria.

También hay que tener en cuenta algunos factores generales como la edad, el estado físico, estado nutricional y la patología subyacente que pueda presentar el paciente.

FASE INFLAMATORIA (DESBRIDAMIENTO).

En respuesta a la ruptura de la piel y/o de los vasos sanguíneos, aparece una reacción inflamatoria como consecuencia de la vasoconstricción y vasodilatación de dichos vasos.

La vasoconstricción aparece a causa de la liberación de una serie de sustancias químicas por parte de las plaquetas. A continuación, estas últimas se agrupan y revisiten las paredes de los vasos sanguíneos afectados. El agrupamiento de las plaquetas genera un tapón conocido como coágulo blanco, que constituye la primera etapa del cierre de la herida. Seguidamente, el coágulo blanco se convierte en rojo por adherirse gran cantidad de fibrina.

La vasodilatación es causada por la liberación de histamina, serotonina y quinina. Estas sustancias son las responsables del incremento del flujo sanguíneo local, que causa eritema y un aumento de la temperatura cutánea, aumentando al mismo tiempo la permeabilidad de las paredes de los vasos sanguíneos. Esto induce a la liberación de exudado de origen dérmico sobre la superficie de la herida, que a su vez causa edema, estimulando a las terminaciones nerviosas locales produciendo la sensación de dolor. El exudado dérmico proporciona condiciones nutritivas excelentes para la reparación cutánea, permitiendo de este modo la migración de las diversas células implicadas en el proceso de la cicatrización.

Esta fase inflamatoria tiene como objetivo la limpieza de la herida de todo aquello que pueda interferir en el proceso de la cicatrización, y preparar la siguiente fase.

Las células sanguíneas presentes en la herida e implicadas en el proceso de limpieza son los leucocitos polimorfonucleares y los macrófagos.

En el curso de las 6 primeras horas, los leucocitos polimorfonucleares migran hacia la superficie de la herida, donde la deshidratación celular como el riesgo de infección bacteriana es máxima. Seguidamente fagocitan las células muertas y las bacterias y, con ayuda de enzimas específicas, aseguran la limpieza inicial de la herida.

Los leucocitos polimorfonucleares tienen una vida muy corta y son destruidos con gran rapidez. Los macrófagos toman el mando el segundo día. Estas células proceden tanto de los monocitos sanguíneos como de los histiocitos dérmicos. Puede considerarse que los macrófagos son las células clave del proceso de cicatrización

dado el importante papel que desempeñan en la resistencia ante infecciones y en la estimulación de los elementos implicados en la cicatrización. Entre ellos destacan:

- Factores transformadores de crecimiento TGF α y TGF β que favorece la formación de nuevos tejidos y vasos sanguíneos.
- Factor necrotizante, que favorece la destrucción del tejido necrótico.
- Factor de crecimiento de fibroblastos.
- Prostaglandinas que promueven la respuesta inflamatoria.
- Factores del complemento cuya acción permite el control de los cuerpos extraños.

Se trata de una fase en la que las heridas crónicas pueden producir gran cantidad de exudado. Podemos contribuir a que sea más eficaz procediendo al desbridamiento del tejido no viable, cuya presencia en la herida impide su cicatrización y representa un gran riesgo de infección.

FORMACION DEL TEJIDO DE GRANULACION: NEOANGIOGENESIS Y REPARACION DEL TEJIDO CONJUNTIVO.

La proliferación de fibroblastos y la formación de nuevos capilares, estimulados por gradientes de presión y concentración de oxígeno, desemboca en la formación de un tejido de granulación altamente vascularizado, que constituye la base esencial para la reepitelización, y en la generación de tejido barrera frente a la infección. Al final forma un tejido granular de color rosa que favorece la proliferación de tejido conjuntivo.

El tamaño de la herida se reduce como consecuencia de dos fenómenos: la retracción de la misma y la migración de células epidérmicas lejos de sus bordes, como resultado de la acción de los fibroblastos. Los fibroblastos contribuyen a la síntesis de colágeno, que constituye el tejido cicatricial conjuntivo.

En el caso de las heridas crónicas, el lecho de la herida se va rellenando con tejido de granulación, el cual está compuesto por colágeno y proteoglicanos. La síntesis de colágeno depende de manera fundamental del oxígeno disponible, por lo que es importante utilizar técnicas y materiales específicos que protejan la herida de agresiones térmicas, físicas, químicas y permitan un óptimo intercambio de oxígeno.

REPARACION EPIDERMICA.

Las células epidérmicas migran desde los bordes de la herida, desde los folículos pilosos y desde las glándulas sebáceas hacia las capas subcutáneas de la piel. Esta fase puede durar mucho tiempo.

El tejido cicatricial, que inicialmente es rojo, frágil y doloroso, aumenta gradualmente su grosor, conservando su estado inflamatorio; posteriormente, se hace más delgado hasta dejar una cicatriz permanente. El tejido cicatricial se remodela y las fibras de colágeno se reorganizan para dar la mayor fuerza tensil a la cicatriz; fuerza que no llega al 80% de la fuerza inicial. Se deben extremar las precauciones y proteger la zona afectada con una correcta hidratación, apósitos y dispositivos que la protejan de agresiones externas.

APOSITOS BIOACTIVOS.

Apósitos reservorios de sustancias que estimulan la cicatrización. En este caso liberan iones en el lecho de la herida, como el Zinc, Calcio y Manganeseo.

Estos tres iones son claves en el desarrollo del proceso de la cicatrización:

- La presencia de Zinc y Manganeseo estabiliza y activa algunas partículas esenciales.

- La deficiencia de Zinc, Calcio y Manganeseo retrasan el proceso de cicatrización.

- Un nivel adecuado de Calcio favorece la regeneración de los tejidos.

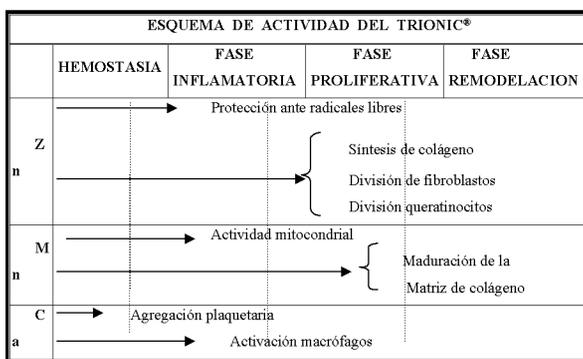
El apósito TRIONIC® reduce el tiempo de curación de las heridas (reservorio de Zinc, Calcio y Manganeseo).

El Zinc actúa sobre la lisinapro-oxidasa para estimular la síntesis de colágeno, activar la proliferación de los fibroblastos y promover la mitosis de los queratinocitos.

El Manganeseo es el único factor de la enzima prolidasa, que facilita la maduración de colágeno mediante la hidrolización de prolina. De este modo es posible obtener un tejido cicatricial funcional.

El Zinc y el Manganeseo tienen una actividad simultánea y sinérgica en la reducción del estrés celular por oxidación, de hecho estos elementos actúan sobre el SOD, enzima que protege a las células frente a la acción oxidante de los radicales libres.

El Calcio, presente en el líquido extracelular y en las células de los tejidos blandos, actúa activamente en los procesos de transmisión de los impulsos nerviosos, contracción muscular, la coagulación sanguínea (factor IV), entre otros. Junto con los factores tisulares actúa sobre la protombina, convirtiéndose en trombina, catalizador para la conversión de fibrinógeno en fibrina insoluble.



PACIENTE, MATERIAL Y MÉTODO

Para evaluar el efecto de aceleración del proceso de granulación en heridas con presencia de tejido de granulación, se ha realizado un estudio científico en pacientes hospitalizados en el Hospital de San Vicente del Raspeig (Alicante), mediante la utilización de apósitos bioactivos directamente sobre el lecho de la herida.

Se ha utilizado el protocolo de Prevención y Tratamiento de Heridas Cutáneas del Hospital de San Vicente y la escala de valoración Emina® para la valoración y etiología de las heridas.

Para la medición de la superficie y del volumen de la herida se han utilizado reglas milimetradas, jeringas de 10-20 ml. y soporte informático.

También se han realizado controles fotográficos mediante cámaras digitales.

Población objeto de estudio

La población objeto de estudio está constituida por pacientes con úlceras por presión que presenten tejido de granulación en el lecho de la lesión.

Requisito indispensable, previa selección en el estudio, es que se realice la descontaminación bacteriana durante mínimo dos semanas.

Se podrán incluir hasta dos UPP por paciente que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios inclusión

- Presentar UPP con presencia de tejido de granulación
- Toda úlcera seleccionada se debe realizar en primer lugar una “descontaminación profiláctica” de dos semanas con apósito de malla bactericida (Actisorb Plus 25) para asegurarse el manejo de la biocarga en el lecho de la lesión.
- Qué exista la posibilidad de seguir/controlar a los pacientes durante varias semanas (mínimo un mes).

Criterios exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- UPP con signos clínicos de infección local.
- UPP con más del 50% de su superficie con tejido desvitalizado.
- UPP con placas necróticas (al retirarlas se pueden incluir en el estudio).

Variables objeto de estudio

- Evolución de la superficie de la lesión.
- Medición de volúmenes en lecho de la lesión.
- Epitelización y presencia de tejido cicatricial.
- Cierre de la lesión por curación total.

Tamaño muestral

Teniendo en cuenta que no existen estudios previos sobre éste tema y que no se pueden estimar resultados esperados para proceder al cálculo del tamaño muestral, y tratándose de un estudio de tipo exploratorio, se utilizará un tamaño muestral de 22 casos.

El tiempo de seguimiento de los pacientes será durante un mes.

Recolección de datos:

Valoración inicial de la lesión día 0:

- Etiología y estadio

- Tamaño inicial de la lesión (cm2)
- Volumen (cm3)
- Tipo de tejido

Valoración I de la lesión día 15:

- Tamaño inicial de la lesión (cm2)
- Volumen (cm3)
- Tipo de tejido

Valoración de la lesión día 30:

- Tamaño inicial de la lesión (cm2)
- Volumen (cm3)
- Tipo de tejido

Intervenciones:

Los pacientes serán asignados a un grupo de intervención.

