



Buenas prácticas de enfermería en el Área VI

*Buenas prácticas
de enfermería
en el Área VI*

Edita: María del Carmen Pérez García
Ana Maravillas González Fajardo
Juan Antonio Martínez García

Diseño: FFIS Región de Murcia

Depósito Legal: MU-1085-2017

ISBN: 978-84-697-5835-9

Publicación: Gerencia del Área VI-Vega Media del Segura del Servicio Murciano de Salud

Revisión y corrección: Marabou Translations (maraboutranslations.com)

Autora imagen de portada: María Dolores Ruiz Puerta. Enfermera del Área VI
No se puede reproducir la imagen de portada ya que tiene reservados los derechos de autor.

ÍNDICE DE AUTORES

Carolina Alcón Belchí

Josefa Bayona Jiménez

José María Bernal Bastida

María Josefa Clemente Laserna

Ángeles Cos Zapata

Pilar Crespo Paesa

Juana Férez Pujalte

Josefa Gil López

Isabel María López Santo

Pilar Moya Martínez

Antonio Paredes Sidrach de Cardona

Isabel Pozo Serrano

Emiliana Sabuco Tébar

M^a Jesús Sánchez Carreño

Carmen Tornel Costa

Ana Isabel Asensio Villalba

José Domingo Avilés Aranda

Josefa María Cánovas Sánchez

María Ángeles Carvajal González

María Dolores Cuevas Atienza

Cristina Esteban Lloret

María Gálvez Castillo

José Hernández Martínez

Encarnación Hernández Pérez

María Amaya Hinojosa Mellado

Juana María Ibarra Cuenca

Jesús Leal Llopis

Esther López Lozano

Juan Antonio Martínez García

Encarnación Martínez Sánchez

Josefa Patricia Moreno Pina

Sandra Moreno Reina

Carmen María Muñoz Jurado

José Joaquín Nicolás Martínez

Félix Peñalver Hernández

María del Carmen Pérez García

Virginia Pérez Martínez

Antonio Salmerón Gracia

Mario Soler Torroja

Martina Valenzuela Anguita

María Rosario Verdú Nicolás

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

PRESENTACIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. COMISIÓN DE SALUD COMUNITARIA, UNA HERRAMIENTA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	6
CAPÍTULO 2. EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA: TALLERES FORMATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD	16
CAPÍTULO 3. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CONSEJO GENÉTICO	22
CAPÍTULO 4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	29
CAPÍTULO 5. CONSULTA DE ENFERMERÍA: TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	42
CAPÍTULO 6. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	47
CAPÍTULO 7. LA ENFERMERA DE ENLACE EN LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MULTIINGRESO (PCCM)	53
CAPÍTULO 8. PROTOCOLO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL ÁREA VI	59
CAPÍTULO 9. COLOCACIÓN Y CUIDADO DE CATÉTERES PICC.....	65
CAPÍTULO 10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FORMULACIÓN MAGISTRAL. DISPENSACIÓN AL PACIENTE EXTERNO	70
CAPÍTULO 11. PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER	79
CAPÍTULO 12. INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN AISLAMIENTO DE CONTACTO	87
CAPÍTULO 13. ACOGIDA AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE NUEVA NEOPLASIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA.....	91
CAPÍTULO 14. PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL DRENAJE PLEURAL. INFORMACIÓN SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DRENAJE PLEURAL A PIE DE CAMA.....	98
MIEMBROS DE LA COMISIÓN DE CUIDADOS DEL ÁREA VI-VEGA MEDIA DEL SEGURA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD	105
FOTOGRAFÍAS DE LAS JORNADAS	106

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros,

Tengo el gusto de presentaros este libro cuya creación es el fruto de una experiencia de difusión de la gran versatilidad de las enfermeras en su ejercicio profesional.

En mayo de 2016, como objetivo anual de la Comisión de Cuidados del Área VI, organizamos y celebramos en el Hospital General Universitario "José M^a Morales Meseguer" de Murcia, las Jornadas de Enfermería del Área VI del Servicio Murciano de Salud. Este evento supuso una oportunidad única para exponer, ante casi ciento sesenta asistentes, quince ponencias que definían la labor de la enfermera en ámbitos muy específicos y relevantes, integrados en nuestro sistema sanitario, en los diferentes niveles asistenciales.

La calidad de los trabajos y la cualificación demostrada por los profesionales hicieron visible el extenso abanico de posibilidades en el desarrollo profesional de enfermería, y lo que es más importante todavía, la cercanía al paciente en todas las fases de su proceso de salud.

Espero que este manuscrito os guste y que hayamos sido capaces de plasmar, con palabras e imágenes, la fuerza de nuestra profesión y las ganas de seguir creciendo y avanzando hacia las buenas prácticas en enfermería.

Para finalizar quiero agradecer, tanto a todos los autores de los capítulos como a Ana González y M^a Carmen Pérez, el esfuerzo que han realizado para hacer que esta publicación sea una realidad.

Muchas Gracias.

Atentamente,

Juan Antonio Martínez García

Director de Enfermería del Área VI-SMS

Presidente de la Comisión de Cuidados del Área VI

CAPÍTULO 1. COMISIÓN DE SALUD COMUNITARIA, UNA HERRAMIENTA PARA LA PROMOCIÓN DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

AUTORES

Juana Férez Pujalte

Enfermera. Coordinadora de Docencia y Formación Continuada en Enfermería. Centro de Salud “Jesús Marín” de Molina de Segura

María Rosario Verdú Nicolás

Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud “Jesús Marín” de Molina de Segura

Mario Soler Torroja

Médico de Familia. Centro de Salud “Jesús Marín” de Molina de Segura
Coordinador de la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura



INTRODUCCIÓN

La Unidad de Formación del Área VI, Vega Media del Segura, del Servicio Murciano de Salud invitó a participar en las Jornadas de Enfermería que se realizarían en junio de 2016 en dicha Área. Dos enfermeras del Centro de Salud “Jesús Marín López”, Juana y Rosario, que son miembros de la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura, decidieron hacer y presentar una comunicación para exponer la creación y evolución de dicha comisión, así como su funcionamiento y las actividades realizadas por esta.

Al coordinador de dicha comisión, Mario Soler Torroja, le pareció bien dicha iniciativa, por lo que colaboró en la realización de la presentación y se convirtió en un autor más de la misma.

OBJETIVO

Aumentar la participación de los profesionales de enfermería en la composición y en las actividades de la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura.

METODOLOGÍA

Recopilación de información sobre la comisión y de las actividades tanto promovidas como emanadas de ella.

En la recogida de información encontramos los siguientes datos:

- La comisión se constituyó el 19 de mayo de 2008.
- La periodicidad de las reuniones es mensual salvo que las tareas a desarrollar requieran de más reuniones.
- Los lugares de reunión son los dos centros de salud existentes en Molina de Segura, de forma alternativa.
- Se hace acta de cada reunión.
- Al finalizar cada reunión se decide la fecha de la siguiente.
- La comunicación entre los miembros de la comisión se realiza a través de correo electrónico.
- El logotipo de la comisión es el siguiente:



La comisión está compuesta por los siguientes miembros:

- **Profesionales de los centros de salud:**
 - Tres médicos de familia
 - Tres enfermeras/os
 - Un pediatra
 - Una trabajadora social
 - Una administrativa
 - Una responsable de Enfermería de Equipo de Atención Primaria

- **Representantes de diversas concejalías del Ayuntamiento de Molina de Segura:**
 - Concejalía de Salud Pública
 - Concejalía de Educación
 - Concejalía de Participación Ciudadana
 - Concejalía de Bienestar Social
- **Ciudadanos:**
 - Dos personas pertenecientes a la población de Molina de Segura
 - Un sociólogo
 - Una persona perteneciente a una Junta de Zona
 - Un docente de un centro escolar de Molina de Segura
 - Una persona de equipo de Valoración Psicopedagógica

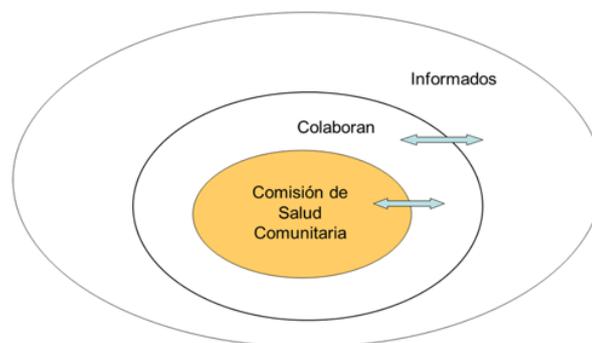
Todos los componentes se representan a sí mismos como miembros de la comisión y sus opiniones son las que consideran más adecuadas respecto al tema tratado.

Los objetivos generales de la comisión se elaboraron a partir de una revisión de la bibliografía y son los siguientes^{1,2,3,4}:

- Tomar conciencia de la importancia de la participación de los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado y la promoción de su salud y del interés de favorecer este proceso por parte de los profesionales.
- Establecer mecanismos estables y duraderos de cooperación y aprovechamiento con las organizaciones ciudadanas interesadas por la salud.
- Establecer mecanismos de coordinación y cooperación interinstitucional con otros recursos del municipio.
- Identificar de forma participativa y en coordinación con otros recursos las necesidades en salud prioritarias de la población asignada (“diagnóstico comunitario”).
- Adecuar los servicios que se prestan a las necesidades identificadas en la población (posibilidad de educación para la salud grupal, grupos de autoayuda u otros).
- Favorecer un proceso de reflexión y cambio entre los profesionales del centro de salud.

La participación de los miembros del Equipo de Atención Primaria en la comisión queda reflejada en el siguiente gráfico:

Participación de los miembros del E.A.P.



Algunos componentes del equipo forman parte de la comisión, otros componentes colaboran con la comisión y todos están informados de las actividades de esta.

RESULTADOS

Una vez hecha la recopilación de información, se constata la realización de diferentes actividades por parte de la comisión, detalladas a continuación:

1. Se impulsa el funcionamiento del Consejo de Municipal de Salud⁵ por parte de la Comisión de Salud Comunitaria. Los miembros designados de la Comisión y la Federación de Asociaciones de Vecinos (Interbarrios) elaboran el Reglamento de Funcionamiento del Consejo Municipal de Salud⁵, aprobado en el pleno municipal y publicado en el BORM.



IV. ADMINISTRACIÓN LOCAL

Molina de Segura

13802 Aprobación definitiva del Reglamento del Consejo Municipal de Salud de Molina de Segura.

El Pleno del Ayuntamiento de Molina de Segura en la sesión ordinaria celebrada el día 29 de julio de 2013, aprobó con carácter inicial el Reglamento del Consejo Municipal de Salud de Molina de Segura.

Sometido el expediente a un periodo de información pública por un plazo de treinta días, mediante edicto publicado en el Boletín Oficial de la Región de Murcia n.º 187, de 13 de agosto de 2013, no se han presentado reclamaciones ni sugerencias, por lo que se entiende definitivamente aprobado el citado Reglamento, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.

Contra la aprobación definitiva se podrá interponer recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el plazo de dos meses, a contar desde el siguiente a la publicación del presente Edicto.

El Ayuntamiento de Molina de Segura es consciente de la importancia de la democracia participativa y para contribuir a ella elabora el Estatuto Orgánico de Participación Ciudadana⁶, conforme a la legislación vigente.

Este estatuto tiene por objeto la regulación de los medios, la forma y los procedimientos de participación de los vecinos y vecinas de Molina de Segura.

La aplicación de este estatuto⁶ da lugar a la formación de las juntas de zona en Molina de Segura, que son las siguientes:

- ZONA Nº 1 OESTE DEL CASCO URBANO
- ZONA Nº 2 ESTE DEL CASCO URBANO
- ZONA Nº 3 URBANIZACIONES
- ZONA Nº 4 PEDANÍAS. SUBZONA HUERTA
- ZONA Nº 4 PEDANÍAS. SUBZONA CAMPO



La Comisión de Salud Comunitaria propone que en cada junta de zona haya una representante de los servicios sanitarios del municipio, propuesta que se aprueba y se hace efectiva.

2. Miembros de la comisión elaboran un documento para la administración de medicación en los centros educativos.

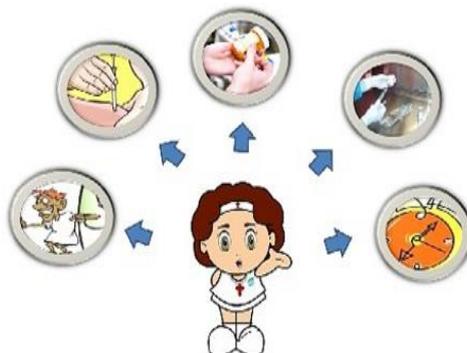
Los directores de escuelas infantiles exponen a la comisión el problema que tienen los docentes en los centros educativos para la aplicación, a los niños escolarizados, de cualquier tipo de medicación, ya sea tópica, oral o inyectable.



La comisión acepta el reto de revisar el tema y elaborar, si procede, una normativa al respecto.

Una vez revisado el tema por miembros de la comisión, se elaboran las recomendaciones de la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura para la administración de medicación a los niños/as en escuelas infantiles y centros escolares (junio 2011).

LOS 5 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



En las recomendaciones se establecen las siguientes premisas:

A. Ante la ausencia de una normativa vinculante, la decisión de administrar o no medicación programada en el colegio debe ser voluntaria, sin perjuicio de las prerrogativas que corresponden al titular, público o privado, del centro educativo y a la dirección del mismo.



B. Es condición necesaria para solicitar la administración de medicación en el centro educativo que no se pueda administrar el medicamento en el domicilio sin interferir con la asistencia al colegio. Por ejemplo, si se debe tomar cada ocho horas, no tiene sentido que se administre en el colegio si el niño solo permanece en él cinco horas.



C. Las instrucciones sobre la administración deben ser inequívocas en todos sus aspectos, no debiendo darse por sentado ningún aspecto (dosis, relación con las comidas, hora de administración, etc.). La responsabilidad sobre la exactitud de estos aspectos recaerá sobre los padres.



La solicitud para la administración de medicación tiene que cumplir los siguientes requisitos:

A. El padre, la madre o el tutor legal deberá solicitarlo por escrito y firmar la petición correspondiente. En ella deberán aparecer indicados el nombre del medicamento, la dosis a administrar, la(s) hora(s) a la(s) que debe administrarse y la indicación de su relación con las comidas.

Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura.

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN AL NIÑO/NIÑA EN ESCUELAS INFANTILES Y CENTROS ESCOLARES

Yo, D./Dña.
(Escribir nombre completo)

Padre/madre/tutor/tutora (tachar las que no procedan) del niño/niña:

(Escribir nombre completo)

SOLICITO a la escuela infantil o centro escolar:
(Escribir nombre)

Que se le administre el medicamento:

(Escribir nombre completo, incluyendo presentación: comprimidos, cápsulas, sobres, solución)

A la dosis (escribir la dosis precisa):

Duración: Desde el día: Hasta el día:

A la siguiente hora (escribir la hora u horas a las que indica se administre):

Relación con las comidas (marcar con X):
Antes Durante Después

Como firmante de la presente solicitud asumo las consecuencias derivadas de su administración y entiendo que el profesional del Centro que administra la medicación está exento de responsabilidad ante cualquier efecto adverso, siempre que lo haga de acuerdo a estas instrucciones.