En el grupo intervención se seguirá el siguiente protocolo de tratamiento:

- Limpieza de la herida con suero fisiológico.
- Aplicación de un apósito reservorio de iones (Trionic®)
- Aplicación de apósito de espuma polimérica
- La cadencia de cura se establecerá por parte del profesional de acuerdo con la evolución de la lesión.

RESULTADOS:

Después de 1 mes de tratamiento, mediante la utilización de apósitos bioactivos (TRIONIC®) directamente en el lecho de la herida, para evaluar el efecto de aceleración del proceso de granulación en heridas con presencia de tejido de granulación, obtenemos los siguientes resultados en los 22 casos seleccionados:

	DÍA 0	DÍA 15	DÍA 30
SUPERFICIE			
TOTAL UPP	189 cm2	95 cm2	63 cm2
VOLUMEN			
TOTAL UPP	356 ml	178 ml	118 ml
CURACIÓN			
UPP		5%	25%

Número de muestras: 22

Localización: trocánteres, sacro, maleolos, talones, rodillas y cara anterior pie.

Superficie inicial: 189 cm². Equivalente a 9,28% de heridas grandes, 41,52% de heridas medianas y el 49,20% de heridas pequeñas.

Volumen inicial: 356 ml. Equivalente a 35,23% de heridas grandes, 39,52% de heridas medianas y el 25,25% de heridas pequeñas.

Resultados a los 15 días: reducción de la superficie de un 50,26%; el 4,16% en las heridas grandes, reducción de un 16,75% en las heridas medianas y reducción de un 30,45% en las heridas pequeñas.

Reducción del volumen de un 50%, el 10,35% en heridas grandes, 14,23% en heridas medianas y el 25,42% en heridas pequeñas.

Curación 1 caso. Abandonos 1 caso.

Resultados a los 30 días: reducción de la superficie de un 33,33%, el 5,52% en las heridas grandes, el 9,25% en las heridas medianas y el 18,56% en las heridas pequeñas.

Reducción del volumen de un 33,15%, el 7,35% en las heridas grandes, el 8,09% en las heridas medianas y el 17,75% en las heridas pequeñas.

Curación 5 casos. Abandonos 1 casos.

***Nota:** los casos de abandonos fueron debidos, al empeoramiento del estado general del paciente y, en consecuencia, de sus heridas (fallecimiento), o por alta/traslado a otro centro.*

No se ha evidenciado intolerancia al producto que nos hiciera suspender el tratamiento. Los cambios de apósitos fueron atraumáticos y muy bien tolerados por el paciente/es y por el personal de enfermería, que pudo comprobar la versatilidad de este producto, incluso si se queda adherido que al retirarlo no produce sangrado, o es muy escaso (calcio). Para el control del exudado se puede asociar con apósitos de alginato cálcico.

CONCLUSIONES

Frecuentemente, el tratamiento de las úlceras por presión debe ser continuado durante un largo periodo de tiempo, y es crucial que desde el inicio, el personal de enfermería esté preparado para seguir un procedimiento bien planificado, instruidos debidamente, para que todos puedan trabajar hacia el mismo objetivo.

Realizando una valoración adecuada del paciente y de la úlcera cutánea, el personal de enfermería debe centrar sus objetivos en favorecer el proceso natural de cicatrización; o modificar aquellos aspectos que puedan retrasar la cicatrización. Por lo que se debe realizar una valoración adecuada incluyendo la identificación de la fase de cicatrización en que se encuentra la herida.

Se ha comprobado que la utilización sistemática de apósitos bioactivos, tipo TRIONIC® (reservorio de tres iones - Zinc, Calcio y Manganeso -) sobre lechos de

heridas limpias, en fase de granulación, que evolucionan tórpidamente; activan y favorecen el proceso de la cicatrización reduciendo el tiempo de cicatrización, evitando de esta manera la exposición prolongada de gran parte de tejido con el consiguiente riesgo de infección o sobreinfección del mismo.

Disminuyendo el número total de curas, se favorece el bienestar y confort del paciente, protagonista principal de los cuidados de Enfermería.

Al reducir el número de curas y acortar el abordaje de las mismas, se gestiona mejor el tiempo de Enfermería.

El apósito TRIONIC® es un reservorio de iones que estimula y acelera:

- La proliferación de fibroblastos y queratinocitos. Compuestos celulares vitales para la formación del tejido de granulación, tejido de relleno de la cavidad de la herida.
- La síntesis de colágeno tipo I y III y de la matriz extracelular.
- Incrementa la formación de los nuevos vasos sanguíneos (Neoangiogénesis).
- Acorta el tiempo de curación de las heridas al favorecer y acelerar la cicatrización de las heridas.

En nuestro hospital llevamos utilizando los apósitos bioactivos (TRIONIC®) durante un año con unos magníficos resultados, acortando tiempos en la cicatrización de las heridas, disminuyendo número de curas en el paciente y reduciendo el gasto en apósitos.

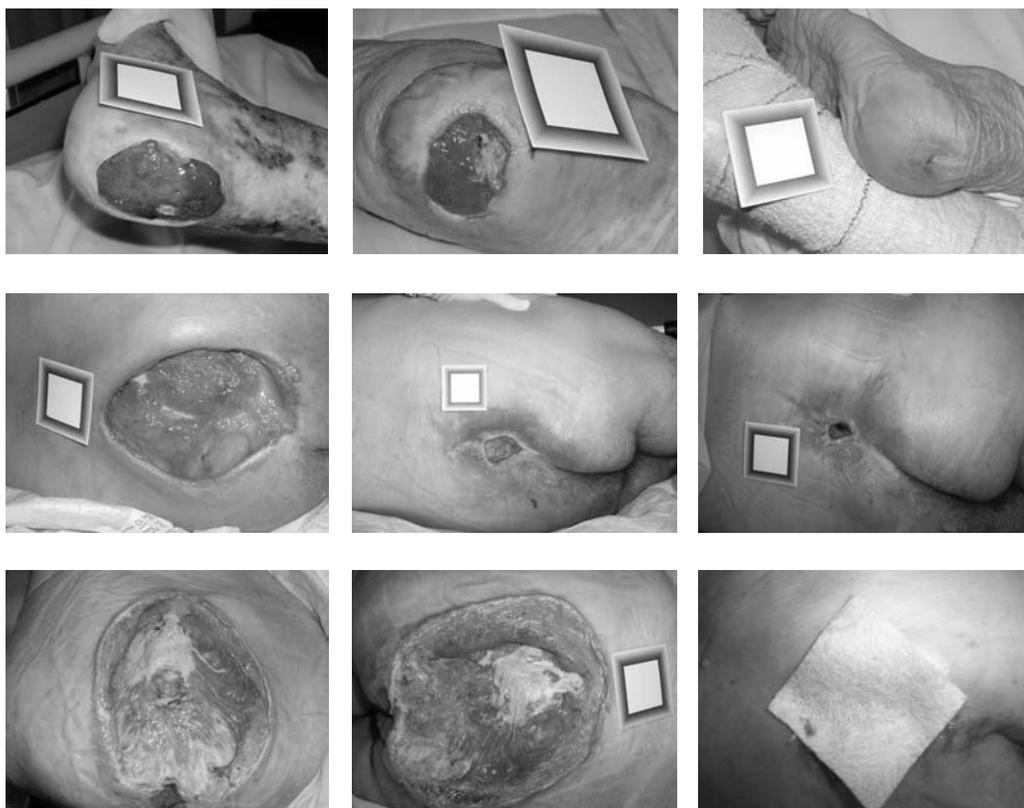
Así pues, consideramos de gran utilidad la utilización de apósitos bioactivos (TRIONIC®) dentro de la cura de las heridas, aportando directamente en el lecho de la úlcera iones Calcio, Zinc y Manganeso, estimulando la actividad celular y la regeneración tisular, como el primer apósito acelerador del proceso de cicatrización acortando el tiempo de curación de las heridas.

BIBLIOGRAFÍA

- H. Lippert et al. Información básica sobre el tratamiento de heridas acorde con las fases de curación progresiva. Ed. Paul Hartman AG. 1995
- Joan-Enric Torra i Bou. Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en medio húmedo. Coloplast. Ed Jarpio Editores. 1997
- J. Javier Soldevilla. Guía práctica en la atención de las úlceras de la piel. Ed. Garsi, SA. 1994, 3ª Edición.
- Resumen del curso: El proceso de cicatrización de la herida. Johnson & Johnson Medical.
- Un Universo de Soluciones. Convatec SA
- Adelaida Alcalá Rodríguez et al. Heridas crónicas y agudas, 100 preguntas más frecuentes y soluciones. Editores Médicos SA. 1999
- Pavel Brychta, et al. Compendium Wounds and Wound Management. Ed. Paul Hartman AG. 1999
- Juana Hernández Conesa. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico del os cuidados de Enfermería. Ed. Interamericana. 1995.

- Nancy Bergstrom et al. Tratamiento de las Úlceras por Presión. Ed. Drug Farma SL 1996.
- Salvador Espert. El Arte de Curar. VIII Jornadas de Enfermería. Alicante nov. 2002.
- L. Royano et al. Las fases de la cicatrización: Una expectativa en la cura local. IV Simposio Nacional sobre Úlceras por presión. Granada mayo 2002.
- Diccionario de Medicina Océano/Mosby.
- Arthur C. Guyton. Tratado de Fisiología Médica. Ed. Interamericana. 4ª Edición.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo, 1998.

CASOS TRIONIC



LIMPIEZA + DESBRIDAMIENTO + REDUCCIÓN DE CARGA BACTERIANA (APÓSITOS DE PLATA Y CARBÓN) DURANTE 15 DÍAS + GESTIÓN DE EXUDADO CON APÓSITOS HIDROPOLIMÉRICOS (TIELLE) / ACELERACIÓN DEL PROCESO DE GRANULACIÓN CON APÓSITOS BIOACTIVOS IONICOS (TRIONIC) = CURACIÓN DE HERIDAS

**MANEJO Y CUIDADOS DE LA INFUSION SUBCUTANEA
CONTINUA EN EL PACIENTE ANCIANO EN LA
SITUACION DE TERMINALIDAD**

Pedro Grau Santana
M^a Angeles Lado Cornejo
Enfermeros Hospital Doctor Moliner Serra (Valencia)

INTRODUCCIÓN

La implantación de los cuidados paliativos supone una constante en la atención del paciente geriátrico. Desde su nacimiento en el Reino Unido durante los años 60 hasta nuestros días han conocido una rápida expansión, por supuesto en nuestro país también a supuesto una nueva forma de enfocar la atención al enfermo terminal.

Si bien en el paciente oncológico esta clara la definición de situación de terminalidad en numerosas ocasiones en el paciente geriátrico con patologías no oncológicas, la determinación de la fase terminal supone un seguimiento, conocimiento e implicación de todos los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.

En el grupo de pacientes geriátricos en situación de terminalidad con patologías no oncológicas observamos los siguientes subgrupos:

- Pacientes con enfermedad crónica avanzada de un órgano.
- Demencia senil avanzada.
- Ancianos frágiles.
- Comas de diferente etiología. (1)

Estos diferentes grupos de pacientes han provocado que conceptualmente este fuera de toda duda la necesidad de ofrecer tratamientos paliativos al paciente geriátrico en situación de enfermedad terminal. (2)

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define la enfermedad terminal en base a las siguientes características:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses. (3)

Si bien el paciente geriátrico no oncológico suele tener una evolución muy irregular en forma de crisis o exacerbaciones, el paciente y la familia no suelen tener la misma percepción de la gravedad. (4)

Siguiendo con las recomendaciones de la SECPAL en cuanto a los objetivos y bases de la terapéutica en los cuidados paliativos, y sobre todo en el objetivo de confort (3) es conocido que la aplicación de determinados tratamientos encaminados a

la paliación y mejora de los síntomas en ocasiones pueden ser molestos o difíciles de aplicar por determinadas vías provocando un malestar innecesario en el paciente en esta situación.

La vía de elección para la administración de los fármacos en los cuidados paliativos es la vía oral. Esta vía es efectiva en el control de los síntomas pero en determinadas ocasiones o circunstancias no siempre estará disponible esta vía. De forma genérica debería de considerarse que la administración subcutánea es de elección cuando no se pueda utilizar la vía oral. (5).

La Administración de fármacos por vía subcutánea mediante bombas de infusión continua (bombas de infusión subcutánea), permite un buen control de síntomas. El Método se considera eficaz en el 80% de los casos. Además de ser una vía que permite la combinación de múltiples fármacos, es de fácil acceso y es bien aceptada por enfermos, familiares y personal sanitario. (6).

OBJETIVOS

- Utilización de la vía subcutánea con alternativa a la vía oral en pacientes geriátricos en situación de enfermedad terminal.
- Conocimiento del manejo y cuidados de la perfusión subcutánea continua en pacientes geriátricos no oncológicos.

VÍA SUBCUTÁNEA

La administración de fármacos por vía subcutánea supone la introducción de estos en el tejido conectivo laxo situado por debajo de la dermis. Debido a la menor vascularización del tejido subcutáneo en comparación con el muscular se produce una absorción más lenta, pero más continua de los fármacos. (7)

Indicaciones de la vía subcutánea.

- Dificultad para la deglución.
- Intolerancia digestiva.
- Dificultad para el alivio de los síntomas por vía oral. (5 8)

Ventajas de la vía subcutánea.

- Técnica poco agresiva.
- No precisa hospitalización.
- Permite la autonomía del paciente.
- Fácil aplicación.
- Menos efectos secundarios que otras vías de administración de fármacos.
- Evita las punciones frecuentes.
- Es mas cómoda para el paciente. (6)

Los puntos d elección para la aplicación de la infusión subcutánea continua en principio son los mismos que los utilizados para la inyección subcutánea tradicional, (9) aunque dadas las características del paciente geriátrico las zonas de elección serán:

- La zona externa de los brazos.
- La zona pectoral.
- La zona abdominal.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes ingresados mayores de 65 años con patologías no oncológicas. Se recogieron los datos de todos los enfermos ingresados en una unidad de medicina interna del Hospital Doctor Moliner, que precisaron tratamiento subcutáneo continuo en la situación de terminalidad para el control de los síntomas, desde el año 1999 hasta el año 2003.

La recogida de los datos fue realizada por el personal de enfermería de la unidad por medio de la hoja de control de infusiones subcutáneas continuas utilizada en nuestro hospital y la aplicación del protocolo de administración subcutánea.

RESULTADOS

Durante el estudio se recogieron un total de 210 casos de los cuales se desecharon 8 por estar incompletos o no reunir los requisitos del estudio. La muestra definitiva de 202 casos

Sexo

Mujeres	134	(66%)
Varones	68	(34%)

Edad media: 82,5 años (66 – 99)

Diagnósticos presentes:

• Demencias seniles	91	45%
• Accidente Vascular Encefálico	29	14.5%
• Insuficiencia Cardíaca.	14	7%
• Neumonía	11	5,5%
• Insuficiencia respiratoria	9	4.5%
• Cirrosis hepática	9	4.5%
• Sepsis	5	2.5%
• Comas vigiles	4	2%
• Otros.	30	15%

Estancia de los ingresos: 28 días de media (1 – 325).

Puntos de punción:

• Pectoral derecho.	75	34%
• Pectoral Izquierdo.	62	28%
• Zona abdominal.	74	34%
• Brazo derecho e izquierdo.	10	4.5%

En algunas ocasiones fue necesaria la realización de mas de una punción en el mismo paciente bien por la prolongación del tratamiento o a consecuencia de las complicaciones presentadas como veremos mas adelante.

Complicaciones presentadas.

• Enrojecimiento.	5	2.5%
• Enduración de la zona	2	1%
• Hemorragia	1	05%
• Rechazo de la familia	1	0.5%

Motivos de la colocación:

• Conseguir sedación.	185	43%
• Intolerancia vía oral.	95	22%
• Disminución del nivel de conciencia	80	18,5%
• Dificultad para la deglución.	56	13%
• Vómitos.	9	2%
• No efecto de la vía oral.	5	1%

En algunos casos se observo mas de un motivo de colocación

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Resaltar la importancia de la vía Subcutánea como alternativa a la vía oral., en el tratamiento y control de los síntomas del paciente geriátrico en situación de enfermedad terminal.

Observamos en los resultados como los grupos de diagnósticos se ajustan a las características de pacientes geriátricos en situación de terminalidad nombrados al principio de la comunicación, destacando sobre los demás las demencias, en las cuales se encuadraban las demencias tipo Alzheimer, las Multiinfarto y las tipo Parkinson, todas ellas representando casi la mitad de los casos descritos. A continuación nos encontramos con los accidentes vasculares encefálicos, patología con gran prevalencia en la población anciano y causa de una elevada mortalidad.

Vemos que las zonas de elección para la punción se centraron en la zona pectoral tanto la derecha como la izquierda y la zona abdominal desechándose otras zonas características de la punción subcutánea, posiblemente por ser estas las zonas que representan una mayor comodidad para este tipo de paciente así como un mejor acceso para el profesional sanitario.

Las complicaciones presentadas, como era de esperar fueron pocas si bien es cierto que el tiempo de permanecía de las punciones fue corto ya que principalmente se utilizo en la etapa agónica de la enfermedad terminal.

De la misma manera observamos que el principal motivo de la colocación de la perfusión subcutánea continua en la mayoría de los casos fue conseguir la sedación y por consiguiente minimizar el sufrimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Trelis JJ, Errando Mariscal E, Martínez Blazquez V. Los ancianos con enfermedad en fase terminal. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Panamericana; 1998, p. 295-9.
- Espauella Panicot J, Roca Casas J. Geriatria y cuidados Paliativos. Rev. Multidisciplinaria de Geriatria. Barcelona, 1998; 8: 129-31.
- Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993.
- Sepúlveda Moya D, Jiménez Rojas C. Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. Rev. española de geriatría y gerontología. Madrid 1999; 34 (suplemento 2): 5-12.
- Benitez del Rosario M. A. Vías de Administración de medicamentos. Medicina paliativa en la Cultura latina: Madrid: Aran Ediciones, S.A. 2000 p. 221-31.
- López Imedio E. La infusión subcutánea continua. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Panamericana; 1998, p. 197-208.
- Patrica A. Potter, Anne Griffin Perry. Fundamentos de enfermería. Teoría y practica 3ª edición. Ed. Mosby Madrid 1996.
- Hospital Dr. Moliner. Protocolo de administración de fármacos con bombas de infusión subcutánea.
- Postigo Mota S, Lavado García JM, Durán Gómez N, Llenera Ruiz A, Norberto Gamero MJ. Vía Subcutánea. Indicaciones de uso en el enfermo terminal. Rev. ROL Enf 1999; 22 (12): 887-890.

**RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE PACIENTES
CON INFECCIÓN/COLONIZACIÓN POR
STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINRESISTENTE
(SAMR) EN RESIDENCIAS ASISTIDAS**

M^a Teresa Gea Velázquez de Castro

*Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Servicio de Medicina Preventiva Hospital General Universitario
de Alicante y Hospital San Vicente.*

M^a Isabel Bermúdez Bellido

Enfermera. Servicio de Medicina Preventiva Hospital San Vicente.

Edith Leutscher

*Facultativo especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Servicio de Medicina Preventiva y unidad de Calidad hospital de Villajoyosa.*

RESUMEN

Introducción

La derivación de pacientes desde hospitales a residencias asistidas ha aumentado por la prolongación de la vida de aquellos que precisan cuidados integrales. Por otro lado, la incidencia de infección/colonización por SAMR también es creciente, tanto en pacientes con hospitalizaciones previas como entre residentes en centros asistidos. Presentamos unas recomendaciones que permitan la atención en estos centros de pacientes portadores de SAMR, para minimizar el riesgo de transmisión a otros residentes y profesionales.