(Firma)

CONDICIONES NECESARIAS:

- La aceptación por parte del Centro de administrar la medicación solicitada tendrá siempre carácter voluntario y en ningún caso podrá ser impuesta por padres ni tutores
- Es condición necesaria adjuntar a la presente solicitud copia de la receta del pediatra en la que figure la misma medicación.
- Es condición necesaria adjuntar a esta solicitud la medicación que se solicita administrar, con igual presentación.

B. Junto con el escrito de solicitud deberá suministrarse la medicación.



C. Deberá adjuntarse siempre la copia de la receta del profesional que lo ha prescrito.



3. Se organizan unas jornadas sobre Promoción de la Salud y Participación Ciudadana.



Los días 24 y 25 de marzo de 2015 se celebraron en Molina de Segura las Primeras Jornadas de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, organizadas por la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura, con la colaboración del Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia, el Ayuntamiento de Molina de Segura y los profesionales del Servicio Murciano de Salud del Área VI.

En ellas, se abordaron los siguientes temas:

1. Promoción de la salud.
2. Abogacía por la salud.
3. Educación para la salud.
4. Educación para la salud en la escuela.
5. Participación comunitaria.
6. Habilidades para la vida según la OMS.
7. Ciudades saludables.

El contenido íntegro de las jornadas se puede consultar ven la siguiente página de internet: [1º Jornadas de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana](#)

4. Se organiza una Jornada de Educación para la Salud en la Escuela.

El 9 de marzo de 2016 tuvo lugar en Molina de Segura la Primera Jornada de Educación para la Salud en la Escuela. Este evento fue organizado por la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura, con la colaboración del Ayuntamiento del municipio.



En estas primeras jornadas se desarrollaron dos ponencias y se presentaron cuatro experiencias sobre Educación para la Salud en cuatro centros educativos.

Las ponencias expuestas llevaron por título "Trayectoria de la Educación para la Salud en la Escuela en la Región de Murcia" expuesta por Ana María González Pérez, jefa del Servicio de Programas Educativos de la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia y "Los pilares para construir el futuro de la Educación para la Salud en la Escuela" expuesta por José Joaquín Gutiérrez García, jefe de servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Las cuatro experiencias expuestas sobre Educación para la Salud en cuatro centros educativos fueron las siguientes:

1. *Semáforo de control del ruido*: educar para crear un entorno de calidad sonora, expuesto por Vicente Cánovas Ramón, director del CEIP “Ntra. Sra. De Fátima”, de Molina de Segura.
2. *Huerto escolar: “El bancalico del Cervantes”*, expuesto por Inmaculada Ortiz Campillo, profesora de Primaria del CEIP Cervantes, de Molina de Segura.
3. *Programa ARGOS*: un ejemplo de prevención del consumo de alcohol en escolares, expuesto por Juan Pedro Martínez Ramón, jefe del Departamento de Orientación del IES “Eduardo Linares Lumeras”, de Molina de Segura.
4. *Mediación de conflicto en la escuela*, expuesto por Concepción Marín Torres, directora del CEIP “Vega del Segura” (Ribera de Molina), de Molina de Segura.

El contenido íntegro de dichas jornadas se puede consultar en la siguiente página de internet: [Trayectoria de Educación para la Salud](#)

CONCLUSIONES

1. La Comisión de Salud Comunitaria ha conseguido implicar y realizar actividades con diversas entidades del municipio (Ayuntamiento, asociaciones, centros docentes) a través de sus actividades, promoviendo la participación ciudadana y su empoderamiento.
2. Consideramos que la participación de enfermeras/os en la Comisión de Salud Comunitaria de Molina de Segura constituye un ejemplo de buenas prácticas en la profesión enfermera por los siguientes motivos:
 - Participación como miembros de pleno derecho de la comisión.
 - Tomar parte activa en sus deliberaciones y en la toma de decisiones.
 - Implicación directa en las actividades emanadas o impulsadas por dicha comisión.
 - Favorecimiento del desarrollo profesional de las enfermeras/os mediante la implicación directa en las actividades comunitarias de promoción de la salud y la participación ciudadana.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud](#). Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
2. La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Unión internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea
3. [Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida](#). Informe SESPAS 2012. GacSanit 2012; 26(S): 158-61.
4. Andreu Segura. [La participación ciudadana, la sanidad y la salud](#).
5. [Reglamento del Consejo Municipal de Salud en el Ayuntamiento de Molina de Segura](#).
6. [Estatuto Orgánico de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Molina de Segura](#).

CAPÍTULO 2. EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA: TALLERES FORMATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD

AUTORES

M^a Josefa Clemente Laserna

Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Morales Meseguer

Pilar Crespo Paesa

Enfermera. Supervisora de Enfermería. Unidad de Neumología. Hospital Morales Meseguer

Encarnación Martínez Sánchez

Enfermera. Subdirectora de Continuidad de Cuidados

Josefa Patricia Moreno Pina

Enfermera. Supervisora de Área de Continuidad de Cuidados

María del Carmen Pérez García

Enfermera. Supervisora de Docencia y Formación Continuada de Enfermería



INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad crónica cuyos pilares fundamentales para su tratamiento son el diagnóstico precoz, la deshabituación tabáquica y el uso correcto de la medicación inhalada pautaada. Atención Primaria es el ámbito asistencial más adecuado para llevar a cabo estas actividades y poder detectar la enfermedad en una fase más leve con el objetivo de frenar la evolución rápida e incapacitante de la misma. En los tres pilares nombrados anteriormente, enfermería tiene un papel fundamental como educadora en el caso de la terapia inhalada y consejo breve en el cese del abandono del tabaco y como técnico ejecutor en el caso de la espirometría. Se ha observado que estas actividades no se están llevando a cabo por varios motivos, siendo el principal la falta de conocimientos de los profesionales. Dicho desconocimiento provoca que a esta enfermedad no se le dé la importancia que tiene y no se realicen de una forma programada y planificada los seguimientos que requieren los pacientes.

Se estima que más de dos millones de personas en España padecen EPOC (1,5 millones de hombres y medio millón de mujeres). Esta cifra supone aproximadamente el 10% de la población comprendida entre 40 y 80 años. Según estudios recientes, un 73% de ellas no están diagnosticadas, lo que implica, lógicamente, que no están tratadas. La EPOC es la quinta causa de muerte en hombres y la séptima en mujeres. Un número importante de los pacientes que están debidamente diagnosticados no utilizan correctamente la medicación inhalada que deben tomar, lo que se traduce en un mayor número de reagudizaciones e ingresos hospitalarios.

En 2013, las altas hospitalarias para ambos sexos con diagnóstico principal de EPOC y bronquitis en la Región de Murcia fueron 2.041, aunque probablemente esta cifra sea mayor ya que muchos de los pacientes tienen una importante comorbilidad y son tipificados con otra codificación principal. La estancia media hospitalaria en ese periodo fue de 8,29 días de ingreso.

Asimismo, la EPOC es la cuarta causa de muerte en Europa.

El coste medio de un paciente con EPOC asciende a 910,57 euros anuales y, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, el coste medio por paciente con EPOC grave se estima tres veces superior al coste por paciente con EPOC moderada, y más de siete veces el coste de la EPOC leve. Se calcula que esta enfermedad puede suponer un 0,2% del producto interior bruto¹.

Tras la exposición de todos estos datos, y una vez demostrada la importancia de esta enfermedad en nuestro entorno, queda claro que es necesario trabajar para conseguir una mayor prevención de la misma por tratarse de una enfermedad prevenible (ya que en la mayoría de los casos está provocada por el humo del tabaco), un diagnóstico precoz y un seguimiento adecuado de estos pacientes para un mejor control de la enfermedad.

Se trata de una enfermedad crónica y, como tal, debemos realizar el seguimiento de los pacientes en Atención Primaria de igual manera que se hace habitualmente con el resto de pacientes crónicos². Su atención no debe quedar delegada al ámbito hospitalario ya que se trata de pacientes que, a lo largo de su proceso, van a requerir atención sanitaria en los distintos niveles asistenciales, ya sea por procesos más leves e incipientes o, en otras ocasiones, por procesos más agudos y críticos³.

La necesidad de formación es una necesidad observada y demandada por los propios profesionales. Una vez conocida esta necesidad, y siendo conscientes de ello, nuestro objetivo es formar al máximo número posible de profesionales del área para que puedan atender correctamente a los pacientes con EPOC. Con este fin se decide utilizar el formato de formación en puesto de trabajo, con un docente que se desplaza a los diferentes centros de salud del Área VI. Esta modalidad formativa permite formar a casi la totalidad de los profesionales de los centros de salud, dentro de su horario laboral y con los medios de que disponen para llevar a cabo las actividades que se les propone.

OBJETIVO

- Dotar a los enfermeros/as de Atención Primaria de los conocimientos básicos para la realización de la espirometría y administración de medicación inhalada.
- Facilitar herramientas a los enfermeros/as de Atención Primaria para llevar a cabo y desarrollar dichas tareas.

METODOLOGÍA

Para lograr la formación del personal de enfermería en EPOC se plantean dos talleres acreditados de dos horas en cada uno de los centros de salud adscritos al Área VI. Desde la Dirección de Enfermería facilitan la asistencia de los profesionales, cerrando las agendas programadas para que puedan asistir todos aquellos que lo deseen. Los talleres van dirigidos al colectivo de enfermeros/as fundamentalmente, aunque también se contempla como destinatarios a médicos y residentes. Los talleres impartidos llevan por título:

- Taller de adiestramiento de medicación inhalada.
- Taller de espirometría en Atención Primaria.

Los talleres tienen una duración de dos horas lectivas que se plantean con un contenido teórico-práctico. Estos talleres se van a realizar en los centros de cabecera trabajando con el material disponible en cada centro para una mejor utilización y comprensión del mismo. Los contenidos que se imparten en cada uno de los talleres son los siguientes:

Taller de adiestramiento de medicación inhalada

- Conocimientos básicos, anatómicos, fisiológicos y químicos relacionados con el aparato respiratorio y la administración de medicación inhalada.
- Tipos de dispositivos de medicación inhalada: descripción de los más usados y técnica correcta de su uso.
- Uso correcto de la medicación nebulizada y otros dispositivos de nueva generación.
- Registro de la actividad en la aplicación OMI-AP.
- Realización de la técnica por parte de los asistentes con dispositivos placebo y evaluación de la misma por sus compañeros.
- Prueba de evaluación: realización de cada técnica con material de simulación. El material utilizado es el siguiente:
 - Dispositivos de medicación inhalada disponibles en el mercado.
 - Material de apoyo a los discentes para llevar a cabo la tarea de adiestramiento en sus lugares de trabajo (Imágenes 1 y 2).



Imagen 1. Hojas de apoyo para el paciente.

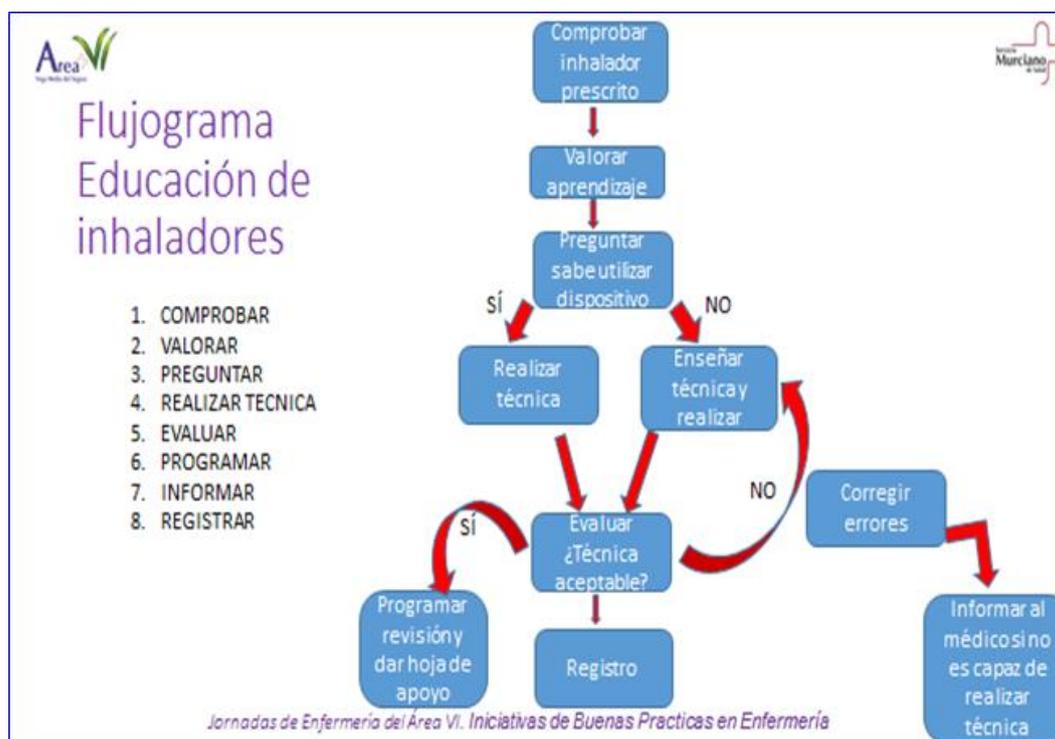


Imagen 2. Flujograma para la educación de inhaladores.

Taller de realización de espirometrías en Atención Primaria

- Conceptos básicos sobre espirometrías.
- Explicación de la técnica correcta y manipulación de su espirómetro.
- Identificación de criterios de reproducibilidad y aceptabilidad.
- Interpretación básica. Patrón obstructivo o no obstructivo.
- Realización de espirometrías por los discentes.
- Revisión del espirómetro y dispositivos para realización de espirometrías.
- Planteamiento de problemas y dificultades para llevar a cabo la técnica en su centro de salud (material, citaciones, organización, etc.)

Es material empleado es el siguiente:

- Espirómetro de cada centro.
- Material audiovisual.

CONCLUSIONES

Con la impartición de los talleres se ha logrado formar a casi el 100% del personal de enfermería de los centros de salud del Área VI, habiendo participado también médicos y residentes. Además, se ha conseguido sensibilizar y concienciar sobre la importancia de la enfermería en la EPOC y su cuidado. En relación a la terapia inhalada, los profesionales han conocido y aprendido a manejar los distintos dispositivos de medicación inhalada que actualmente hay en el mercado y que, hasta ahora, desconocían, ya que los laboratorios no presentan estos dispositivos al personal de enfermería. Una queja generalizada del personal es que no tienen acceso al material de placebo existente para poder realizar las sesiones de educación con el paciente correctamente.

Con respecto a la realización de espirometrías, los discentes han aprendido a realizar espirometrías con criterios de calidad aceptables y reproducibles. Asimismo, han adquirido conocimientos básicos de interpretación de los resultados de las espirometrías, sabiendo diferenciar entre las curvas representadas en la gráfica que no son válidas y las que son patológicas. En los talleres de realización de espirometrías han aprendido a explotar las funciones que les proporciona el espirómetro del que disponen en el centro de trabajo y que les ayuda a una mejor realización, elección e interpretación de la prueba.

Los talleres han servido para detectar problemas de diversa índole relacionados con la realización de las espirometrías, como problemas organizativos o de espacio físico, derivados de los dispositivos u otros. En algunos centros se han detectado averías y desperfectos que los responsables han comunicado inmediatamente para su reparación.

Además, se ha detectado un problema de calibración insuficiente generalizado, lo que ha servido para realizar propuestas de mejora a nivel institucional.

Gracias a la oportunidad de transmitir y comunicar sugerencias, estas han sido debidamente trasladadas a los responsables del Área VI para que pueda mejorar la atención a los pacientes con EPOC, que es el fin último de este proceso formativo.