Objetivo

Describir las recomendaciones y facilitar su difusión entre los profesionales de residencias asistidas, favoreciendo con ello la interrelación entre niveles.

Material y Métodos

Revisión bibliográfica, selección de trabajos para elaboración de recomendaciones, que se aplican a pacientes que cumplen los siguientes criterios: paciente hospitalizado en centro sanitario, con confirmación microbiológica al alta de presencia de SAMR y destino a residencia asistida, adjuntándose en soporte papel a los informes de alta.

Resultados

Elaboración de las “Recomendaciones” que contienen información para el personal sanitario de la residencia asistida (infección/colonización, localización y fecha de inicio); precauciones a aplicar (estándar en general, de contacto en casos concretos, que se indican); ubicación del paciente (habitación individual o cohorte); recepción de visitas (recomendaciones para familiares); relaciones con otros residentes (no limitadas, con algunas precauciones que se especifican); posibilidad de controles microbiológicos desde residencia (tipo, número y periodicidad).

Conclusiones

La aplicación de estas “Recomendaciones” facilitará el alta precoz de los pacientes, así como su atención de forma más segura tanto desde el punto de vista del paciente, de la familia y de los profesionales socio-sanitarios.

Palabras clave

Aislamiento contacto, SAMR, residencias asistidas.

INTRODUCCIÓN

SARM ha sido considerado clásicamente un patógeno nosocomial y está presente en muchos centros de larga estancia y en los últimos años está aumentando su importancia como patógeno comunitario.

La introducción de la meticilina, en 1960, supuso un gran avance en el tratamiento(1) de las infecciones estafilocócicas. Sin embargo, tan sólo un año después se describieron cepas de SARM. En los últimos cuarenta años, SARM ha evolucionado de forma ininterrumpida hacia la resistencia, coincidiendo con la introducción de los distintos antibióticos.

Así pues, SARM es un *Staphylococcus aureus* resistente a todos los betalactámicos (incluyendo cefalosporinas y carbapenemes) y habitualmente aminoglucósidos, eritromicina, clindamicina, tetraciclinas, quinolonas y rifampicina; mientras que suele ser sensible a los glucopeptidos.

Un individuo que entra en contacto con una cepa de SARM puede resultar colonizado, desarrollar una infección y/o convertirse en portador.

Se habla de colonización cuando se aísla este microorganismo en una muestra clínica, sin signos de infección. Las áreas de colonización más frecuentes son las lesiones cutáneas (heridas quirúrgicas o úlceras por presión), el tracto respiratorio (habitualmente en pacientes intubados o portadores de traqueostomía) y el tracto urinario (generalmente en pacientes sondados).

Las infecciones más frecuentes son las de herida quirúrgica, bacteriemias (generalmente relacionadas con catéter) y la neumonía (que se produce generalmente en el paciente ventilado)(2-3). Otras infecciones menos frecuentes son las de partes blandas (úlceras por presión, celulitis), urinarias, intraabdominales, cardiovasculares y las osteomielitis(4).

Un individuo se considera portador cuando este microorganismo se aísla en una localización donde no suele causar infección (vestíbulo nasal, orofaringe y las regiones perineal, axilar, inguinal y rectal). La importancia del estado del portador radica en que, con frecuencia, precede o se asocia a la colonización o infección por SARM.

La introducción de SARM en el hospital se produce, generalmente, a través del denominado “caso índice”, que en la mayoría de las ocasiones suele pasar inadvertido. Habitualmente se trata de un paciente colonizado o infectado, que procede de otro hospital o de un centro de larga estancia. Más raramente el caso procede de la comunidad o es introducido por personal sanitario.

Así se establece un reservorio del mismo, formado por los pacientes colonizados e infectados, el personal sanitario y los objetos del entorno, constituyendo los pacientes el principal reservorio de SARM. La no-detección de este reservorio favorecería el desarrollo de brotes nosocomiales en los hospitales o centros de larga estancia (como residencias asistidas).

Se han descrito una serie de factores de riesgo de los pacientes, que favorecen la adquisición de SARM: una estancia hospitalaria prolongada (mayor de diez días), el tratamiento prolongado con antibióticos de amplio espectro, la edad avanzada, enfermedades subyacentes graves -como marcadores de debilidad y dependencia del

personal sanitario-, la práctica de procedimientos invasivos y las úlceras por decúbito(5).

En concreto, las lesiones cutáneas generalizadas y la colonización respiratoria del paciente favorecen la contaminación ambiental y de las manos del personal sanitario, facilitando la colonización del SARM.

La transmisión nosocomial se produce habitualmente a través de las manos del personal sanitario colonizado, de forma transitoria, al atender a un paciente con SARM, bloqueándose este mecanismo de transmisión con el lavado de manos, en la atención entre pacientes. La transmisión del SARM está favorecida por algunas circunstancias del centro sanitario como índice de ocupación elevado, sobrecarga de trabajo y falta de personal. Los fómites y la vía aérea no se consideran un mecanismo de transmisión eficiente, salvo en áreas con un elevado grado de contaminación ambiental(6).

En los centros de larga estancia, tanto hospitales como residencias asistidas, SARM suele presentarse de forma endémica, aunque también se han descritos brotes epidémicos. En estos centros, la prevalencia oscila entre el 6 y el 34%(7-8).

El Hospital de San Vicente dispone de 143 camas y atiende pacientes tanto agudos como crónicos –con estancias prolongadas-, con una edad media(9) de 69,8 + 15 años, una estancia mediana de 9 días (IC95% 22,8-65,6). El número de ingresos durante 2003 fue de 4.030.

En nuestro hospital, la prevalencia de SARM oscila entre 10,6% y 14,4%. La incidencia de asilamiento de SARM durante el año 2003 ha sido de 2,58 casos por cada 100 pacientes ingresados, siendo de origen comunitario el 39%, los pacientes procedían de otro hospital en el 31% y fueron los aislamientos de origen nosocomial en el 30%.

La derivación de pacientes desde hospitales a residencias asistidas ha aumentado con la prolongación de la vida de aquellos que precisan cuidados integrales. Por otro lado, la incidencia de infección/colonización por SAMR también es creciente, tanto en pacientes con hospitalizaciones previas como entre residentes en centros asistidos y procedentes de la comunidad.

En el Hospital de San Vicente, durante el año 2003, se produjeron 53 altas de pacientes colonizados y/o infectados por SARM. De ellos, el 11,3 % fueron derivados a residencias asistidas, representando éstos el 11,8% del total de altas con destino a residencias asistidas.

Por lo anteriormente expuesto, la introducción del SARM en las residencias se puede producir a través de pacientes que se trasladan desde un hospital.

En un estudio realizado en una residencia geriátrica(10) se encontró que el 20% de los pacientes ya estaban colonizados en el momento de su ingreso, el 10% se colonizaba en el centro y el resto permanecía indemne durante su estancia.

Al igual que en los hospitales de agudos, en las residencias asistidas la transmisión se produce a través de las manos del personal sanitario. El principal reservorio lo constituyen los residentes, teniendo mayor riesgo de adquirirlos aquellas personas que presentan úlceras cutáneas y un mayor grado de dependencia funcional.

Los individuos con SARM suelen estar colonizados de forma prolongada, generalmente en úlceras crónicas o ser portadores nasales. Por el contrario, las infecciones son poco frecuentes, se localizan en partes blandas y son de carácter leve.

Las medidas de control de SAMR se basan en la epidemiología de esta infección y tienen por objeto limitar la diseminación del microorganismo. La aplicación de dichas medidas se ha demostrado coste-efectiva, para limitar la transmisión nosocomial. Sin embargo, deben adaptarse a las circunstancias de cada centro asistencial, a las características de los pacientes, a la situación de endemia o epidemia y a los recursos disponibles(10).

El objetivo de este estudio es describir las medidas de control de SAMR que se podrían aplicar en los centros asistenciales socio-sanitarios y facilitar su difusión entre los profesionales, favoreciendo con ello la interrelación entre niveles.

MÉTODOS

Revisión de la bibliografía de la literatura médica (MEDLINE), y otros recursos de búsqueda disponibles en Internet (11-12). Se seleccionaron los trabajos relacionados con las recomendaciones (13) a aplicar a aquellos pacientes que cumplieran los siguientes requisitos:

- paciente ingresado en centro sanitario
- con confirmación bacteriológica, al alta, de presencia de SAMR
- con destino a residencia asistida

Se realizaron las recomendaciones que a continuación presentamos y que se adjuntan en soporte papel, a los informes clínicos al alta (tanto médico como de enfermería) en nuestro centro.

RESULTADOS

“RECOMENDACIONES PARA MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIÓN/COLONIZACIÓN POR *Staphylococcus Aureus* RESISTENTE A METICILINA (SAMR) EN RESIDENCIAS DE CUIDADOS CRÓNICOS”

- La colonización/infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SAMR) no es razón para que el paciente permanezca ingresado en el hospital, siempre que el paciente esté clínicamente estable. Si presenta infección habrá que pautar al alta el tratamiento antibiótico apropiado.

- Conviene informar al médico de cabecera o a la persona responsable en la residencia, del estado de colonización/infección por microorganismo multirresistente, especificando el microorganismo, su localización y la fecha de inicio.

- COLONIZACIÓN / INFECCIÓN

• Colonización: el microorganismo está presente en el paciente pero no produce síntomas.

• Infección: el microorganismo está presente y produce síntomas.

• En los CENTROS NO HOSPITALARIOS se puede cuidar pacientes colonizados/infectados por microorganismos multirresistentes sin que suponga un peligro

para los demás residentes ni para el personal encargado. Se deben aplicar las PRECAUCIONES ESTÁNDAR:

- Lavado o desinfección alcohólica(13) de manos, antes y después de entrar en contacto con el paciente

- Guantes
- Mascarilla si salpicaduras, aerosoles
- Bata desechable si contacto estrecho, cura de heridas o manejo de fluidos corporales
- Equipamiento individual
- Limpieza de equipamiento con agua y lejía 1/10 (concentración: 1 parte de lejía por 9 de agua)
- Embolsamiento para transporte y correcto lavado de toallas, ropa de cama etc.
- Limpieza de superficies a diario con agua y lejía 1/10

- Aplicar PRECAUCIONES DE CONTACTO en caso de heridas exudativas o dificultad en la contención de fluidos corporales:

- Habitación individual o reagrupación de pacientes con colonización/infección por el mismo microorganismo.

- No se deben restringir las actividades sociales de estos pacientes, ni su acceso a rehabilitación.

- Se les debe permitir desarrollar actividades de grupo, siguiendo estas indicaciones:

- Cubrir heridas exudativas,
- Contención de fluidos corporales,
- Adecuada higiene personal

- Se podrán coger muestras microbiológicas de control (nasal, axilar y de localización de riesgo como úlceras de decúbito, traqueotomía etc.). Las PRECAUCIONES DE CONTACTO se podrán suspender cuando los cultivos sean NEGATIVOS.

- INFORMACIÓN PARA VISITANTES Y FAMILIARES:

- Las personas sanas tienen un riesgo muy bajo de infección/colonización por microorganismos multirresistentes

- No existe impedimento para el contacto personal (tocar, besar, abrazar), esto es válido tanto para adultos como para niños

- Lavado de manos antes de abandonar la habitación
- Guantes y bata en caso de contacto con fluidos corporales.

CONCLUSIONES

La aplicación de estas “Recomendaciones” facilitará el alta precoz de los pacientes, así como su atención de forma más segura tanto desde el punto de vista del paciente, de la familia y de los profesionales socio-sanitarios.

Asimismo, las medidas adoptadas basadas en la evidencia científica son coste-efectivas para el sistema público de salud y para los servicios socio-sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Sopena y Sabriá. Staphylococcus aureus resistente a la meticilina. Med Clin (Barc) 2002; 118(17):671-6
- Pujol M et al. Risk factors for nosocomial bacteremia due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Eur J Clin. Microbiol Infect Dis 1994; 13:96-102.
- Iwahara T et al. Clinical and epidemiological investigations of nosocomial pulmonary infections caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Chest 1994; 105:826-931.
- Fierobe L et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus as a causative agent of postoperative intra-abdominal infections: relation to nasal colonization. Clin Infect Dis 1999;1231-8.
- Thompson RL et al. Epidemiology of nosocomial Infections caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Ann Intern Med 1982;97:309-17.
- Meier PA et al. A prolonged outbreak of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the burn unit of a tertiary medical centre. Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 798-802.
- Hsu CC et al. High rate of methicillin-resistant Staphylococcus aureus isolates from hospitalised nursing home patients. Arch Intern Med 1988;148:569-70
- Mulhausen PL et al. Contrasting methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization in Veterans Affairs and community nursing homes. Am J Med 1996;100:24-31
- Indicadores de Calidad de Cuidados de Enfermería. Estudio de prevalencia (26-02-04). Hospital de San Vicente. Conselleria de Sanitat y Consum.
- Bradley SF. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: long-term care concerns. Am J Med (1999); 106(Suppl 5^a): 2S-10S.
- Recomendaciones para la atención de pacientes con infección por Staphylococcus aureus meticilina resistentes (SAMR). Guía de recomendaciones para el control de la infección nosocomial. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat (Valencia) 2003; 141-147
- Cooper BS et al. Systematic review of isolation policies in the hospital management of methicillin-resistant Staphylococcus aureus: a review of the literature with epidemiological and economic modelling. Health Technology Assessment 2003;Vol. 7: No.39
- Pittet D, Hugonnet S, Harbath S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000; 356: 1307-1312

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Victoria Vals, que inició la implantación de medidas para el control y prevención de la infección por SAMR en el Hospital de San Vicente

A Dña. M^a Teresa Corral, trabajadora social del centro

A todos los profesionales del Hospital de San Vicente, porque con su esfuerzo y trabajo cotidiano hacen posible el nuestro.

SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ULCERAS DE DECÚBITO

Inmaculada Almarcha Úbeda
Enfermera Hospital San Vicente

Laura Maria Ruiz Roca
Enfermera Hospital San Vicente

Juan José Tarin Sáez
Enfermero Hospital San Vicente

Eduardo Ramírez Domínguez
Coor. Residencia 3ª Edad Elche

Ismael Sifre Artal
Coor. Residencia 3ª Edad Torrevieja

INTRODUCCIÓN

La nutrición:

La nutrición comprende una serie de procesos mediante los cuales los alimentos son utilizados por el organismo humano para mantener un estado funcional óptimo. Estos procesos incluyen a la digestión de los alimentos, en la que estos son desintegrados, liberándose las diversas sustancias que contienen (sustancias nutritivas), que posteriormente son absorbidas y transportadas a las distintas células, donde serán utilizadas. Por último, se procede a eliminar los correspondientes residuos.

Los procesos nutritivos tienen tres finalidades principales:

1. Suministrar la energía que necesita el cuerpo humano. Función energética.
2. Proporcionar los materiales que se requieren para la formación de las propias estructuras corporales. Función plástica.
3. Proveer sustancias que son necesarias para que se lleve a cabo el metabolismo (conjunto de reacciones que tienen lugar permanentemente en todas nuestras células y que son las responsables, en definitiva, del funcionamiento del cuerpo humano). Función reguladora.

Tipos de nutrientes:

1. Sustancias que necesitamos para formar los tejidos de nuestro cuerpo.

El primer grupo, sustancias formadoras de tejidos, lo constituye lo que llamamos nutrientes plásticos, es decir todos aquellos que forman la estructura de nuestro organismo, los músculos, los huesos, las vísceras,...

Son el equivalente, dentro del complejo edificio de nuestro cuerpo, a los ladrillos que van uniéndose entre sí y acaban dando una estructura sólida y estable, además nos permiten su crecimiento. Los nutrientes plásticos son fundamentalmente las proteínas, pero también en esta formación del edificio humano aparecen en pequeñas cantidades otras sustancias como ácidos grasos, hidratos de carbono y minerales.

2. Sustancias que nos proporcionan energía.

El segundo grupo, lo constituyen aquellos nutrientes que cumplen en nuestro organismo un papel principalmente energético. Al ingerirlos, nos permiten realizar todas las actividades que realizamos en nuestra vida cotidiana (trabajar, comer, estudiar, correr, defendernos del frío, etc.,...). Son el equivalente a la gasolina que utilizamos en el automóvil para que pueda realizar todas sus funciones.

Los nutrientes eminentemente energéticos son las grasas y los hidratos de carbono. Las proteínas, aunque son nutrientes plásticos, se pueden usar también como ener-

géticos, si se necesitan en un momento dado que no tengamos suficiente de los otros o no podamos utilizarlos, pero salvo estos casos no es un uso común para estas.

3. Sustancias con funciones plásticas y energéticas(1 y 2)

El tercer grupo lo forman aquellas sustancias que van a permitir a nuestro organismo utilizar correctamente las otras ya citadas y desarrollar por tanto sus funciones de modo adecuado.

Son sustancias que no van a tener un valor energético, y que las llamamos reguladoras: son las vitaminas y los minerales, necesarios en pequeñas cantidades

Pero que son imprescindibles para un correcto funcionamiento del metabolismo y del organismo, en general. Se puede decir que son como los semáforos que regulan el tráfico en la ciudad, estas sustancias son las que consiguen que el tráfico del organismo sea todo lo fluido que debe.

Una vez realizado este pequeño comentario hablaremos de las proteínas en mayor profundidad ya que son los nutrientes primordialmente estructurales, en una frase son los ladrillos del edificio del cuerpo y para el tema que tratamos son primordiales.

Las proteínas:

Al igual que los anteriores nutrientes están formados por Hidrogeno, Carbono y Oxígeno pero además este nutriente contiene nitrógeno. Desde el punto de vista biológico, son los nutrientes más caros de producir.

Las proteínas están formadas por unos compuestos químicos llamados aminoácidos, que se dividen en dos tipos: esenciales y no esenciales.

Los nutrientes esenciales son los que no somos capaces de sintetizar en el organismo, por lo que debemos ingerirlos en la dieta. Son 8 y según la proporción o existencia de estos en una proteína esta será de mejor o peor calidad.

Valina, Leucina, Isoleucina, Fenilalanina, Triptofano, Treonina, Metionina y Lisina.

Las proteínas-Las funciones orgánicas:

Es importante señalar que los alimentos que tienen cantidades importantes de proteínas no poseen todo el mismo aprovechamiento de estas, lo que se llama digestibilidad, entonces es interesante tener la referencia de dicha digestibilidad.

-Aminoácido limitante. Las proteínas se aprovechan en función de la menor o mayor cantidad de aminoácido esencial existente. Si hay poco este limitará este aprovechamiento.

-Valor biológico(BV). Es el cociente entre el nitrógeno absorbido y retenido y el absorbido en el tracto intestinal.

-Utilización neta proteica. Cociente entre el nitrógeno absorbido y retenido y el ingerido.

Las funciones de las proteínas:

- Formación de enzimas, que son sustancias reguladoras, aunque estas no las ingerimos, las formamos en el interior del organismo.

- Como reservas de ellas mismas y que tenemos circulando en la sangre (albúmina y globulinas).
- Como transporte, el caso de la hemoglobina en la sangre, para transportar el oxígeno.
- Contráctiles, que están presentes en los procesos de contracción de los músculos (actina y miosina).
- Formación de anticuerpos en una acción inmunitaria.
- Formación de compuestos tóxicos, como el caso de los venenos de las serpientes, etc.
- Formación de algunas hormonas en el organismo, que también son sustancias reguladoras de muchas acciones importantes para el ser humano.
- Formación de la estructura del organismo y de tejidos de relleno, como el conjuntivo, caso del colágeno, elastina y reticulita.