Otro aspecto interesante que se ha conseguido gracias a la realización de estos talleres ha sido fomentar la interrelación entre los distintos niveles asistenciales, ya que se ha puesto de manifiesto la importancia de la utilización del Informe de Continuidad de Cuidados como herramienta de registro y comunicación para asegurar la continuidad de cuidados del paciente.

Gracias a los datos analizados a partir de las encuestas de satisfacción cumplimentadas por los discentes, se conoce el efecto positivo conseguido. Queda pendiente el estudio y análisis del impacto y la transferencia del conocimiento conseguido a partir de la realización de estas actividades formativas.

Los talleres no solo han sido una actividad formativa, sino también una oportunidad de interrelación y retroalimentación entre profesionales y gestores de recursos, permitiendo corregir y mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos al paciente con EPOC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra Hidalgo P, De la Torre Álvaro JL, Sanz Mateo GR coordinadores. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Recomendaciones para su atención. 2015. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2015.
2. LlaugerRoselló MA, Pou MA, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C. Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. ArchBronconeumol 2011;47(11):561-70.
3. Ancochea B, Julio. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009. p. 196.

CAPÍTULO 3. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CONSEJO GENÉTICO

AUTORA

Pilar Moya Martínez

Enfermera. Hospital de Día Médico. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

El consejo genético es un proceso de comunicación a familias que están en situación de riesgo de padecer cáncer. En un 20% de los pacientes existe una historia familiar previa de cáncer. Puede ser debido a una coincidencia, a factores ambientales y estilos de vida similares o a factores genéticos¹.

En un 5-10% de los casos se puede identificar una alteración genética heredada que es la causa de la enfermedad, en un 15-20% de las familias existe una agregación familiar, y en un 70-80% se trata de tumores esporádicos¹.

En la Consulta de Consejo Genético se tratan los siguientes aspectos:

- La probabilidad de presentar o transmitir una determinada susceptibilidad genética a desarrollar un tumor.
- Las implicaciones médicas, psicológicas, éticas y legales.
- La posibilidad de realizar un análisis genético.

Ser portador de una mutación no es sinónimo de cáncer, significa tener un mayor riesgo de desarrollar uno o varios tipos de cáncer.

OBJETIVOS

- Informar sobre cuáles son las medidas disponibles para la prevención y el diagnóstico precoz.
- Analizar si las familias con varios casos de cáncer poseen en sus genes una mutación de tipo germinal que pueda ser heredada.
- Controlar el riesgo de cáncer en las personas cuyo resultado del estudio genético sea positivo.

METODOLOGÍA

La unidad está formada por los siguientes profesionales:

- Un oncólogo especialista en genética.
- Una psicooncóloga.
- Laboratorio de genética de HUVA.
- Una enfermera.

Las personas que pueden ser derivadas a esta consulta son:

- Familias que presenten casos de cáncer a edades tempranas.
- Familias con tres o más casos de miembros que hayan sido diagnosticados del mismo tipo de cáncer.
- Individuos que presenten múltiples tumores.
- Aquellos que presenten un cáncer poco frecuente.
- Candidatos según factores raciales: judíos ashkenazí.
- Otros: defectos congénitos, alteraciones morfológicas, sujetos muy preocupados.

La forma de llegar a la consulta es a través de interconsultas de cualquier médico especialista que detecte algún candidato, el médico de familia o la unidad de alto riesgo de cáncer de mama.

La enfermera de la consulta establece un filtro entre las interconsultas recibidas y el oncólogo. Para ello lleva a cabo el siguiente procedimiento:

1. El primer paso es una llamada telefónica en la que se pide al usuario información sobre sus antecedentes familiares. A través de ese primer contacto se acuerda una primera visita en la consulta.

2. Cuando el usuario asiste a la consulta, se le explica qué es el cáncer genético y cuáles son los beneficios que puede obtener por estar incluido en el programa. También se proporciona apoyo psicológico en lo que para ellos supone pensar que están transmitiendo a sus seres queridos un gen que implica un aumento en el riesgo de padecer cáncer².
3. Con la información proporcionada por el usuario, se elabora un árbol genealógico que abarca tres generaciones. En él se recogerán todos los datos referentes a la historia oncológica de la familia: tipos de cáncer, quién los ha padecido, a qué edad y, en caso de fallecimiento, a qué edad y cuál fue la causa. De igual manera se recogerán datos de otras patologías que puedan relacionarse con síndromes hereditarios concretos y que puedan ayudar a encuadrar a esa persona en un síndrome exacto.
4. La información recogida se contrasta y completa con las fuentes de datos disponibles (historia clínica, programas informáticos SELENE y Ágora, etc.).
5. Con los datos obtenidos, se realiza la valoración del riesgo familiar de padecer cáncer.
6. Los usuarios a los que no es necesario volver a citar reciben educación sanitaria haciendo referencia a los 12 consejos que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevenir el cáncer.

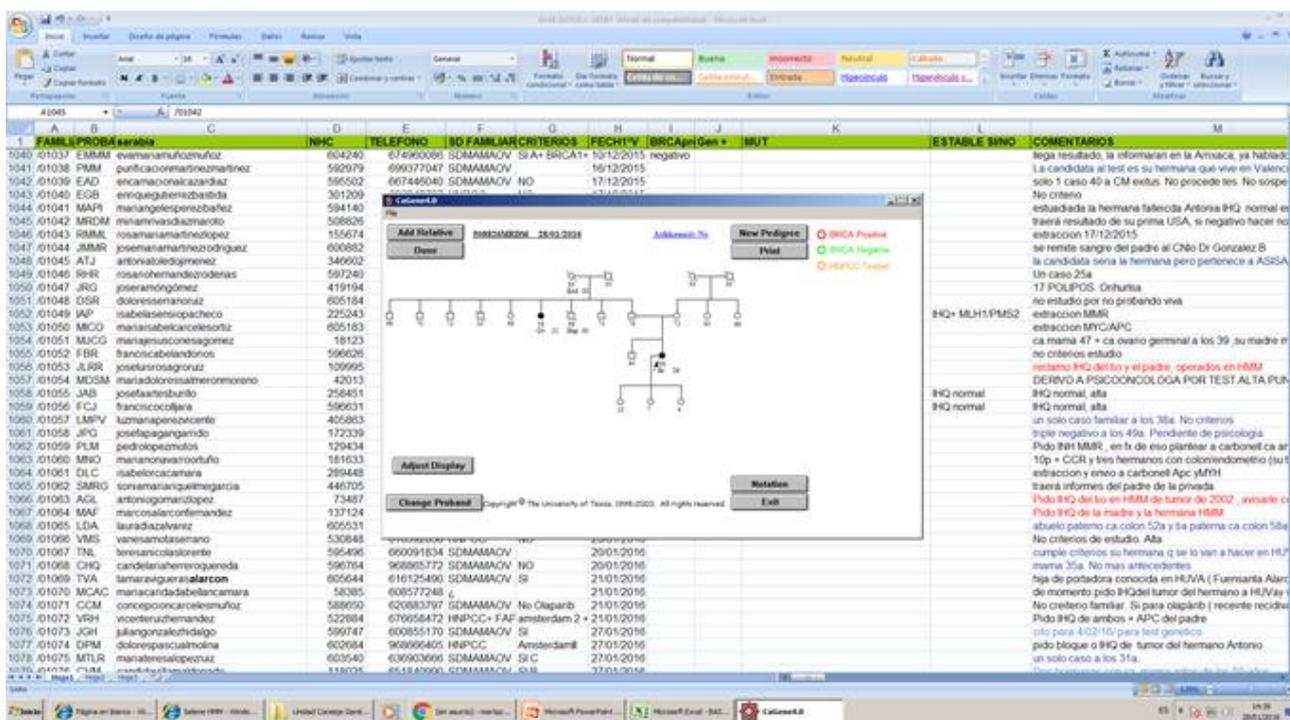


Imagen 1. Árbol genealógico

7. Una vez hecho el árbol, seguimos los criterios que nos marca la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) para clasificar a las familias y decidir si continúan con el estudio genético o no.

En la consulta, los tres síndromes hereditarios detectados con más frecuencia son los siguientes:

- Síndrome de ovario y mama hereditario.
- Síndrome de cáncer de colon hereditario no polipósico (Lynch).
- Poliposis adenomatosa familiar.

Síndrome mama-ovario:

- Tres o más familiares de primer grado afectados de cáncer mama/ovario.
- Dos casos de cáncer de ovario.
- Un caso de cáncer de mama y otro de ovario.
- Un caso de cáncer de mama en varón y otro de mama/ovario.
- Dos casos de cáncer de mama en menores de 50 años.
- Un caso de cáncer de mama bilateral y otro de mama en menor de 50 años.
- Un caso de cáncer de mama antes de los 30 años.
- Un caso de cáncer de mama y ovario en la misma paciente.
- Un caso de cáncer bilateral antes de los 40 años.
- Un caso de cáncer. Triple negativo antes de los 50 años.

Cáncer de colon hereditario no polipósico (Lynch)

- Tres generaciones afectadas.
- Uno debe ser familiar de primer grado de los otros dos.
- Al menos dos generaciones sucesivas deben estar afectadas.
- Uno de los familiares debe ser diagnosticado antes de los 50 años.
- Debe excluirse la poliposis familiar.

Poliposisadenomatosa familiar

- Paciente con más de 100 pólipos adenomatosos.
- Paciente con más de 20 pólipos y un familiar de primer grado con cáncer de colon.
- Paciente con pólipos entre 10 y 100 y patrón de herencia autosómica recesiva de otros sujetos con pólipos o cáncer de colon.

Una vez valorada la familia pueden suceder dos situaciones:

1. Que la familia no sea candidata a estudio genético.
2. Que la familia sea candidata a estudio genético.

Familias que no son candidatas a estudio genético

Se les proporcionarán consejos de prevención (12 recomendaciones de la OMS).

El paciente es dado de alta y se le informa de que si aparece un caso nuevo de cáncer en la familia tiene que volver a consultar.

Familias candidatas

Después de pasar un test psicológico, y si no precisa atención psicológica, el paciente es derivado al médico oncólogo, que iniciará el estudio genético.

Si algún miembro de la familia necesita ayuda psicológica, se derivará a la consulta de Psicología, donde se le tratará hasta que pueda volver a la consulta².

El estudio consiste en extraer una muestra de sangre que se envía al laboratorio de hormonas del Hospital Virgen de la Arrixaca, donde estudiarán el ADN para descubrir si hay alguna alteración genética.

Previamente, el usuario tiene que firmar un consentimiento informado sobre las implicaciones psicológicas inherentes a la información que se transmite, ya que hay usuarios que sufren pensando que están transmitiendo a los miembros de su familia la posibilidad de padecer cáncer o, en otros casos, piensan que por poseer la mutación van a desarrollar la enfermedad².

En algunos casos, en vez de hacer una extracción sanguínea, se analizan los bloques de muestras de tejido extraído en las intervenciones quirúrgicas y conservado en parafina en el Servicio de Anatomía Patológica.

Una vez estudiadas las familias, los resultados encontrados pueden ser los descritos a continuación.

Test informativo

Es aquel resultado que permite asesorar correctamente a la persona que se ha realizado dicho test.

Dentro de este grupo pueden presentarse dos opciones:

Verdadero positivo

Es aquella situación en la que, conociendo previamente el estatus de portador de la familia para una determinada mutación patogénica, detectamos a un portador sano de la misma mutación. En este caso podremos saber de manera más concreta ante qué riesgo de cáncer nos encontramos, así como las opciones que hoy en día se plantean para ese grupo poblacional.

Verdadero negativo

Es aquella situación en la que, conociendo previamente el estatus de portador de la familia de una determinada mutación patogénica, al realizar el estudio en una persona sana de la familia no se detecta la mutación. En este caso podemos informar a esa persona de que el riesgo de padecer alguno de los tumores asociados a ese síndrome es similar al de la población general y que no debe someterse a ningún tipo de seguimiento especial, salvo el recomendado a la población general.

Test no informativo

Es aquel resultado negativo en ausencia de mutación conocida en una familia con criterios clínicos de alto riesgo para un síndrome hereditario.

Conocer si una persona es portadora de una mutación germinal en un gen de predisposición a padecer cáncer es esencial en el manejo del probando y de su familia. Sin embargo, en los síndromes más prevalentes y en los cuales conocemos los genes implicados en el desarrollo de esta enfermedad no podemos detectar la alteración que buscamos en la totalidad de los casos. Pero, ¿por qué ocurre esto? Existen distintas razones por las que no somos capaces de detectar mutaciones en todas aquellas familias etiquetadas como de alto riesgo:

Problemas con las técnicas de análisis molecular

Ninguna técnica es perfecta. Por lo que, en ocasiones, es posible no detectar la alteración aunque se halle presente.

Selección equívoca del probando

Es esencial que seleccionemos a la persona con más posibilidades de ser portadora de la mutación. Para ello intentaremos que el test se le realice a aquella persona que ha padecido cáncer, cuyo tipo de cáncer sea uno de los que definen el síndrome y, a ser posible, que lo haya padecido en edad joven.

Fenocopia

Es habitual que se piense que todos los cánceres que existen en una familia con predisposición son debidos a mutaciones germinales. Sin embargo, en una familia con un síndrome hereditario de cáncer pueden existir casos de cáncer esporádico que nos llevan a error a la hora de interpretar el resultado.

Implicación de genes desconocidos

Lamentablemente, nuestros conocimientos actuales sobre los genes que están implicados en los síndromes hereditarios no llegan, ni de lejos, a explicar molecularmente por qué se producen esos tumores. Es lógico pensar, pues, que deben existir otros genes aún por descubrir que expliquen por qué en una determinada familia claramente hereditaria, y en la cual hemos estudiado correctamente la muestra tisular, no hemos encontrado ninguna mutación.

Resultado de significado desconocido

Sucede cuando se identifica una mutación cuyo significado patogénico desconocemos.

Cuando el usuario vuelve a la consulta para recoger el resultado, es el oncólogo el que le explica el procedimiento a seguir:

1. Verdaderos positivos: tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer a lo largo de su vida, por lo que se incluyen en un programa de revisiones específicas con posibilidad de operarse para así bajar el riesgo al nivel de la población general.
2. Verdaderos negativos: se les tranquiliza, pues tienen el mismo riesgo de desarrollar cáncer que la sociedad normal. Además, se les informa de que no van a transmitir ningún gen anómalo a sus descendientes puesto que ellos no lo tienen.
3. Cuando el test es no informativo, a falta de pruebas inequívocas, el usuario pasa al programa de revisiones programadas por el especialista oportuno.
4. Las variantes de significado desconocido son desconcertantes ya que se sabe que hay una alteración pero no está demostrado que vaya a aumentar el riesgo de padecer cáncer. Estos resultados quedan en la base de datos del laboratorio y son revisados cada cierto tiempo por si hay algún cambio. En ese caso, se contactaría con la familia para informar a sus miembros del procedimiento a seguir.

CONCLUSIONES

La Consulta de Cáncer Genético presenta beneficios hacia los usuarios pero también tiene muchas limitaciones.

Entre los beneficios, cabría destacar que se logra un mejor enfoque para manejar el cáncer, aportando medidas de prevención y seguimiento de personas que están sanas pero tienen un riesgo incrementado.

Identifica a los no portadores en una familia donde hay una mutación conocida por la que hay un riesgo aumentado y estos individuos saben que no tienen ese riesgo.

Ayuda a tomar decisiones conductuales y cambios en el estilo de vida siempre enfocados a la prevención.

Se informa y asesora a todos los miembros de la familia que puedan tener cualquier duda.