Justificación:

“Se considera que la prevalencia media de la desnutrición hospitalaria en España es del 45% “Aunque la desnutrición en general varía mucho en función del desarrollo económico de cada país, la hospitalaria no varía tanto en nuestro ámbito. Así podemos encontrarnos con cifras del 45-60% en Holanda, del 30% en Suiza, del 50% en Estados Unidos y del 48% en Brasil.

El mantenimiento de la integridad de la piel en pacientes inmovilizados y en la mayoría de los casos geriátricos es un objetivo primordial en los hospitales ya que las lesiones en la piel producen un empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes y aumenta los costos sanitarios (mayor estancia hospitalaria, aumento de cargas de trabajo de enfermería, etc...)

Por ello uno de los pilares fundamentales en la prevención y control de las lesiones de la piel es evitar la desnutrición de los pacientes hospitalizados.

Se ha observado en pacientes con malnutrición dificultades de cicatrización debido a diversos factores:

- Malnutrición proteica: afecta al metabolismo proteico del organismo y altera la síntesis de colágeno y la formación de tejido conectivo.
- En general las vitaminas actúan como cofactores para la formación de colágeno, destacando la vitamina C un cofactor necesario para la hidroxilación del procologeno, su déficit conlleva una alteración en la reparación tisular y la dehiscencia de heridas, así como la vitamina A es importante para la epitelización además de ser un cofactor para la síntesis de colágeno y revertir algunos de los efectos indeseables de los corticoides.
- Deficiencia de Zinc: retrasan la epitelización y proliferación fibroblástica.
- El hierro es un cofactor de la hidroxilación del colágeno su déficit altera la capacidad bactericida de los fagocitos
- El cobre actúa en la formación de colágeno.
- El magnesio activa enzimas indispensables para la producción energética y síntesis de proteínas.

La deficiencia de zinc, hierro, cobre y magnesio perjudica la respuesta inflamatoria.

La malnutrición severa produce inmunosupresión que conlleva un riesgo aumentado de infecciones y también altera la cicatrización mediante el anormal funcionamiento de citoquinas y factores de crecimiento.

Por tanto un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de lesiones en la piel sino que también puede evitar la aparición de estas ya que aunque una parte importante de la cicatrización es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

OBJETIVOS

1. Relacionar la desnutrición con el retraso en la cicatrización de heridas.
2. Contribuir a la mejora del estado nutricional para tratar de disminuir el tiempo de cicatrización.
3. Valorar la efectividad de la aportación de nutrientes específicos mediante la administración de un suplemento nutricional hiperproteico.
4. Valorar el grado de desnutrición en que se encuentran los pacientes y su evolución.
5. Determinar si la suplementación mejora el estado nutricional de los pacientes de edad avanzada con úlceras de decúbito y contribuye a mejorar la curación de estas heridas.

METODOLOGIA Y MATERIALES

- El estudio realizado es de tipo prospectivo multicéntrico.

La población estudiada la constituyen 50 casos de pacientes hospitalizados en el Hospital de San Vicente y tres Residencias de la tercera edad durante el periodo comprendido entre Febrero y Abril del 2004.

Criterios de inclusión:

1. Mayores de 65 años.
2. Pacientes con dieta procedente del servicio de cocina del hospital.
3. Pacientes que presenten alteración de la discontinuidad de la piel, ya sean úlceras por presión, úlceras vasculares, úlceras arteriales, celulitis...

Criterios de exclusión :

1. Menores de 65 años.
2. Pacientes con Nutrición Enteral completa.
3. Pacientes que presentan integridad en la piel.

Para la realización del estudio se ha tenido en cuenta (Variables):

1. La escala Mini Nutricional Assessment (MNA).

2. Analítica de sangre teniendo en cuenta distintos parámetros:

* Marcadores Bioquímicas:

- Albúmina.
- Prealbumina.
- Transferrina.
- Colesterol...

* Marcadores inmunológicos:

- Recuento total de linfocitos.

* Marcadores de Hematología.

3. Datos demográficos.
4. Peso y talla.
5. Suplemento hiperproteico CLINUTREN sabor vainilla y chocolate.
6. Ingesta calórico y proteica.

Tipo de dieta y pautas de administración

Suplementación con 2 copas de Clinutren HP Energy(400ml al día) durante 1 mes(entendiendo un mes como 30 días)

La dieta aporta 1,25 Kcal./ml y 7,5 gr. de proteínas por 100 ml.

ESTUDIO

50 pacientes mayores de 65 años con riesgo de malnutrición ($17 < \text{MNA} < 23,5$).

Los pacientes se randomizan en 2 grupos:

- Grupo Estudio:reciben suplementación nutricional(500 kcal/día)además de su dieta habitual durante 1 mes.

- Grupo Control:reciben únicamente su dieta habitual.

Al inicio y al final del periodo de estudio se analizan los siguientes parámetros se divide en tres fases.

PARAMETROS UTILIZADOS	1ª FASE 0 DIA	2ª FASE 30 DIAS	3ª FASE DIA 31
ANALITICA SANGRE	•		•
MNA	•		•
PESO/TALLA	•		•
ADM. CLINUTREN		•	
DATOS HISTORIA CLINICA	•		•

En la primera fase:

Inclusión de pacientes y valoración nutricional de los mismos:

En esta fase se realizó la elección de pacientes teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Una vez seleccionado al paciente se le realizaron los siguientes pasos se le realizó una analítica de sangre incluyendo parámetros bioquímicos, inmunológicos, etc...determinantes en el estado nutricional de los pacientes.

Se procederá al tallaje y medición del peso, así como de la circunferencia braquial y de la pierna, siempre medimos el brazo y la pierna derecha para seguir el mismo criterio para todos los pacientes.

Utilizaremos la Historia Clínica del paciente para recopilar datos demográficos, el tratamiento médico para valorar la cantidad de medicamentos que se administra diariamente al paciente, así como los registros de enfermería para la localización de las úlceras de los pacientes, con estos datos procederemos a la aplicación del MNA, cuando el paciente no pueda aportarnos datos preguntaremos a los acompañantes del paciente.

Una vez recopilados estos datos se procederá a realizar la valoración nutricional de cada uno de los pacientes.

En la segunda fase:

Administración del suplemento hiperproteico CLINUTREN.

Durante 30 días se le proporcionará al paciente dos batidos de dicho suplemento hiperproteico, cada batido contiene 200 ml.

Uno por la mañana en el desayuno y otro en la cena.

En la tercera fase:

Análisis de los resultados con una nueva valoración nutricional del enfermo.

Al finalizar el mes tras la administración del CLINUTREN se volverá a realizar una analítica para valorar los parámetros nutricionales de cada paciente.

MATERIALES

Para la realización de este estudio se han utilizado varios materiales como son:
METODOS DE VALORACION NUTRICIONAL.

Entre los índices de CRIBADO se utilizan de forma mayoritaria Mini Nutritional Assessment(MNA).Es el de mayor difusión y por tanto recomendable,sirve para la detección precoz de casos sobre los que intervenir,es fiable,estratificado ,rápido, aceptado su utilización y además barato.Consta de 18 Ítem, que abarcan aspectos Antropométricos,evaluación,dietéticos,subjetividad.Los puntos de corte son :<17:mal nutrido;17-23,5:individuo a riesgo;24-30:normal.

Dentro de los parámetros Antropométricos destacar el Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet, ya comentado (Normal: 22-27), se calcula con la fórmula $\text{Peso (Kg.)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$ que se correlaciona con la grasa corporal pero muchas veces es inexacto en viejos.

Una segunda medida interesante es la circunferencia braquial ($0,314 \times$ pliegue tripital), evalúa la reserva proteica, también la circunferencia de la pantorrilla.En este

apartado se incluye la pérdida ponderal reciente cuantificando temporalidad y porcentaje. Existen otras todas son estimativas pero no exactas por tanto son válidas pero no de total fiabilidad.

En ocasiones van a existir signos o síntomas que nos van hacer sospechar problemas de nutrición o déficits, entre ellos podemos destacar: Delgadez, anorexia e hiperqueratosis folicular (Vit A), dermatosis escrotal (Riboflavina), pelo raro y delgado (Proteínas), caída fácil del pelo (Zn, Fe), ceguera nocturna y Fotofobia (Vit A), glositis, queilosis, estomatitis Angular (B12, Riboflavina), fisuras y atrofia de lengua (Riboflavina), hipogeusia (Zinc), bocio (Iodo) uñas frágiles (Fe), hepatomegalia, dolor óseo y articular (Vit C), parestesias y alteración de reflejos y taquicardia (Tiamina), alteración de la sensibilidad vibratoria/posicional y Demencia (B12).

Evaluación del estado nutricional

Mini Nutritional Assessment MNA

Nombre: Apellidos: Sexo: Fecha:

Edad: Peso en kg: Talla en cm: Altura talón-rodilla en cm:

CRIBAJE

A- ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = anorexia grave

1 = anorexia moderada

2 = sin anorexia

B- Pérdida reciente de peso (<3 meses)

0 = pérdida de peso >3kg

1 = no lo sabe

2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg

3 = no ha habido pérdida de peso

C- Movilidad

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

2 = sale del domicilio

D- ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?

0 = si 2 = no

E- Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia o depresión moderada

2 = sin problemas psicológicos

F- Índice de masa corporal (IMC = peso/(talla)² en kg/m²)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación

11 puntos o menos posible malnutrición-continuar la malnutrición

EVALUACIÓN

G- ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

0 = no

1 = si

H- ¿Toma más de tres medicamentos al día?

0 = si

1 = no

I- ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

0 = si

1 = no

J- ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)

0 = 1 comida

1 = 2 comidas

2 = 3 comidas

K- ¿Consume el paciente

• Productos lácteos al menos 1 vez al día?

Si

no

• Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?

Si

no

• Carne, pescado o aves, diariamente?

Si

no

0,0 = 0 o 1 síes

0,5 = 2 síes

1,0 = 3 síes

L- ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?

0 = no

1 = si

M- ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?

(agua, zumo, café, te, leche, vino, cerveza...)