Podrían destacarse las siguientes limitaciones:

- No es posible detectar todas las mutaciones, pues científicamente esto aún no es posible.
- El resultado negativo solo es concluyente en un miembro de una familia afectada de una mutación conocida.
- Los resultados indican solo probabilidad, no certeza de padecer cáncer, pues puede ser que ese gen sea de penetrancia incompleta.
- Actualmente, la mayoría de las medidas de prevención no tienen una eficacia probada aunque sí está demostrado que disminuyen el riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Abente G, Pollan M, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Hernández Barrera V. Situación del cáncer en España: incidencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2004; 27(2).
2. Cabrera-Torres E, Yagüe-Muñoz C, Schiaffino-Rubinat A, Llord-Pursals G, Blanco-Guillermo I. Información, percepción de riesgo y ansiedad antes de recibir consejo genético en predisposición hereditaria al cáncer. *Enfermería Clínica* 2006; 16(3): 112-118.

CAPÍTULO 4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

AUTORA

Carolina Alcón Belchí

Enfermera. Responsable de Enfermería. Centro de Salud de Lorquí

Premiado en la convocatoria del año 2015 con la calificación de Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud en las Actuaciones Sanitarias para la Prevención y Detección Precoz de la Violencia de Género.



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, España ha sido destino de gran número de inmigrantes provenientes de multitud de países, dando lugar a una importante multiculturalidad y haciendo necesario dar a la atención sanitaria un enfoque multirracial^{1,2}. Es fundamental la integración en el país de acogida de los inmigrantes, que, aun así, tienen derecho a preservar su cultura, su religión y sus tradiciones siempre y cuando con lo anterior no se violen los derechos humanos reconocidos en el país, como ocurre en el caso de la mutilación genital femenina (MGF)³.

Definición y clasificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la MGF como *“todos los procedimientos que implican la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos culturales, religiosos o por cualquier otro motivo no médico”*⁴.

La MGF genera discriminación de las mujeres respecto a los hombres, por lo cual constituye violencia de género, como recoge el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³.

TIPO I	Escisión del prepucio del clítoris, con extirpación total o parcial del clítoris.
TIPO II	Escisión del clítoris con extirpación total o parcial de los labios menores.
TIPO III	Escisión total o parcial de los genitales externos y estrechamiento de la apertura vaginal a través de la sutura de los labios menores o mayores.
TIPO IV	Cualquier procedimiento lesivo de los genitales femeninos realizado por motivos no médicos: cortes, pinchazos, incisiones, cauterizaciones, introducción de sustancias o hierbas corrosivas en la vagina, etc.

Tabla 1. Tipos de MGF

Fuente:Elaboración propia basado en los criterios de la OMS⁵.

La OMS⁵ afirma que *“la MGF constituye una violación de los derechos del niño a la salud, a la seguridad y la integridad física, a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles ni degradantes y el derecho a la vida en los casos en los que el procedimiento acaba produciendo la muerte”*.

Origen

Numerosos autores coinciden en la dificultad de establecer el origen de la MGF, coincidiendo todos ellos en que es una práctica preislámica de posible origen pagano y anterior a las religiones monoteístas^{4,6}. Se estima que la MGF se inició en Egipto, donde ya se practicaba 5.000 o 6.000 años a.C., y que se expandió por medio de la influencia de la civilización egipcia por las comunidades tribales de muchos países africanos^{3,7}. Esto explicaría que la practiquen los coptos de Egipto, los judíos falasha de Etiopía y tribus africanas de culto animista⁸. También cabe destacar la realización de esta práctica en zonas tropicales de África y Filipinas por etnias de la alta Amazonia y por las mujeres arunta de Australia⁹.

Aunque se practica en comunidades musulmanas, se puede afirmar que ni en el Corán ni en escrituras de las principales religiones se menciona la MGF como tal⁷.

Cifras y datos del procedimiento

Unos 140 millones de mujeres y niñas han sido víctimas de la MGF⁵. Anualmente, unos cuatro millones son sometidas a algún tipo de MGF en el continente africano⁸. Al menos 500.000 mujeres y niñas han sufrido esta práctica en Europa y 180.000 podrían sufrirla¹.

Normalmente se realiza a niñas de entre 5 y 14 años, pero también se lleva a cabo en mujeres a punto de contraer matrimonio, gestantes durante su primer embarazo y niñas recién nacidas^{9,10}. En algunas culturas se vuelve a “coser” a la mujer después de dar a luz de forma sistemática⁴. Últimamente, existe la tendencia a practicarla a edades cada vez más tempranas para reducir los efectos traumáticos al eliminar el recuerdo y la resistencia de oposición de la pequeña⁸.

La MGF suele ser realizada por una persona destinada a ello, normalmente la partera de la comunidad, mujer de edad avanzada y respetada en el grupo^{8,9}. Para ello se utilizan cuchillos, tijeras, cuchillas de afeitar, trozos de vidrio, piedras afiladas o la tapa de metal de una lata, empleando el mismo instrumento aunque se realice a varias personas a la vez. La herida se limpia con ceniza, alcohol, mezclas de hierbas, zumo de limón o excrementos de vaca. En la MGF tipo III o infibulación, la sutura se realiza aproximando los bordes y sujetándolos con espinas de acacia; después se atan las piernas de la niña, que permanecerán unidas hasta que la herida se cure^{4,9}.

Legislación

Cuando se ven afectados los derechos fundamentales (derecho a la vida, igualdad e integridad física), es legítimo limitar la identidad cultural ante el respeto de los derechos humanos¹⁰, como refleja la Ley de Extranjería en su artículo 3.2, donde se dispone que los derechos fundamentales de los extranjeros quedan acogidos a la Declaración Universal de 1948 y a los tratados y acuerdos internacionales sobre derechos humanos vigentes en España, sin la posible alegación de creencias religiosas o convicciones ideológicas para justificar la realización de actos contrarios a los mismos³.

La aprobación de la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en la Convención de Naciones Unidas de 1979 fue de vital importancia en el reconocimiento de la MGF como una violación de los derechos humanos de mujeres y niñas. Más tarde, en 1993 fue aprobado en la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer considerar la MGF como violencia de género¹⁰.

En España hace referencia a la MGF la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre, que modifica el Código Penal y en la que se expone lo siguiente: *“El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años”,* y en caso de que la víctima fuese menor o incapaz, *“será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”*¹².

Distribución geográfica, tipología y prevalencia

La práctica de la MGF está documentada en 28 países de África y en otros como India, Indonesia, Iraq, Israel, Malasia, Omán, Tailandia y los Emiratos Árabes. La prevalencia oscila del 0,6 al 98% de la población femenina¹¹. En muchos de estos países existe legislación que prohíbe la MGF, aunque esto no basta para eliminarla ya que son necesarias campañas de información entre las comunidades o etnias que incidan directamente sobre los motivos que llevan a su práctica¹³.

Problemas sobre los que actuar

Se ha detectado que las niñas cuyas madres poseen un bajo nivel educativo tienen más probabilidad de sufrirla⁸. Las comunidades que practican la MGF creen que este procedimiento es beneficioso, por lo que los familiares que permanecen en el país de origen ejercen una fuerte presión sobre los emigrados, que se incrementa cuando estos vuelven a su país definitivamente o bien en periodo vacacional^{10,14}. Es fundamental que los padres hayan abandonado la práctica durante su estancia en el país de acogimiento por convencimiento propio, ya que así tendrán argumentos para rebatir a sus familiares^{1,7}.

Actuaciones desde Atención Primaria de salud

La OMS y UNICEF destacan el papel determinante que tienen los profesionales sanitarios tanto para tratar los problemas de salud que conlleva la MGF como para actuar activamente en su prevención y favorecer su abandono¹⁵. Es imprescindible desarrollar estrategias de actuación en los ámbitos sanitarios, sociales y educativos para su prevención¹⁰.

Aunque la detección de un caso de riesgo o de una mujer o niña con la MGF practicada se produzca habitualmente en los centros sanitarios, este problema ha de tratarse de manera multidisciplinar^{2,14}. Se ha de realizar un trabajo coordinado por un equipo cuyos integrantes provengan de diferentes ámbitos (trabajadores sociales, sanitarios, educadores, policía, mediadores interculturales, asociaciones civiles, etc.) para poder abordar el problema de forma global y desde todos sus ángulos^{1,8}.

Se deben diseñar programas de formación continuada para que todos estos profesionales dispongan de los conocimientos y la formación adecuados para poder realizar una intervención óptima⁷.

Un buen ejemplo de esto son los protocolos de actuación, que, puestos en marcha y coordinados por un equipo multidisciplinar, son una alternativa eficaz para el control y la prevención de la MGF. Los profesionales sanitarios que trabajan en Atención Primaria de salud, por su acceso y cercanía a la población, actúan desde una posición privilegiada para avanzar hacia la disminución de esta práctica.

OBJETIVO

El objetivo general de este estudio es elaborar un protocolo de actuación orientado a identificar y prevenir situaciones de riesgo de MGF para su posterior implementación en el Municipio de Lorquí, en la Región de Murcia.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo realizado en el municipio de Lorquí (Región de Murcia) en 2014 a niñas inmigrantes o de padres inmigrantes de 0 a 15 años, procedentes de países del África Subsahariana donde se practica la mutilación genital femenina.

Todas las actuaciones realizadas con las familias fueron llevadas a cabo en el centro de salud de Lorquí, perteneciente al Área VI de Salud de la Región de Murcia.

En este proyecto está implicado un equipo de trabajo multidisciplinar formado por 16 integrantes, entre los que se encuentran un médico de familia, un pediatra, una enfermera, una psicóloga y dos técnicas especializadas en familia, tres trabajadoras sociales y una educadora social, cuatro directores de centros educativos (escuela infantil, colegios e instituto), una orientadora escolar y un agente de Policía Local. Con esto pretendemos realizar un trabajo

coordinado y abordar el problema de forma global, cubriendo así las necesidades bio-psicosociales de los sujetos en estudio.

El proceso de **captación** se realizó a través del padrón del Ayuntamiento de Lorquí.

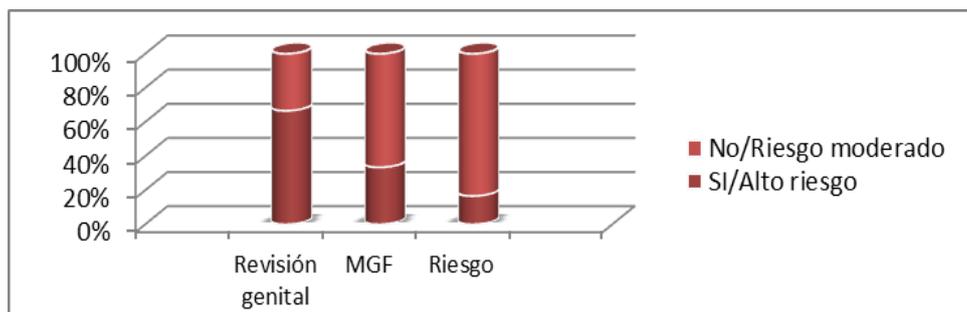
La **búsqueda bibliográfica** se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2014 en las bases de datos Cuiden, Dialnet, Medes y Medline, donde se han revisado 156 artículos relacionados con el tema a tratar. También se consultaron fuentes documentales de interés de ámbito nacional e internacional (Amnistía Internacional, UNICEF y la OMS), guías y protocolos de organizaciones como MedicusMundi de Andalucía, la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) y estamentos públicos de comunidades autónomas españolas (Generalitat de Cataluña, Gobierno de Aragón y Gobierno de Navarra).

Se utilizaron los siguientes descriptores: circuncisión femenina; técnicas de ablación; prevención & control; protocolos.

RESULTADOS

De la muestra inicial, constituida por siete niñas, se excluye a una de cuatro meses de edad por encontrarse en su país de origen (Mauritania) en el momento del estudio. Su padre, que sí reside en el municipio, ha accedido a acudir al centro de salud con su hija cuando regrese al pueblo, si se diera el caso.

Gráfico 1. Datos de MGF recogidos en el municipio de Lorquí

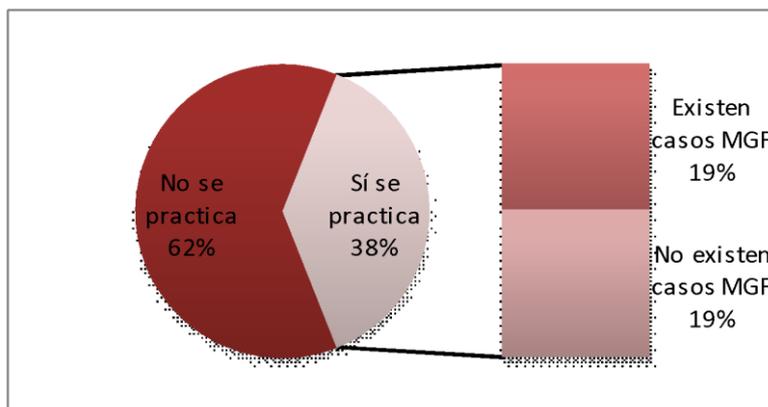


Fuente:Elaboración propia.

El 33% de las niñas, que pertenecen a una misma familia y a las cuales no se les realiza el reconocimiento genital por no autorizarlo su padre, presentan la MGF practicada, según afirma este, que informa de que tanto a su mujer como a sus tres hijas mayores, de 18, 14 y 11 años de edad, se les realizó la práctica antes de que vinieran a España hace alrededor de cinco años. Ante la imposibilidad de realizarles el examen físico no se ha podido constatar ni la realización de la práctica ni, en su caso, el tipo de MGF realizada. Las dos niñas menores de edad son excluidas del programa.

La muestra definitiva queda formada por individuos procedentes de diferentes familias, 25% de procedencia senegalesa, 25% de Mali y 50% de padre senegalés y madre española, de las cuales una minoría no tiene claro si volverá o no a residir en su país de origen, a diferencia del resto, que declara el no retorno.

Gráfico 2. Incidencia de MGF por familias



Fuente: Elaboración propia.

Cuando se les pregunta si saben que la MGF está tipificada como violencia de género, si están al tanto de las leyes españolas que rigen esta práctica y si está penada por la ley, todos los sujetos declaran que sí. En cambio, solo la mitad de ellos afirma conocer los posibles riesgos para la salud, a corto y largo plazo, que la MGF puede ocasionar.

Creación del protocolo de actuación

Una vez valorada la situación en la que se encuentran las familias con riesgo de Lorquí en cuanto a prevalencia, conocimientos e intenciones, se crea el protocolo de actuación para la prevención de la MGF en el municipio. En el centro de salud se identifica a la población de riesgo mediante la cumplimentación de la **hoja de recogida de datos (Anexo I)** y el **reconocimiento genital** a la niña. A su vez, se **informará a los padres o tutores** de las menores sobre los riesgos para la salud que conlleva la práctica de la MGF, de las leyes vigentes en España que la regulan y de la existencia del protocolo de actuación coordinado por un equipo multidisciplinar. Mediante este proceso obtendremos dos posibles supuestos:

- 1. Caso de niña mutilada:** se pondrá en conocimiento de Servicios Sociales y la Fiscalía del Menor. Para ello se utilizará la **hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil²⁰ (Anexo II)**, disponible en OMI-AP y que en el punto 16 de los indicadores, que hacen referencia al abuso sexual, dicta *“incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado otros síntomas o comentarios”*.
- 2. Caso de niña no mutilada:** se continuará el protocolo de seguimiento y vigilancia.

Una vez identificados los casos de riesgo, el personal del centro de salud lo comunicará al equipo multidisciplinar para proceder a la vigilancia y seguimiento de los mismos.

Alertas

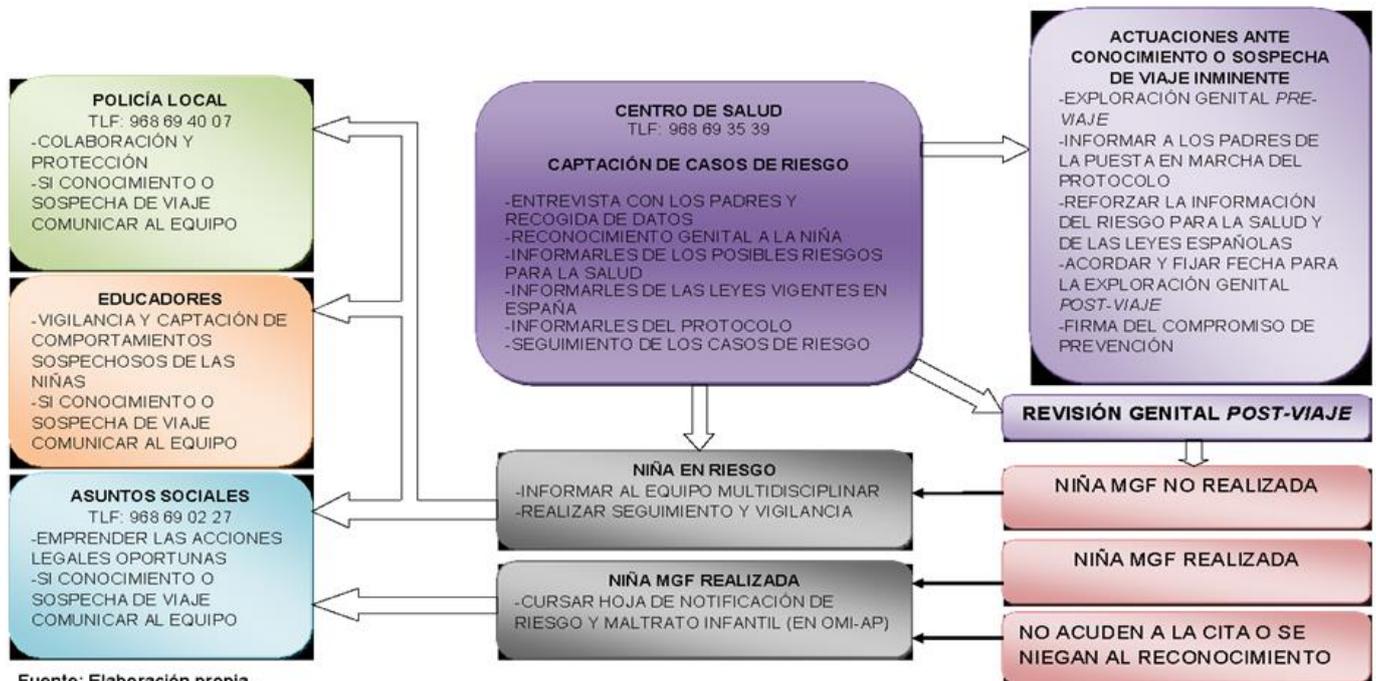
Si existe el conocimiento o la sospecha de perspectivas de **viaje inminente** de alguno de los sujetos de riesgo a su país de origen, se activará el protocolo con la comunicación del posible viaje al resto del equipo por parte de cualquiera de los estamentos del equipo multidisciplinar. El personal de Asuntos Sociales, conjuntamente con el personal del centro de salud, le comunicará a los padres o tutores de la menor la necesidad de que la niña acuda al centro de salud para que se lleve a cabo la exploración genital *pre-viaje*.

Al mismo tiempo que se realiza la **exploración**, se les **informará** de que el protocolo de actuación se ha puesto en marcha y se reforzará la información relativa al riesgo para la salud de su hija y a las leyes españolas sobre la

práctica de la MGF. También es en esta visita al centro de salud cuando se **acordará y fijará** la fecha para la exploración física *post-viaje* y se indicarán las posibles consecuencias legales que puede acarrear el no acudir a esta cita o negarse al reconocimiento de la niña.

Para minimizar la presión que ejercerá sobre los emigrados la familia en su país e intentar evitar la posible MGF, se les entregará una **carta de compromiso de prevención (Anexo III)** recogida del protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón², que deberán firmar, en la cual se especifica que, tras una revisión a la niña, no existe alteración alguna en la integridad de sus genitales, así como que han sido informados de todo lo expuesto anteriormente.

Al realizar la exploración *post-viaje* volveremos a encontrarnos ante los dos supuestos anteriores, caso de niña mutilada y caso de niña no mutilada, y se actuará como proceda en cada caso. Si la niña no acude a la cita o hay oposición por parte de los padres a que se realice el reconocimiento genital, se actuará de igual forma que en el supuesto caso de niña mutilada.



1. Protocolo de actuación para la prevención de la MGF en atención primaria de salud

Este protocolo de actuación está dirigido a profesionales de la salud, trabajadores sociales, educadores y al resto de profesionales que integran el equipo destinado a realizar el seguimiento y protección de los casos de riesgo de MGF.

Aproximadamente ocho meses después de poner en marcha este proyecto, un juez de la Fiscalía del Menor de Molina de Segura (Fiscalía de referencia) dictó un auto en el cual se prohíbe la expedición del pasaporte de una de las menores incluidas en el protocolo (es la menor de cuatro hermanas; las tres mayores padecen MGF tipo II) hasta su mayoría de edad. En el mismo, también se obliga a la familia de dicha menor a que comunique cualquier cambio del domicilio familiar así como el deseo de abandonar el país de cualquier miembro de la familia. La Fiscalía del Menor ha dictaminado que las tres hermanas mayores acudan a un programa para paliar las posibles secuelas psíquicas que las niñas puedan padecer.

CONCLUSIONES

La bibliografía consultada pone de manifiesto la presencia cada vez mayor de niñas de familias procedentes de países subsaharianos donde la MGF es una tradición.

Sin embargo, existen pocos protocolos y guías de actuación que ayuden a los profesionales sanitarios a tomar decisiones orientadas a la identificación y prevención de esta práctica.

El presente trabajo propone un algoritmo para la identificación de las niñas en situación de riesgo de ser mutiladas genitales en el municipio de Lorquí, cuya implantación se ha puesto en marcha con la colaboración de un equipo multidisciplinar.

El algoritmo que se propone aplicado en el centro piloto para la identificación de niñas en situación de riesgo de mutilación genital ha obtenido resultados positivos al implantarse, detectando la población susceptible de MGF y previniendo un caso de riesgo inminente de mutilación de los genitales de una niña. Asimismo, un juez de la Fiscalía de Molina de Segura ha dictado el primer auto para prevenir la MGF en la Región de Murcia. Por ello, se puede concluir que el algoritmo ha sido eficaz en la detección y prevención de nuevos casos de mutilación genital y resulta una primera aproximación para el desarrollo de un protocolo regional.

A pesar de las limitaciones del presente trabajo, se han podido identificar futuras líneas de investigación y mejora en la lucha contra la MGF.

BIBLIOGRAFÍA

1. MedicusMundi Andalucía. [Mutilación Genital Femenina, más que un problema de salud. Vol. I.](#) Granada: Grupo Editorial Universitario; 2008. [Citado abril 2014].
2. Gobierno de Aragón. [Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón.](#) Aragón; 2011. [Citado abril 2014].
3. MedicusMundi Andalucía. [Mutilación Genital Femenina, abordaje y prevención. Vol. II.](#) Granada: Grupo Editorial Universitario; 2008. [Citado abril 2014].
4. Serrano Tárrega MD. [Violencia de género y extraterritorialidad de la ley penal. La persecución de la mutilación genital femenina.](#) Revista de Derecho UNED 2012; (11): 867-888. [Citado abril 2014].
5. Organización Mundial de la Salud. [Mutilación Genital Femenina: un manual para los trabajadores de primera línea.](#) Ginebra; 2000; 104. [Citado marzo 2014]
6. [Organización Mundial de la Salud.](#) España: Organización Mundial de la Salud; 2012. [Citado marzo 2014].
7. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez MP, Pastor Bravo MM, Pinar Roche F. [Aproximación a la ablación/Mutilación Genital Femenina \(A/MGF\) desde la enfermería transcultural. Una revisión bibliográfica.](#) Enfermería Global 2012; (28): 396-410. [Citado abril 2014]
8. La Barbera MC. [Intervenciones sobre los genitales femeninos: entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual.](#) Revista de Dialectología y Tradiciones Populares 2010; 65(2): 465-88. [Citado abril 2014].
9. Unión de Asociaciones Familiares. [La MGF en España. Prevención e Intervención.](#) Madrid: UNAF; 2011. [Citado abril 2014].
10. Marchal Escalona N. [Mutilación genital femenina y violencia de género.](#) En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones; 2011. [Citado abril 2014].

11. Organización Mundial de la Salud. [Una actuación de las actividades de la OMS sobre la mutilación genital femenina \(MGF\): informe sobre la marcha](#). Ginebra; 2011; 8. [Citado marzo 2014].
12. Torres Fernández ME. [La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado](#). Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho 2008; (17): 1-21. [Citado abril 2014].
13. Grande Gascón ML, Ruiz Seisdedos S, Hernández Padilla M. [El abordaje social y político de la mutilación genital femenina](#). Portularia: Revista de Trabajo Social 2013; 13 (1): 11-18. [Citado abril 2014].
14. Lucas B. [Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal](#). Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho 2008; (17): 5. [Citado abril 2014]
15. Martínez García E, Olvera Porcel MC, Pozo Cano MD, Hernández Benítez MD, Amezcua Prieto C, Olmedo Requena R. [Educación Sanitaria sobre Mutilación Genital Femenina para profesionales de la Salud](#). En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migración en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones; 2011. [Citado abril 2014].

ANEXO I

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE NIÑAS CON RIESGO DE PADECER MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

NOMBRE DEL PADRE

LUGAR DE NACIMIENTO.....

RELIGIÓN QUE PRACTICA

NOMBRE DE LA MADRE

LUGAR DE NACIMIENTO.....

RELIGIÓN QUE PRACTICA

¿TENÉIS PENSAMIENTOS DE REGRESAR A VUESTRO PAÍS? SÍ NO

Nº DE HIJAS MENORES DE 15 AÑOS

NOMBRE 1ª HIJA..... EDAD.....

LUGAR DE NACIMIENTO.....

SE REALIZA RECONOCIMIENTO MUTILACIÓN PRACTICADA

FÍSICO A LA NIÑA

 SÍ NO

 SÍ NO

EN CASO DE MUTILACIÓN, INDICAR TIPO:

TIPO I: Escisión del prepucio, con o sin escisión del clítoris.

TIPO II: Escisión del clítoris, con escisión de los labios menores.

TIPO III: Infibulación, escisión de los genitales externos con sutura.

NOMBRE 2ª HIJA..... EDAD.....

LUGAR DE NACIMIENTO.....

SE REALIZA RECONOCIMIENTO MUTILACIÓN PRACTICADA

FÍSICO A LA NIÑA

 SÍ NO

 SÍ NO

EN CASO DE MUTILACIÓN, INDICAR TIPO:

TIPO I: Escisión del prepucio, con o sin escisión del clítoris.

TIPO II: Escisión del clítoris, con escisión de los labios menores.

TIPO III: Infibulación, escisión de los genitales externos con sutura.

NOMBRE 3ª HIJA..... EDAD.....

LUGAR DE NACIMIENTO.....

SE REALIZA RECONOCIMIENTO MUTILACIÓN PRACTICADA

FÍSICO A LA NIÑA

 SÍ NO

 SÍ NO

EN CASO DE MUTILACIÓN, INDICAR TIPO:

TIPO I: Escisión del prepucio, con o sin escisión del clítoris.

TIPO II: Escisión del clítoris, con escisión de los labios menores.

TIPO III: Infibulación, escisión de los genitales externos con sutura.

¿CONOCEN LA MGF? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUEN LO QUE ES PARA USTEDES LA MGF

.....
.....
.....

¿SABEN POR QUÉ Y PARA QUÉ SE PRACTICA LA MGF?

.....
.....
.....

¿SE PRACTICA LA MGF EN SU PUEBLO O CIUDAD?

PADRE SÍ NO

MADRE SÍ NO

¿HAN REALIZADO O CONSENTIDO LA REALIZACIÓN DE LA MGF A ALGUNA DE SUS HIJAS?

SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿A CUÁNTAS DE ELLAS?

¿CONOCEN LOS RIESGOS A CORTO Y LARGO PLAZO QUE PUEDE OCASIONAR LA PRÁCTICA DE LA MGF PARA SU HIJA?

SÍ NO

¿SABEN QUE LA MGF ESTÁ CLASIFICADA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA?

SÍ NO

¿CONOCEN LAS LEYES ESPAÑOLAS RESPECTO A LA PRÁCTICA DE LA MGF?

SÍ NO

¿SABEN SI LA PRÁCTICA O CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA MGF ESTÁ PENADA POR LAS LEYES ESPAÑOLAS?

SÍ NO

Tras la cumplimentación de este documento se informará a las familias con casos de riesgo de las consecuencias y los problemas para la salud que podrían sufrir sus hijas si se les realizara esta práctica, así como de las leyes vigentes en España sobre mutilación genital femenina.

ANEXO II



Región de Murcia
Consejería de Trabajo y Política Social
Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Servicio
Murciano
de Salud

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

L = Leve M = Moderado G = Grave
(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

Sospecha

Maltrato

MALTRATO FÍSICO

L	M	G	Magulladuras o moratones	1
L	M	G	Quemaduras	2
L	M	G	Fracturas óseas	3
L	M	G	Heridas	4
L	M	G	Lesiones viscerales	5
L	M	G	Mordeduras humanas	6
L	M	G	Intoxicación forzada	7
L	M	G	Síndrome del niño zarandeado	8

NEGLIGENCIA

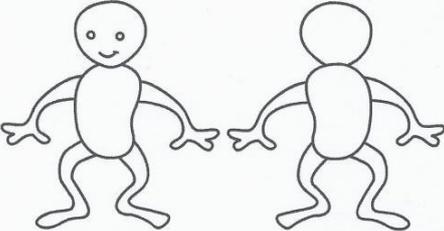
L	M	G	Escasa higiene	9
L	M	G	Falta de supervisión	10
L	M	G	Cansancio o apatía permanente	
L	M	G	Problemas físicos o necesidades médicas	11
L	M	G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso	12
L	M	G	No va a la escuela	
L	M	G	Ha sido abandonado	

MALTRATO EMOCIONAL

L	M	G	Maltrato Emocional	13
L	M	G	Retraso Físico emocional y/o intelectual	14
L	M	G	Intento de suicidio	
L	M	G	Cuidados excesivos / sobreprotección	15

ABUSO SEXUAL

SI	Sin contacto físico	
SI	Con contacto físico y sin penetración	16
SI	Con contacto físico y con penetración	
SI	Dificultad para andar y sentarse	
SI	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	
SI	Dolor o picor en la zona genital	
SI	Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal	
SI	Cervix o vulva hinchados o rojos	
SI	Explotación sexual	
SI	Semen en la boca, genitales o ropa	
SI	Enfermedad venérea	17
SI	Apertura anal patológica	18
SI	Himen perforado	



Señale la localización de los síntomas

OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Identificación del Niño		Caso Fatal (fallecimiento) <input type="checkbox"/> SI
Apellidos _____ Nombre _____		
Domicilio _____ Localidad _____ Teléfono _____		
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
Identificación del notificador		Fecha de notificación (día/mes/año) _____
Centro _____		Servicio/Consulta _____
Nombre _____		Área Sanitaria _____
Profesional: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> N° Colegiado _____		

Página 40 | 109

ANEXO III

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el centro de salud: se informa a los familiares/responsables de la niña:

Nombre	Fecha de nacimiento	País al que viaja

Acerca de:

- Los riesgos socio-sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.
- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo, en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005. La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de protección de menores.
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la pediatra/médico de su centro de salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la pediatra/médico certifica que, en los exámenes de salud realizados ala niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridadde sus genitales. Por todo ello:

- **DECLARO** haber sido informado por el profesional sanitario responsable de la salud de la(s) niña(s) sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la(s) menor(es) de quien(es) soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.**

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En....., a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña Firma. Pediatra/Médico

CAPÍTULO 5. CONSULTA DE ENFERMERÍA: TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

AUTORA

Ángeles Cos Zapata

Enfermera. Consulta de Trasplantes. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

El enfermo hematológico es, por las características y complejidad de la enfermedad y su tratamiento, demandante de gran cantidad de recursos, asistencia recurrente e información.