0,0 = menos de 3 vasos

0,5 = de 3 a 5 vasos

1,0 = más de 5 vasos

N- Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda

1 = se alimenta solo con dificultad

2 = se alimenta solo sin dificultad

O- ¿Se considera el paciente que esta bien nutrido? (problemas nutricionales)

0 = malnutrición grave

1 = no lo sabe o malnutrición moderada

2 = sin problemas de nutrición

P- En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?

0,0 = peor

0,5 = no lo sabe

1,0 = igual

2,0 = mejor

Q- Circunferencia braquial (CB en cm)

0,0 = $CB < 21$

0,5 = $21 \leq CB \leq 22$

1,0 = $CB > 22$

R- Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = $CP < 31$ 1 = $CP \geq 31$

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 17 a 23,5 puntos riesgo de malnutrición

Menos de 17 puntos malnutrición

UTILIZACIÓN DEL PESO COMO VALORACIÓN NUTRICIONAL.

• **Talla:** Este parámetro si es susceptible de obtener aunque el paciente este en flexo o en cualquier otra postura que haga difícil realizar el tallaje ya que por la formula de Chumlea se puede obtener este parámetro.

Talla en Hombres = $64,19 - (0,04 \times \text{edad}) + (2,02 \times \text{alt. Rodilla})$.

Talla en Mujeres = $84,88 - (0,24 \times \text{edad}) + (1,83 \times \text{alt. Rodilla})$

La altura hasta la rodilla se mide a lo largo de la pierna desde la planta en la zona del talón hasta la parte superior del muslo con la rodilla en flexión de 90°

• **Índice de Masa Corporal:** Hace referencia a la relación existente entre la talla y el peso del paciente , es un parámetro de mucha utilidad ya que nos da una idea

bastante buena del estado nutricional del paciente .Evidentemente no es lo mismo que pese 50 Kg. una persona que mida 160 cm. a que tenga ese peso alguien que su talla sea de 190cm. $IMC=\text{peso(kg)}/\text{Talla}^2(\text{m})$.

• **Pliegue tricipital:** no es el único pliegue medible y tabulado según edad y sexo, pero quizás si es el mas utilizado.

Se mide con un instrumento llamado Caliper,el lugar de la medición es en la parte posterior del brazo en el punto medio entre olécranon y acromion, se coge un pellizco a la piel y tejido celular subcutáneo con los dedos índice y pulgar resbalando sobre el músculo, se aplica el Caliper durante tres segundos y la lectura nos dará el grosor del pliegue en milímetros.

• **Circunferencia del brazo:** con una cinta métrica se mide el perímetro del brazo en el mismo nivel donde hemos medido el pliegue, con el codo en flexión de 90° y la palma de la mano hacia arriba.

• **Circunferencia muscular del brazo:** con los dos parámetros anteriores podemos ver que cantidad de masa muscular tiene el paciente.

$$CMB=CB-(PTC \times 0,314).$$

También utilizamos como material los MARCADORES BIOQUIMICOS.

Albumina:es sintetizada exclusivamente por el hígado y su vida media esta en torno a los 20 días por lo que no es un parámetro para determinar de forma precoz una situación de desnutrición,aunque también es verdad que en los pacientes con UPP la desnutrición no suele ser un cuadro que se acaba de instaurar sino que suele llevar tiempo instaurado.Valores entre 3,5 y 2,5 gr/dl la desnutrición es leve y por debajo de 2 gr/dl es grave.

Es quizás el parámetro bioquimico mas utilizado en la literatura para evaluar el estado nutricional en los pacientes con UPP.

Desnutrición leve=2,8-3,5gr/dl.

Desnutrición moderada=2,1-2,7gr/dl.

Desnutrición grave<2,1gr/dl

Transferrina:debemos tener en cuenta que no estemos ante una situación en la que se modifican los niveles sericos de este parámetro como, procesos agudos,anemias,insuficiencia hepatica,tratamiento con corticoides etc.Niveles por debajo de 150mg/dl se pueden considerar patológicos y por debajo de 100 mg/dl pueden indicar un déficit nutricional severo.

Vida media 8 a 10 días.

Desnutrición leve=150-175mg/dl.

Desnutrición moderada=100-150 mg/dl.

Desnutrición grave<100 mg/dl

Prealbumina: parámetro muy útil para determinar de forma precoz un estado de desnutrición ya que, al contrario de la albúmina, su vida media es de algo más de 48 horas, tiene determinación ya que en la práctica se solicita pocas veces.

Vida media 2 días.

Desnutrición leve=10-15 mg/dl.

Desnutrición moderada=5-10 mg/dl

Desnutrición grave<5 mg/dl.

Linfocitos: es un parámetro muy útil que además de indicar la situación del comportamiento proteico visceral nos aproxima al estado inmunitario que tiene el paciente con UPP, aspecto a tener en cuenta en este tipo de pacientes. Un número de linfocitos inferior a 1500 indica un estado de desnutrición importante. Además es un parámetro muy asequible ya que podemos obtener el dato de un simple hemograma.

Aminoácidos plasmáticos: Validos para situaciones prolongadas, suelen llevar una cadencia evolutiva, primero reducción de niveles totales, segundo desaparición de aminoácidos ramificados y por último elevación de Glicina y Serina. Sin embargo no son seguros por su elevación en sepsis y postoperatorios.

Colesterol: Es un dato contradictorio. Niveles bajos podrían verse en una malnutrición avanzada. No es aceptado de forma universal.

Otros: Balance Nitrogenado, índice Creatinuria/Talla, Recuento directo de oligoelementos y Vitaminas.

MARCADORES INMUNOLOGICOS.

Recuento total de Linfocitos (<1500/mm³) sobre todo los linfocitos T. Los linfocitos B incluso aumentan.

Recuento linfocitario (células/mm³)

Desnutrición leve=1200-2000

Desnutrición moderada=800-1200

Desnutrición grave<800.

Test de Hipersensibilidad Cutánea Retardada (7 Antígenos: Tetanos, Difteria, Streptococo C, Tuberculina, Candida, Tricophyton, Proteus Mirabilis). Se cuantifica sumando los diámetros medios de las papulas se considera positivo cuando es >5 mm.

Ante un paciente con UPP debemos calcular sus necesidades caloricas, calculando el gasto Energético Basal según la fórmula de Harris Benedict y multiplicándolo por un factor de actividad y por el factor de estrés. En los casos en que el paciente no pueda ser pesado haremos un cálculo aproximado del paciente.

Nº calorías=Gasto Energético Basal x Factor de Actividad x Factor de estrés.

GEB en hombres=66+(13,7x peso en kg)+(5x Talla cm)-(6,8x edad)

GEB en mujeres=66,5+(89,6x peso en kg)+(1,7x Talla cm)-(4,7x edad)

Factor de actividad:

Encamado=1,2

Vida sedentaria=1,3

Actividad moderada=1,4

Vida activa normal=1,6

Factor de estrés:

Enfermedades incapacitantes=1,2

Ulceras por presión=1,2

Sepsis=1,6

Cirugía Mayor=1,6

Quemaduras=2.

SUPLEMENTACION ORAL

La suplementación oral consiste en la administración de fórmulas nutritivas de elaboración industrial, con el objetivo de compensar los déficits en los pacientes que realizan una alimentación insuficiente. Estaría indicada en aquellos pacientes con reducción de su ingestión habitual por anorexia, intolerancia o aversión a ciertos alimentos, y en aquellos que, aun manteniendo una ingestión aceptable, no es adecuada para sus necesidades nutritivas elevadas a causa del proceso patológico que padecen.

Los suplementos en el caso de estos pacientes pueden ser hiperproteicos a razón de 1 caloría/cc, se pueden dar en sustitución del desayuno, merienda y por la noche con objeto de no saturar el volumen que el paciente puede ingerir. Si necesitamos aportar más calorías los suplementos pueden ser hipercalóricos a razón de 1,5 a 2 calorías/cc.

El suplemento que vamos a utilizar como hemos dicho anteriormente es el CLINUTREN HP la composición de dicho suplemento es la siguiente:

PERFIL NUTRICIONAL

1,25 Kcal./ml.

P/HC/G=24/47/29

PROTEINAS

7,5g/100ml

Proteínas de leche (suero láctico y caseína)

N/energía total=1/83

N/energía no proteica=1/58

HIDRATOS DE CARBONO

15,0g/100ml

Jarabe de glucosa, sacarosa y almidón de maíz.

GRASAS

4,0g/100ml

Aceite de maíz, colza y soja.

Otras características

Textura líquida

1500 Kcal. al día cubren las RDA y DRI de vitaminas y elementos minerales de la mayoría de pacientes .

Sin gluten.

Sin residuos.

Indicaciones

Indicado para el tratamiento dietético de pacientes con necesidades energéticas y proteicas aumentadas , mal nutrido o inapetente.

Adecuado como suplemento para pacientes mayores de 3 años y como única fuente alimenticia para pacientes mayores de 6 años.

Modo de empleo

Como única fuente alimenticia o como suplemento.

Agitar antes de servir. Consumir preferentemente frío. Una vez abierto , volver a cubrir la porción no utilizada y guardar en el frigorífico durante 24 horas como máximo

		Por 100 ml	Por 200 ml
VALOR ENERGETICO	Kj	525	1050
	Kcal.	125	250
PROTEINAS(24%AET)	g	7,5	15,0
HIDRATOS DE CARBONO (47%AET)	G	15,0	30,0
De los cuales			
Azucares	G	7,6	15,2
lactosa	G	0,29/0,25*	0,58/0,50
GRASAS(29%AET)	G	4,0	8,0
De las cuales:			
Saturadas	G	0,7	1,3/1,5*
Monoinsaturadas	G	1,6/1,5*	3,1/3,0*
Ácidos grasos esenciales	G	1,8/1,7*	3,6/3,4*
-ácido linoleico	G	1,6/1,5*	3,2/3,1*
-ácido linolenico	g	0,2	0,4
FIBRA ALIMENTARIA	G	<0,5	<1,0

Osmolaridad	mOsm/l	410
Osmolalidad	mOsm/kg H ₂ O	500
Carga renal	mOsm/l	403/401*
Contenido de agua	g/100ml	77,0

• **Chocolate**

Presentación

Caja de 24 copas de
200ml del mismo sabor.