La Consulta de Enfermería dotada de profesionales cualificados que atienden a pacientes subsidiarios de recibir un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) se crea con la finalidad de dar respuesta a esta demanda desde el momento en el que se les oferta el trasplante de progenitores hematopoyéticos como parte del tratamiento de su enfermedad. De esta manera se cubrirán sus necesidades desde el inicio, de forma indefinida en el caso de los trasplantes alogénicos y durante tres meses en los trasplantes autólogos.

OBJETIVO

Los objetivos cambiarán en función del momento del proceso en el que nos encontremos, por lo que se establece la siguiente clasificación:

Pretrasplante

- Acoger y preparar al paciente candidato a TPH.
- Realizar educación sanitaria durante su preparación para el ingreso a trasplante.

Seguimiento ambulatorio

- Realizar cuidados integrales a la familia y al paciente una vez que es dado de alta hospitalaria hasta su alta en consulta de trasplante.
- Mejorar su calidad de vida.
- Evitar la frecuentación en los servicios de Urgencias.

METODOLOGÍA

El desarrollo funcional de la consulta se realizará de 8 a 15 horas de lunes a viernes.

- La consulta se encuentra ubicada en la H2C del Hospital Morales Meseguer, dentro del Servicio Hospital de Día Médico.
- Consta de una consulta de enfermería y dos habitaciones con dos camas cada una.
- Equipo de profesionales: auxiliar de enfermería y enfermera.

Si la atención se lleva a cabo de forma programada, los pacientes acudirán a la consulta previamente citados desde la planta.

Si se trata de la primera visita tras el alta hospitalaria, se programarán las sucesivas citas a la consulta en cada visita.

Si la consulta responde a una urgencia, el paciente acudirá a la consulta sin cita previa y allí será valorado por el médico hematólogo y la enfermera.

Actividad de la consulta de enfermería para pacientes trasplantados de médula

Las actividades que se realizan en la Consulta de Enfermería, al igual que los objetivos, dependen de la etapa del trasplante en la que se encuentre el paciente y se estructuran tal y como se describe a continuación.

Pretrasplante

La etapa de pretrasplante y las actividades que se realizan durante la misma se inician en el momento en el que el paciente es aceptado como candidato en la sesión semanal de trasplante en la que están presentes profesionales médicos y de enfermería del Servicio de Hematología.

En esta etapa, desde la Consulta de Enfermería se coordinan los siguientes aspectos:

- El estudio pretrasplante, que consta de múltiples pruebas diagnósticas que se realizan en diferentes servicios del hospital y en la Consulta de Enfermería. Las pruebas diagnósticas son las siguientes:
 - Mantoux: realización y lectura llevadas a cabo por la enfermera en la consulta.
 - Test de Schirmer: realizado por la enfermera en la consulta.
 - Ecocardiograma.
 - Espirometría.
 - Estudio odontológico.
 - Analítica completa.
 - Pruebas radiológicas: ecografía abdominal, radiografía de tórax.
 - Aspirado de médula ósea.
- La necesidad de donantes de plaquetas: en previsión de potenciales trombocitopenias con necesidades transfusionales, se coordina junto con el Servicio de Banco de Sangre y el familiar la elaboración de un listado de donantes de plaquetas. Ellos irán a donar al centro de hemodonación según las necesidades transfusionales del paciente.
- Información sobre el ingreso: se entrega al paciente un documento informativo sobre las etapas y la organización de todo el proceso durante su ingreso. Se facilita al paciente que exprese sus dudas y miedos, intentando aclarar y resolver posibles problemas que planteen.
- Se asesora al paciente y a sus familiares sobre el equipaje y la organización familiar debido a la larga duración del ingreso, que suele ser de en torno a 30 días, pudiendo incluso prolongarse. Este suele ser un punto de especial preocupación para el acompañante del paciente ya que recomendamos que se dé el menor número de cambios de familiar posible. En el caso de que deba producirse un cambio o relevo del acompañante del paciente durante el ingreso, se asesorará sobre cuándo es el mejor momento para hacerlo, de manera que el paciente no sufra riesgos de exposición a factores externos que puedan perjudicarlo.
- Se facilitan las necesidades que tenga previstas el paciente durante el ingreso (internet, necesidades espirituales, televisión, etc.).
- Se informa sobre la posibilidad de recoger células germinales.
- Hábito tabáquico: en caso de que el paciente o el familiar sean fumadores, brindaremos asesoramiento, educación sanitaria y la ayuda asistencial de la que se dispone en el hospital para que se deshabituén o sean capaces de no fumar durante el ingreso.
- Se proporciona información al paciente sobre actividades que recomendamos que realice en la habitación. Con el fin de restringir el acceso de personas a la habitación, se recomienda que sea el familiar quien realice la limpieza de la misma. Desde la consulta se le enseñará cómo y con qué frecuencia hacerlo. Se respetará siempre la negativa de un familiar a hacerlo y se ofertará el Servicio de Limpieza para cubrir esta necesidad.
- Información sobre el equipaje del paciente: se informará sobre la vestimenta y los productos de aseo que el hospital proporciona con el fin de que el paciente pueda decidir sobre aquello que deberá aportar en caso

de que lo desee.

- Se ofrece la oportunidad de realizar ejercicio físico durante el ingreso tanto al familiar como al paciente, en la medida que pueda. Para ello se ofrece la posibilidad de tener una bicicleta estática en la habitación.

Primera visita: educación y asesoramiento

- Se realiza la acogida del paciente en su primera visita a la consulta tras el ingreso hospitalario, explicándole el funcionamiento de la consulta y la dinámica que se sigue a partir de este momento.
- Se entrevista al paciente sobre síntomas indicadores de alguna complicación, o incluso sobre aquellos de menor importancia, que requieran atención.
- Se inspeccionan la piel y la vía venosa central de la que sea portador.
- Se comprueba la adherencia al tratamiento. El gran número de fármacos que toman junto con las molestias digestivas dificultan que sean capaces de cumplir el tratamiento al 100%. Desde la consulta se ayuda a priorizar fármacos y a organizar su toma de manera que queden repartidos a lo largo del día.
- Se imparte educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables. Es importante estimular al paciente para que camine un poco cada día, adaptándolo a sus fuerzas y aumentando el tiempo de manera progresiva y según su estado. Es importante insistir en una correcta alimentación, respetando los tiempos de digestión y sin forzar un aparato digestivo debilitado por el trasplante y el tratamiento.
- Actividades de la vida cotidiana: se intenta ayudar al paciente a adaptarse a la nueva situación, evitando multitudes y visitas con posibles infecciones transmisibles.
- El paciente tiene la oportunidad de plantear todas las dudas que le surjan.
- Se cita al paciente para sucesivas visitas: diaria, semanal, quincenal y otras que precise.

Primera visita asistencial

- Se realiza una extracción de sangre al paciente y la toma de constantes. En cada visita se medirán la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la saturación de oxígeno, la temperatura y el peso.
- Se cura y hepariniza la vía venosa central de la cual es portador el paciente.
- Se administra al paciente el tratamiento intravenoso prescrito, que consiste en hidratación, suplementos, soporte transfusional y todo aquello que precise.

Visitas sucesivas

- Trasplantes autólogos: la primera visita tendrá lugar una semana después del alta, pasando a visitas quincenales hasta el día +100.
- Trasplantes alogénicos: se programarán visitas semanales hasta el día +100, distanciándose posteriormente según la evolución clínica.
- Siempre se podrán adelantar citas si la situación del paciente lo requiere.

Visitas importantes

- Trasplantes autólogos (día +100): se realizan analítica completa y alta en la Consulta de Trasplante.
- Trasplantes alogénicos (día +100, +180, +365): se realizan analítica completa, quimera, Mantoux, test de Schirmer y electrocardiograma.

Asistencia urgente

En la Consulta de Enfermería se atienden las urgencias de pacientes trasplantados de médula en horario de 8 a 15 horas, de lunes a viernes.

Todas las actividades de enfermería derivadas de estos procesos serán atendidas por la enfermera de trasplante. Cuando la urgencia pueda ser resuelta desde la consulta, se atenderá al paciente allí o en una de las habitaciones hasta que sea dado de alta.

Si por el contrario no se puede resolver la urgencia en la consulta, se derivará al paciente al Servicio de Urgencias, habiendo contactado previamente con el hematólogo de guardia, que lo estará esperando para atenderle con prontitud.

Asistencia programada

Se realiza la actividad de enfermería derivada de la consulta programada. Los diferentes procedimientos pueden ser los siguientes:

- Biopsia cutánea.
- Infusión de linfocitos.
- Administración de quimioterapia.
- Punción lumbar.
- Exudados nasofaríngeos.
- Otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos que el paciente pueda precisar.

CONCLUSIONES

La existencia de la Consulta de Enfermería ha supuesto una mejora en la calidad asistencial de los cuidados que se prestan a los enfermos incluidos en el Programa de Trasplante Hematopoyético, reduciendo tiempos de espera, mejorando su asistencia y aumentando la satisfacción del paciente.

Al mismo tiempo, ha servido para crear un vínculo especial de ayuda paciente-cuidador-enfermera propiciado por los cuidados continuados de una enfermería formada y estable en la consulta.

CAPÍTULO 6. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES

Antonio Paredes Sidrach de Cardona

Enfermero. Responsable de Enfermería. Centro de Salud Vista Alegre-La Flota

Jesús Leal Llopis

Enfermero. Supervisor de Calidad e Investigación

Juan Antonio Martínez García

Enfermero. Director de Enfermería

Encarnación Martínez Sánchez

Enfermera. Subdirectora de Continuidad de Cuidados

Josefa Patricia Moreno Pina

Enfermera. Supervisora de Área de Continuidad de Cuidados

José Domingo Avilés Aranda

Enfermero mentor

Premiado en la categoría de Buenas Prácticas en la III edición de los Premios a la Innovación y Buenas Prácticas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Pre-seleccionado en la II edición del Foro Premios Albert Jovell.

Nominado a premio en las I Jornadas de Proyectos de Innovación del Área VI del Servicio Murciano de Salud.



INTRODUCCIÓN

La continuidad asistencial y, en concreto, la continuidad de los cuidados son claves para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria que prestamos a los ciudadanos, además de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario¹. La vuelta a casa tras el alta hospitalaria puede ser un momento delicado para el paciente: sale del hospital con dudas e inseguridades sobre sus cuidados. Algunos estudios² concluyen que el 75% de los reingresos hospitalarios son evitables dentro de los 30 días siguientes al alta. La evidencia científica³ indica que esta situación se puede corregir con una serie de mejoras, entre las que se encuentran:

- Una mejor y más estrecha monitorización con el paciente tras su alta.
- Mejora de la comunicación y colaboración con la Atención Primaria después del alta.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros entre ámbitos asistenciales.

Objetivos específicos

- Prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud relacionados con el alta domiciliaria tras la hospitalización.
- Mejorar la continuidad de cuidados.
- Mejorar la comunicación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.
- Aumentar la seguridad y confianza de pacientes y profesionales.
- Mejorar la calidad de atención del paciente/cuidador/familia.
- Normalizar la práctica clínica disminuyendo la variabilidad en la praxis, independientemente del ámbito asistencial que intervenga.
- Disminuir complicaciones e ingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un cambio organizativo, de manera que en vez de esperar a que la persona que ha sido dada de alta del hospital haga la consulta, se realiza un seguimiento telefónico al paciente en las 24-72 horas tras el alta hospitalaria.

Coste

En principio, la puesta en marcha de este programa, no requiere de ningún tipo de inversión económica, salvo líneas de teléfono con salidas al exterior que faciliten la llamada telefónica.

Pasos del programa

1. Todos los días a primera hora, un profesional administrativo del centro de salud consulta en la intranet del Área VI el listado de los pacientes de la Zona Básica de Salud correspondiente que han sido dados de alta en el Hospital Morales Meseguer el día anterior (los lunes el listado consultado incluye de viernes a domingo). En el listado aparece el nombre de la enfermera asignada del centro de salud.
2. Se fuerza cita a las 8:00 en la agenda de la enfermera correspondiente especificando en observaciones

ALTA HOSPITALARIA. Si el alta ha tenido lugar durante el fin de semana, se especifica además la fecha del alta.

3. Todos los días la enfermera entra en su agenda y ve la cita de los pacientes que han sido dados de alta en el hospital.

Actividades a realizar por la enfermera

- Consultar en Selene los informes de alta.
- Contactar telefónicamente con el paciente en los dos días posteriores al alta. Se ha elaborado un documento de apoyo a la entrevista telefónica.
- Si es necesaria la continuidad de cuidados, se le da cita al paciente para realizar el seguimiento del proceso, en domicilio o en la consulta.
- Se registra en OMI, en el protocolo de continuidad de cuidados.

Pilotaje del proyecto

El proyecto fue pilotado en la Zona Básica de Salud de Vista Alegre entre el 16 de marzo y el 16 de abril de 2015. Se realizó un estudio observacional descriptivo.

Población diana

Todas las personas pertenecientes a esta Zona Básica de Salud que fueron dadas de alta en el hospital de referencia entre el 16 de marzo y el 16 de abril de 2015.

Excepciones

Pacientes dados de alta en otros hospitales.

Fuente de datos

Agenda enfermera, historia clínica paciente en OMI-AP y Ágora plus.

Variables

Edad y género, especialidad médica y tipo de seguimiento.

Indicadores

- Número de informes de continuidad de cuidados (ICC)/total altas.
- Número de personas citadas en agenda de OMI de alta hospitalaria/total altas.
- Número de personas vistas en agenda de OMI/número de personas citadas en agenda.
- Número de protocolos abiertos de continuidad de cuidados (PCC)/número de personas citadas en agenda.
- Número de llamadas telefónicas registradas/número de personas citadas en agenda.
- Número de personas que han precisado seguimiento y tipo de seguimiento.

Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS+ versión 15.0.

RESULTADOS

- En total, 114 personas fueron dadas de alta en el periodo evaluado, el 54% (61) hombres y el 46% (52) mujeres, con una edad media de 64,12 años (+/-3,79 IC 95%). El 67,2% correspondía a una especialidad médica y el 32,8%, a especialidades quirúrgicas.
- El 87,7% tenía cita en la agenda de su enfermera al día siguiente del alta, en el 73,3% de los casos la apertura de historia clínica constaba registrada en agenda y en el 22,9% se había registrado la realización de una llamada telefónica de contacto.
- En el 58,8% del total de altas constaba el Informe de Continuidad de Cuidados emitido desde el hospital de referencia.
- En el 54,1% de los casos el protocolo de continuidad de cuidados se había abierto en OMI-AP, con registro de seguimiento continuado en un 91,5%.
- De las personas que precisaron continuidad de cuidados, el 48,1% los requirió por herida quirúrgica, un 29,6% precisó cuidados básicos (paciente inmovilizado, TA, glucemias, INR), el 14,8% precisó una cura no quirúrgica, el 3,7% requería administración de tratamiento y el otro 3,7%, cuidados de la sonda vesical.

Extensión del proyecto al resto del Área

El día 21 de enero de 2016 se presentaron a todos los responsables de enfermería de los 15 equipos del Área este programa y los resultados obtenidos del estudio piloto. Tras su buena acogida, se procedió a la extensión del proyecto al resto del Área.

Situación actual

A día de hoy el proyecto se ha puesto en marcha en diez de los 15 equipos del Área. Se prevé que para el último trimestre del año se haya concluido la implantación en toda el Área.

Se ha evaluado el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 15 de mayo de 2016. El único indicador que se ha evaluado es el número de llamadas realizadas.

Altas periodo 01_03_2016 a 15_05_2016			
EAP	Nº altas	Nº llamadas	%
Archena	321	58	18,0
Abanilla	95	19	20,0
Fortuna	144	82	56,9
Molina_Norte	260	49	18,8
Molina_Sur	331	101	30,5
Mu-Centro	207	64	30,9
Ranero	121	31	25,6
Stª Mª Gracia	194	46	23,7
Vista Alegre	274	91	33,6
Zarandona	87	32	36,7
Total	2.034	573	28,9

Excepciones por las que el profesional no llama por teléfono:

- El paciente ya ha pedido cita o se ha personado en la consulta.
- No responde al teléfono, número de teléfono inexistente o erróneo.
- El proceso no requiere continuidad de cuidados.
- *Exitus*.
- Falta de teléfonos con salida al exterior.

Satisfacción de los profesionales

La satisfacción de los profesionales se ha evaluado con una encuesta diseñada *ad hoc* en el marco de la puesta en marcha de este mismo programa en la Comunidad de Madrid. Se trata de un instrumento probado con anterioridad, es autocumplimentado y consta de ocho preguntas con respuestas en una escala de calificación tipo Likert.

Se ha distribuido la encuesta entre los profesionales de los diez EAP en los que se ha puesto en marcha el programa. Han respondido a la encuesta 75 profesionales, lo que supone el 93,6% del total, ya que se aprovechó una reunión para distribuir la encuesta.

Los resultados con respecto a la satisfacción de los profesionales son los siguientes:

Pregunta nº 1: el 100% de los profesionales afirmaba conocer el programa.

Pregunta nº 2: el 79,8% se mostraba bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que la puesta en marcha de este programa supone una mejora en la atención de las personas.

Pregunta nº 3: el 77% manifestaba estar bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que facilita la continuidad de los cuidados.

Pregunta nº 4: el 75,6% estaba bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que este programa ha facilitado la detección de necesidades de cuidados en estas personas.

Pregunta nº 5: el 73,5% estaba bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que contribuye a aumentar la adherencia terapéutica en estas personas.

Pregunta nº 6: el 78,4% se mostraba bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que contribuye a dar más seguridad a las personas dadas de alta.

Pregunta nº 7: el 77% afirmó estar bastante de acuerdo o completamente de acuerdo en que contribuye a dar más visibilidad al trabajo de las enfermeras.

Pregunta nº 8: el 86,5% dio una calificación de aprobado o más al programa y el 63,5% lo calificó por encima de notable.

Tres profesionales calificaron el programa por debajo de cinco.

Satisfacción de los usuarios

Se ha entrevistado telefónicamente a una muestra de 30 personas (13 mujeres y 17 hombres), con una edad media de 67,3 años (+/- 8,5).

La satisfacción de los usuarios se ha evaluado con una encuesta diseñada *ad hoc* en el marco de la puesta en marcha de este mismo programa en la Comunidad de Madrid. Se trata de un instrumento probado con anterioridad para hacer entrevista telefónica, consta de cinco preguntas y las respuestas presentan una escala de calificación tipo Likert.

Los motivos de exclusión de la llamada de la encuesta de satisfacción son:

- No haber recibido la llamada de su enfermera.
- *Exitus*.
- No tener teléfono.
- No contestar al teléfono después de tres llamadas.

A continuación, se detallan los resultados con respecto a la satisfacción del usuario.

Los usuarios están bastante de acuerdo o completamente de acuerdo:

- Mejora en la atención y seguridad (100%).
- Ayuda en el autocuidado (100%).
- Creen que este programa se debería extender a todo el Servicio Murciano de Salud (100%).
- Calificación de sobresaliente (9-10) (100%).

Problemas detectados

- Faltan líneas de teléfono.
- Aparecen como altas también las urgencias (pendientes de ingreso en planta), las de planta a la UCI y los traslados a otros hospitales, lo que ocasiona bastantes confusiones.
- Aplicaciones informáticas lentas.
- Algunos profesionales opinan que no es necesario puesto que los pacientes acuden a la consulta antes de que se les llame. Esto sucede sobre todo en consultorios periféricos donde la accesibilidad de la población a la enfermera es mayor.

CONCLUSIONES

- El contacto telefónico precoz permite la detección precoz de necesidades de cuidados en las personas.
- Conocer las necesidades de cuidados de las personas y establecer intervenciones proactivas permite a la organización sanitaria una mejor gestión de los recursos y, por lo tanto, aumenta su eficacia.
- El dato más relevante del presente estudio es el número de contactos telefónicos registrados. Esta cifra podría considerarse baja, pero al no existir más que un teléfono, el de la responsable de enfermería y otro en administración, a menudo con poca intimidad, se dificulta considerablemente.
- Consideramos que este es un proyecto que aporta un valor añadido a los cuidados, afecta a todos los pacientes que son dados de alta y pone en comunicación a todos los servicios hospitalarios con todos los EAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Marco referencial de la continuidad de cuidados en el Servicio Madrileño de Salud](#). 2014.
2. Irani M, Dixon M, Dean J. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal Royal Society of Medicine* 2007; 100: 75-77
3. Bengoa R. Empantanados. Entorno externo cambiante, entorno interno empantanado. Artículo de Revisión. *Risai* 2008; 1(1): 1-7. www.risai.org
4. Calvo-Mayordomo MJ, Infantes Rodríguez JA, Solano Villarrubia C, Rebollo López E, Marín Maldonado JL. [La enfermera de AP como garante de la continuidad de cuidados: intervención proactiva tras el alta hospitalaria](#). *Risai* 2015; 7(1): 1-7.

CAPÍTULO 7. LA ENFERMERA DE ENLACE EN LA ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO MULTIINGRESO (PCCM)

AUTORAS

Isabel Pozo Serrano

Enfermera de Enlace

Josefa Patricia Moreno Pina

Supervisora de Área de Continuidad de Cuidados

Encarnación Martínez Martínez

Subdirectora de Continuidad de Cuidados

Premiado en las I Jornadas de Proyectos de Innovación del Área VI.

Otorgado Accésits en la categoría de Buenas Prácticas en la III edición de los Premios a la Innovación y Buenas Prácticas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.



INTRODUCCIÓN

El rol de la enfermera de enlace se crea para tratar de implementar una planificación estratégica en el Sistema Regional de Salud de la Región de Murcia que dé respuesta a las necesidades en salud de los ciudadanos.

Surge al amparo de la estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y del Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia.

En 2015, la S. G. de Calidad Asistencial llevó a cabo una publicación en la cual se **identificaban los cuatro ejes estratégicos** que, de manera específica, han de regir la actuación de nuestro sistema sanitario público. Uno de estos ejes es “la atención a la cronicidad”¹.

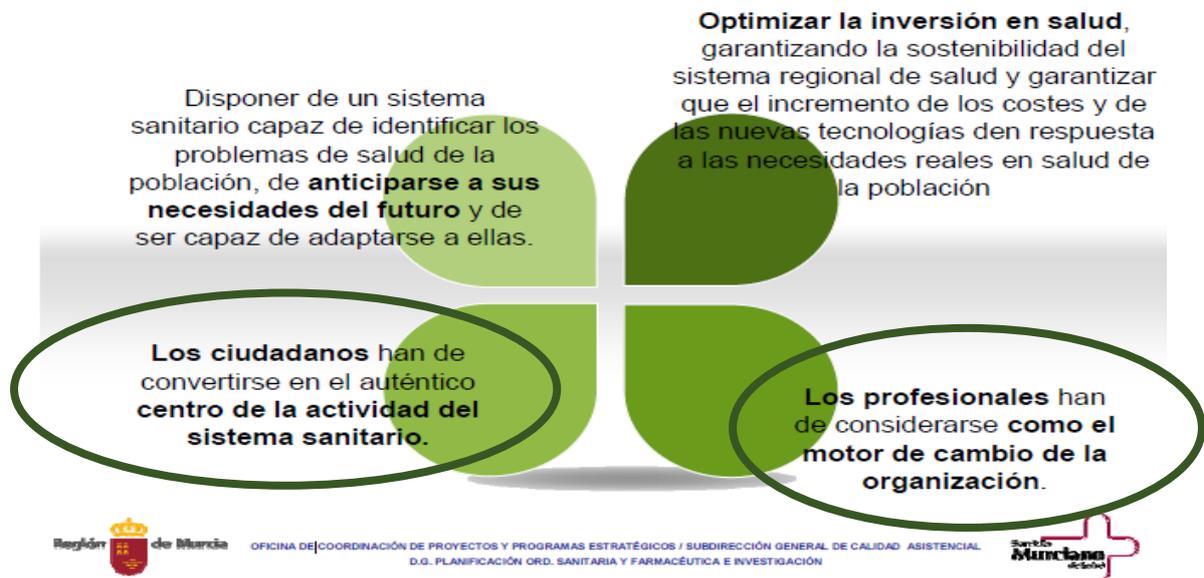


El sistema sanitario de la Región de Murcia tiene que responder al reto que plantean las enfermedades crónicas y corregir sus deficiencias actuales, derivadas del exceso de fragmentación y de una orientación centrada en las enfermedades agudas².

Se propone el diseño y la implementación de un conjunto de proyectos estratégicos dirigidos a la continuidad de cuidados entre los ámbitos asistenciales y también a la estratificación de la población en función de la comorbilidad y la complejidad^{3,4}.

Esto supone cuatro retos ambiciosos, y nosotros fijamos la atención sobre dos de ellos: poner al ciudadano en el centro de la atención sanitaria y considerar a los profesionales como el auténtico motor de cambio de la organización¹.

RETOS



OBJETIVO

Mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes crónicos complejos multiingreso (PCCM) del Área de Salud VI de la Región de Murcia mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales.

METODOLOGÍA

En este contexto surgen en el Área VI el programa de atención al PCCM y el rol de la enfermera hospitalaria de enlace, profesional que enmarca su trabajo dentro de **la gestión de casos**, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para que el paciente y su familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos. Los ciudadanos que son beneficiarios de este programa se ubican en la cúspide de la pirámide poblacional de Kaiser y suponen un 4-5% del total de la población.



Los pacientes de alta complejidad son los ciudadanos con mayor pluripatología, polimedicación, fragilidad y utilización de los recursos sanitarios y sociales.

Para estos ciudadanos, es la enfermera de enlace (EE) quien coordina y facilita la continuidad asistencial entre Atención Primaria y atención hospitalaria, poniendo en contacto a todos los profesionales de los distintos ámbitos sanitarios que participan en su atención.

Una vez que ya se tiene la visión global de la enfermera de enlace y el programa de atención a crónicos, nos vamos a centrar en las **intervenciones⁵ que realiza la EE cuando el paciente está ingresado:**

NIC 7310: Cuidados de enfermería al ingreso. La EE se asegura de que el paciente es valorado y de que se le realiza el plan de cuidados en las primeras 24 horas del ingreso por parte de la enfermera hospitalaria.

NIC 8020: Reunión multidisciplinar sobre cuidados con las enfermeras hospitalarias, farmacéuticos, trabajadoras sociales, etc. Es decir, con todos los profesionales que participan en la atención a un caso.

NIC 2395: Control de la medicación. Colaboración estrecha con el Servicio de Farmacia.

NIC 7320: Gestión de casos, coordinando la provisión de recursos y servicios y facilitando el acceso a los servicios sanitarios y sociales necesarios.

NIC 7710: Colaboración con el médico, consensuando con el internista de referencia todas las actividades de gestión del caso.

NIC 7400: Orientación en el sistema sanitario.

NIC 5515: Mejora del acceso a la información sanitaria.

Ante el **alta a su domicilio**, las intervenciones de la EE son:

NIC 7370: Planificación para el alta.

NIC 8100: Derivación, si es preciso, de recursos sociosanitarios, etc.

NIC 7960: Intercambio de información de cuidados de salud con el nivel de Atención Primaria.

NIC 7920: Documentación, porque la enfermera de enlace facilita la emisión del informe de continuidad de cuidados así como el informe farmacoterapéutico.

Como intervenciones propias del rol que no están enfocadas en el paciente, señalamos las siguientes:



NIC 8120: Recogida de datos para la investigación.

NIC 5020: Mediación de conflictos, facilitando la definición de problemas y ayudando a identificar posibles soluciones a los mismos.

NIC 8020: Reunión multidisciplinaria sobre cuidados. Todas las reuniones propias que se derivan de la coordinación e implementación del programa.

NIC 8180: Consulta por teléfono.

NIC 7920: Documentación, dinamizando la realización de todos los registros de los cuidados de enfermería proporcionados.

NIC 7980: Informe de incidencias, sobre todo de las tecnológicas.

NIC 7700: Evaluación de compañeros. Se potencia que cada uno realice sus funciones, informando sobre las áreas de puntos fuertes y débiles y estableciendo espacios de mejora entre todos.

NIC 7880: Manejo de la tecnología.

CONCLUSIONES

La enfermera de enlace es la integradora de la continuidad de cuidados y facilita el tránsito del usuario de un nivel asistencial a otro⁶. A la vez, articula la coordinación de los profesionales para que los circuitos de actuación sean más operativos y proactivos⁶.

Este cambio, que conlleva la reorganización de servicios y de circuitos, no está exento de dificultades y resistencias, ya que para que este programa funcione es preciso integrar todo el trabajo de un equipo multidisciplinar³.



BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. [Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia](#), 2013. [Citado 17 febrero 2016].
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud](#). Madrid 2012. [Citado 17 febrero 2016].
3. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. [Líneas Estratégicas del Departamento de Salud 2013-2016](#). Vitoria-Gasteiz. 2014. [Citado 17 feb 2016].
4. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. Estrategia de Cuidados de Andalucía](#). [Actualizado 7/10/2014; citado 17 febrero 2016].
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. [Clasificación de intervenciones de Enfermería \(NIC\), 6ª ed. España](#). Elsevier. 2014. [Citado 17 febrero 2016].
6. Sánchez-Martín CI. [Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico](#). *EnfermClin* 2014 Ene-Feb; 24(1): 79-89. [Citado 17 febrero 2016].