Sabor

Vainilla.
Chocolate.

		Por 100 ml	Por 200 ml
Elementos			
Minerales			
Sodio	G(mmol)	0,07(3,0)	0,14(6,1)
Potasio	Mg(mmol)	140(3,6)/170(4,4)*	280(7,2)/340*(8,7)*
Calcio	Mg(mmol)	110(2,8)/90*(2,3)*	220(5,5)/180*(4,5)*
Fósforo	Mg(mmol)	100(3,2)	200(6,4)
Magnesio	Mg(mmol)	20(0,82)	40(1,6)
Cloro	Mg(mmol)	130(3,7)/95*(2,7)*	260(7,4)/190*(5,4)*
Hierro	Mg	1,3	2,6
Zinc	Mg	1,2	2,4
Cobre	Mg	0,12/0,15*	0,24/0,30*
Manganeso	Mg	0,25/0,29*	0,50/0,58*
Fluor	Mg	0,13	0,26
Cromo	Microgr	6,2/8,7*	12,4/17,4*
Molibdeno	Microgr	9,4	18,8
Selenio	Microgr	6,3	12,6
Yodo	microgr	12	24
Vitaminas			
Vitamina A	Microgr RE(UI)	105(350)	210(700)
Vitamina D	Microgr(UI)	1,3(50)	2,6(100)
Vitamina E	Mg alfa-TE(UI)	1,6(2,5)	3,2(5,0)
Vitamina K	Microgr	6,9	13,8
Vitamina C	Mg	13	26
Tiamina(vit B1)	Mg	0,15	0,30
Riboflavina(vit B2)	Mg	0,16	0,32
Ácido pantoténico	Mg	0,62	1,2
Vitamina B6	Mg	0,21	0,42
Vitamina B12	Microgr	0,60	1,2
Niacina	Mg	1,5(2,8)	3,0(5,6)
Ácido fólico	Microgr	30	60
Biotina	mg	0,006	0,012

Resultados:

Para la evaluación de los resultados utilizaremos la tabla aquí reflejada

	Grupo	n	T1-T0
MNA	Estudio Control		
PESO(Kg)	Estudio Control		
IMC(kg/m ²)	Estudio Control		
Albumina(g/l)	Estudio Control		
Prealbumina(g/l)	Estudio Control		
Ingesta caloraca(kcal)	Estudio Control		
Ingesta proteica(g)	Estudio Control		

CONCLUSIONES

- Es necesario en este tipo de pacientes realizar una valoración nutricional básica como es la que nosotros hemos aplicado MNA, la función de las proteínas es primordial para la mejora del estado en general del paciente y en especial para la cicatrización de las úlceras.

- La mejora del estado nutricional disminuye el tiempo de cicatrización de las heridas.

- El aporte de proteínas , vitaminas y minerales en pacientes con cualquier tipo de herida incide directamente en la evolución de la cicatrización de las mismas, acortando el proceso de curación de las mismas.

- Disminuye las estancias hospitalarias y costos sanitarios al acortar periodo de cicatrización de las heridas y evitar la aparición de sobreinfecciones al disminuir el riesgo de desnutrición en los pacientes.

- Al conseguir un aporte nutricional en el paciente disminuye notoriamente las cargas de trabajo para el personal de enfermería.

- La presentación, textura y sabor del clinutren están enfocados a potenciar la ingesta en los pacientes inapetentes, ha sido muy bien recibido por el paciente, la familia y el personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Mesejo Arizmendi, A: Malnutrición en el paciente Hospitalizado: Concepto tipos y consecuencias.En Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética. Valencia. 2000. Generalitat Valenciana; 15-21.

- Mesejo Arizmendi, A: Valoración del estado nutricional.En: Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética.Valencia 2000.Generalitat Valenciana; 22-30.

- Planas Vila, M; Perez Portabella Maristany, C; Evaluacion Clínica del estado Nutricional.En Nutrición y Dietética Clínica.Barcelona 2000.Ed DOYMA.69-83.

- Salva Casanovas,A;Valoración del estado nutricional en ancianos.En Manual de Practica Clínica de Nutrición en Geriatria.Madrid.2003.You and Us.9-18

- Planas Vila, M; Avances en la valoración del estado de nutricion: Modelos multicompartimentales en valoración de composición corporal.En: avances en nutrición artificial.Zaragoza.1ª Ed. Prensas Universitarias de Zaragoza.1993.41-57.

- Echenique, M; Esteban, A; Utilización de las técnicas de evaluacion. En: Alimentación Enteral en el paciente grave.2ª Edicion.Barcelona, 1994, Springer-Verlag Iberica. 68-72.

- Carol C.Poduch,B; Elementos técnicas y productos dieteticos. En Terapéutica Actualizada en Nutricion, Khursheed, N; Jeejeebhoy, M.B. Madrid 1989. Ediciones CEA.1-10.

- Nestle Newsletter.Nutricion Clinica.Nº2.2004.

- CONUT; Control Nutricional.Proyecto para la Prevencion, Deteccion Precoz y Control de la Desnutrición Hospitalaria. Autor: J.Ignacio de Ulibarri Pérez. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

- file://C:/WINDOWS/Escritorio/NUTRIHOSPhm.NUTRICION HOSPITALARIA.

RECUERDO DE “I JORNADAS SOCIO SANITARIAS”

H
O
S
P
I
T
A
L

S
A
N
V
I
C
E
N
T
E

I JORNADAS DE
ENFERMERIA
SOCIO SANITARIA



CUIDAR AL QUE NOS CUIDÓ
SAN VICENTE DEL RASPEIG,
8, MAYO 2003.

DE PADRES A HIJOS

- Perdón para cuando sea mayor.-

Quizás algún día lejano
Ya no pueda yo ayudarte
Aunque todavía es temprano
Para que yo deje de cuidarte.

Cumplir años es alegre primero
La infancia pasa veloz
Pero el tiempo es traicionero
Siega los años con su hoz.

Pronto llega la inocencia
Para no volver jamás
Eso ha sido la creencia
Pero al final nos queda más.

- Te contaré algo que aprendí.-

Observando a los ancianos
Que llegan para ingresar
Vienen pues no están sanos
Con esperanzas de curar.

Todos nacemos y crecemos
Y nos hacemos mayores
Después envejecemos
Y empiezan otros temores

Para muchos el mal es la demencia
Perder del todo la cabeza
Carecer de toda ciencia
Y hacerlo todo con torpeza.

Al tiempo ya le ganaron
A senil querían llegar
Pero no les perdonó, olvidaron
Y ahora no pueden pensar.

Todo gira en una noria
Por el paso de los años
Ya perdieron la memoria
Y solo recuerdan antaño.

El presente no lo retienes
La vida está del revés
Lo pasado que no tienes
Es lo que más claro ves.

Si un anciano cruza mi camino
Sin querer yo lo examino.-
Sus facciones reconstruyo
En el fondo de mi mente

Bellos rasgos intuyo
Creo que las arrugas mienten.
De su mirada huyo
Ella dice lo que sienten
Yo no sé si en algo influyo
Pues los veo sonrientes.

- En ellos sigo pensando
Mientras voy trabajando.-

Pasos torpes y lento caminar
Un apoyo siempre buscaré
Ideas difusas difíciles de expresar
Dura etapa que a todos llegará

Sus rostros ajados y arrugados
La frente despejada, no la mente
El cuerpo dolorido y marchitado
así quedamos todos igualmente

PARA UN HIJO

Perdón por mi aseo personal
Las veces que te he aseado
Ya ves, ni las he contado

Perdón si no te recuerdo
Es fallo de transmisión
Si no, ábreme el corazón
seguro estarás de acuerdo

Perdón si no puedo comer
Y tú me has de ayudar
Eso hazlo sin dudar
Recuerdo lo que he sufrido
Cuando el plato no has querido

- No olvides que:

“Solo querré tu atención
Que dediques tu mirada
Que sientas alguna emoción
Ante esta vieja chiflada

Dedícame una sonrisa
Una pequeña caricia
Será una cálida brisa
Esa es toda mi codicia”

- Por último.-

No te avergüences nunca
Ten la cabeza bien alta
Decidas lo que decidas
Yo ya lo había aceptado
Siento haber cambiado
Pero siempre te he amado

AGRADECIENDO LA ÚLTIMA VISITA

Era un domingo cualquiera
viniste a visitarme
veo tu rostro
tus manos se dedican a arroparme
examinas mi estado demacrado
como si en unos segundos
pudieras sanarme
dudas si los cuidados son adecuados
y decides por fin preguntarme:
-¿Cómo estas madre?
mi corazón responde enseguida
dice que ahora en el cielo
pero mi boca no puede hablar
mis labios se quedan sellados
mis ojos van a estallar
pues las lagrimas también se han secado

Busco una palabra e intento decirla
pienso en la palabra “guapa” “guapa”
pero mis labios resisten
por fin se han movido y tu los miras

-¿Quieres agua?
yo asiento con la mirada, no era eso
pero no importa
bendita esta agua, néctar de flores
cerca de mí estas ahora
agua con mezcla de sabores
noto tu mano en mi nuca
agua que sabe a amores
porque me la das tú.

Me empiezas a contar cosas
cosas que oigo y no entiendo
pero tu voz me tranquiliza
gran bienestar voy sintiendo
y me duermo:

*“Sueño ser un bebe
y creo que mi madre eres tú
fundo dos rostros en uno
pero en mi sueño crezco deprisa
y ahora el bebe eres tú
lloras y lloras,
no se que quieres
pero yo ya me tengo que marchar
tiran de mí con fuerza
entes y seres sonrientes
entiendo que algo va a terminar
y te beso muy fuerte
ya no lloras”*

La madre se ha ido
y en si dulce rostro
la hija, cargada de lágrimas
deposita un largo beso
de despedida.

AUTORA:
ANA MOYANO MARÍN