CAPÍTULO 8. PROTOCOLO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL ÁREA VI

AUTORES

Emiliana Sabuco Tébar

Enfermera. Servicio de Esterilización. Hospital Morales Meseguer

Antonio Salmerón Gracia

Supervisor de Enfermería. Servicio de Quirófano y Servicio de Esterilización. Hospital Morales Meseguer

Félix Peñalver Hernández

Supervisor de Área de Recursos Materiales



INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 1591/2009 regula los productos sanitarios y establece las condiciones que deben reunir estos y sus accesorios para su puesta en el mercado (puesta en servicio y utilización). También establece que los productos sanitarios no deben comprometer la salud ni la seguridad de los pacientes, usuarios o terceras personas cuando se encuentren correctamente instalados y mantenidos y se utilicen según su finalidad prevista¹. Tras la aplicación de cualquier proceso de esterilización, el producto deberá seguir cumpliendo lo establecido en el Artículo 6 del RD 1591/2009, es decir, deberá seguir siendo “seguro”. Todo equipo, ya sean esterilizadores, sistemas de lavado o sistemas de descontaminación, debe encontrarse en perfecto estado de uso².

La esterilización con miniclaves (esterilización de punto de uso) debe ser controlada de igual forma que la esterilización de grandes autoclaves. Actualmente, los miniclaves deben ajustarse a la Norma UNE EN 13060-2015 para esterilizadores de vapor de pequeño tamaño³. El centro sanitario, como usuario de los equipos, es responsable del correcto mantenimiento y de la correcta utilización del equipamiento médico instalado¹.

La esterilización se define como el proceso mediante el cual se destruyen todos los microorganismos viables presentes en un objeto o superficie, incluidas las esporas bacterianas⁴. Para garantizar el proceso de esterilización es necesario comprobar los parámetros físicos del ciclo (controles físicos), verificar los parámetros críticos en el interior de los envases (controles químicos) y certificar la capacidad letal del ciclo de esterilización (controles biológicos)⁵.

De acuerdo con el potencial riesgo que supone la presencia de contaminación en el material que va a ser utilizado, este puede clasificarse en tres categorías (clasificación de Spaulding)^{6,7}. En función de esto, los procedimientos a los que deberán ser sometidos son diferentes:

Materiales críticos: penetran en los tejidos y cavidades normalmente estériles (pinzas, tijeras, prótesis, etc.). Estos artículos representan un alto riesgo de infección si están contaminados con cualquier microorganismo, por lo que siempre se esterilizan.

Materiales semicríticos: entran en contacto con mucosas y piel no intacta (palas de laringoscopio, mascarillas de ventilación, pinza de Maguill, etc.). Estos artículos deben estar estériles o mínimamente sometidos a desinfección de alto nivel (DAN). Estos materiales deben ser guardados tras el proceso de desinfección en una bolsa plástica simple para evitar su recontaminación.

Materiales no críticos: son todos los instrumentos que solo toman contacto con la piel intacta (fonendoscopio, esfigmomanómetro, martillo de exploración, manguito de tensión, etc.). En general, solo exigen limpieza⁶.

El paso previo e imprescindible para una correcta esterilización es la limpieza exhaustiva del material a esterilizar.

OBJETIVOS

- Garantizar la correcta limpieza, desinfección y esterilización de todos los materiales susceptibles de ser desinfectados o esterilizados en el Área VI, según recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de 2011.
- Identificar y corregir las deficiencias en la limpieza, desinfección y esterilización de los materiales del Área VI.
- Implantar un protocolo de actuación en el Área VI que unifique todos los procedimientos.

METODOLOGÍA

El protocolo va dirigido a los centros de Atención Primaria y unidades del hospital que se encargan directamente de la esterilización de su instrumental. En el Área VI son dieciséis centros de Atención Primaria, cuatro consultorios, seis unidades de salud bucodental y siete unidades del hospital (urgencias, quirófanos de oftalmología y cirugía menor, consultas de otorrinolaringología y cirugía). El protocolo surge en el Servicio de Esterilización y se realiza en colaboración con el supervisor de Recursos Materiales del Área VI, los coordinadores de los centros de Atención Primaria, los supervisores del hospital y el Servicio de Electromedicina (Imagen 1).

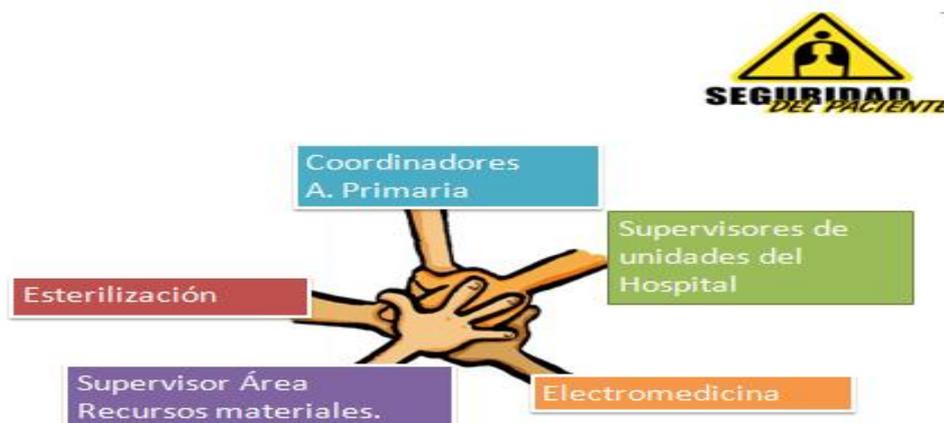


Imagen 1. Participantes en el protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del Área VI.

En primer lugar, se redactan una serie de indicadores relacionados con la limpieza y esterilización del material (tipo de detergente utilizado, tiempo de contacto, programa usado en el autoclave, condiciones, etc.) para poder medir la situación real de las unidades a las que va dirigido el protocolo. Se realiza una primera redacción y se programan visitas a los diferentes centros a los que va dirigido para adaptar el protocolo final a las necesidades reales de los centros.

Durante estas visitas se registra la medición de los diferentes indicadores y de todas las incidencias que percibimos y las dudas e inquietudes que nos expresaban los profesionales. También se imparte una charla sobre cómo se deben procesar los controles biológicos, la periodicidad, el modo de entrega, etc.,

Paralelamente, en cada visita se entregan las instrucciones y la ficha técnica de los productos de limpieza y desinfección que se utilizan en toda el Área VI.

Durante las visitas a los diferentes centros se realiza un inventario de los miniclaves disponibles en el Área, dónde están ubicados y si tienen un funcionamiento correcto. También se lleva a cabo un primer control biológico en los autoclaves y se instaura una periodicidad semanal para este control, según las recomendaciones de 2011 del Ministerio de Sanidad². El circuito que sigue el control biológico una vez procesado en los centros de Atención Primaria se muestra en la imagen 2. En las unidades del hospital el celador lleva el control biológico a la central de esterilización. Los resultados de los controles se guardan en el Servicio de Esterilización por un periodo mínimo de cinco años.

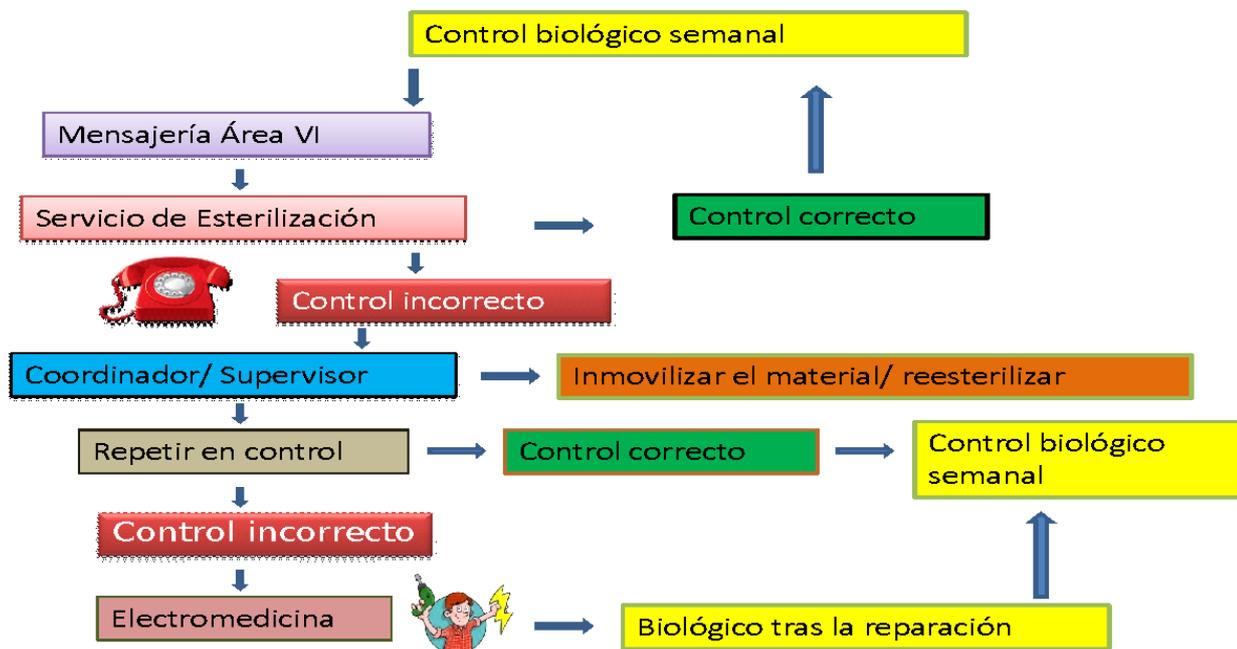


Imagen 2. Circuito semanal del control biológico del Área VI.

RESULTADOS

Los resultados de los indicadores evaluados en los centros visitados respecto a las incidencias en la limpieza y esterilización del material se muestran en las tablas 1 y 2.

Limpieza			Esterilizador		
Tiempo	Dilución	Producto	Ciclo	Humedad	Biofilm
6	5	3	5	6	5

Tabla 1. Incidencias registradas en centros de Atención Primaria

Limpieza			Esterilizador		
Tiempo	Dilución	Producto	Ciclo	Humedad	Biofilm
2	0	0	0	1	0

Tabla 2. Incidencias registradas en unidades de hospitalización

Como resultado de estos indicadores y del inventario realizado, se produjo una redistribución de los miniclaves en el Área VI para mejorar la gestión de los recursos que consistió en lo siguiente:

- Baja por obsolescencia del autoclave del Centro de Especialidades del Carmen.
- Sustitución del autoclave de Abanilla (obsolescencia) por otro de Murcia Centro en desuso.
- Recuperación de un autoclave del Centro de Salud de Molina Norte para utilizarlo como sustituto en caso de que algún autoclave del Área se averíe.

Asimismo, se realizaron las I Jornadas de Esterilización del Área VI, concebidas como un espacio formativo para todos los profesionales relacionados directa o indirectamente con el procesado del instrumental y como complemento a la formación recibida durante las visitas a los centros. La realización de estas jornadas se plantea como una oportunidad de compartir opiniones y dudas entre los diferentes profesionales para unificar criterios de actuación.

Actualmente, recibimos los controles biológicos de toda el Área, con 28 miniclaves en Atención Primaria y siete en las unidades de hospitalización. El porcentaje de cumplimiento en la realización y entrega del control biológico se sitúa por encima del 80% en Atención Primaria y del 90% en unidades del hospital. A lo largo de los meses registrados (enero-mayo 2016), se obtuvieron nueve resultados positivos en Atención Primaria y cero en unidades de hospitalización, como se muestra en las tablas 3 y 4. En los casos en los que hemos tenido un resultado positivo de un control biológico se ha seguido el circuito indicado en la Imagen 2.

	Meses	Autoclaves	Cumplimiento	Positivos
Atención Primaria	Enero	10	80%	1
	Febrero	17	85,8%	0
	Marzo	21	86%	1
	Abril	28	89,5%	3
	Mayo	28	86%	4

Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento en la realización de los controles biológicos y resultados positivos en Atención Primaria

	Meses	Autoclaves	Cumplimiento	Positivos
Unidades del hospital	Enero	7	86%	0
	Febrero		100%	0
	Marzo		96,5%	0
	Abril		91,5%	0
	Mayo		100%	0

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento en la realización de los controles biológicos y resultados positivos en unidades del hospital

Tras la primera evaluación de resultados, se ha llevado a cabo la revisión y actualización del protocolo, incorporando las medidas correctoras necesarias para que se adecue a las necesidades reales de los centros de salud y unidades de enfermería a los que va dirigido.

El protocolo actualizado se ha publicado en la intranet del Área VI.

Una vez realizada dicha publicación, con fecha de revisión periódica, se han programado visitas de seguimiento para resolver dudas e incidencias y formar a los profesionales que se vayan incorporando a los diferentes centros. Asimismo, se ha establecido una revisión anual del protocolo para poder ir incorporando a este los resultados de las posteriores reevaluaciones.

CONCLUSIONES

- El control biológico y químico de los autoclaves aumenta la seguridad del paciente.
- Es necesario establecer un sistema de trazabilidad en el material que se esteriliza en el Área VI.
- Un seguimiento centralizado desde el Servicio de Esterilización del procesado del material de toda el Área VI mejora la gestión de los recursos.
- Son necesarios más espacios de formación sobre limpieza, desinfección y esterilización para todos los profesionales del Área VI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. BOE 268, 6 de Noviembre de 2009.
2. Palanca Sánchez I, Ortiz Valdepeñas J, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL. Grupo de Expertos. Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
3. UNE-EN 13060:2005. Esterilizadores de vapor de agua pequeños.
4. Hernández-Navarrete MJ, Celorrio-Pascual JM, Lapresta Moros C, Solano Bernad VM. Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización. *EnfermInfeccMicrobiolClin* 2014 Dec; 32(10): 681-8. doi: 10.1016/j.eimc.2014.04.003. PMID: 25023372.
5. Sanz SJA, Fariñas AMC, Rebollo RH. Esterilización de material sanitario. In Salud. SCd, editor. Guía de Prevención de Infección Nosocomial. Santander: Quinzaños SL; 2008. capítulo 4.
6. Acosta GS, De Andrade SV. Manual de esterilización para Centros de Salud. In OPS Bs, editor. Washington: Organización Panamericana de salud; 2008.
7. Sanz SJA, Fariñas AMC, Dierssen ST. Limpieza y desinfección de material sanitario. In Salud SCd, editor. Guía de Prevención Nosocomial. Santander: Quinzaños SL; 2008. capítulo 3.

CAPÍTULO 9. COLOCACIÓN Y CUIDADO DE CATÉTERES PICC

AUTORAS

Josefa Bayona Jiménez

Enfermera. Hospital de Día Médico. Hospital Morales Meseguer

Carmen María Muñoz Jurado

Enfermera. Hospital de Día Médico. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la terapia intravenosa en nuestro medio, los avances en la punción ecoguiada y los nuevos catéteres centrales de inserción periférica de mayor biocompatibilidad nos llevan a plantearnos un cambio en el manejo de los accesos venosos¹. Este cambio desemboca en un mejor cuidado del capital venoso de nuestros pacientes, aumentando la calidad, disminuyendo los costes y contribuyendo al incremento de la seguridad y el bienestar del paciente².

OBJETIVOS

- Facilitar la administración de nutrición parenteral (NTP), citostáticos, antibióticos, derivados sanguíneos, etc.
- Mantener íntegra la red venosa de los miembros superiores y los tejidos adyacentes.
- Mejorar la administración de tratamientos intravenosos (iv) de forma ambulatoria.
- Facilitar los casos de extracciones repetidas de sangre.
- Evitar molestias al paciente, como punciones repetidas, dolor, ingresos, etc.
- Crear un protocolo para el manejo y cuidado del catéter PICC.

METODOLOGÍA

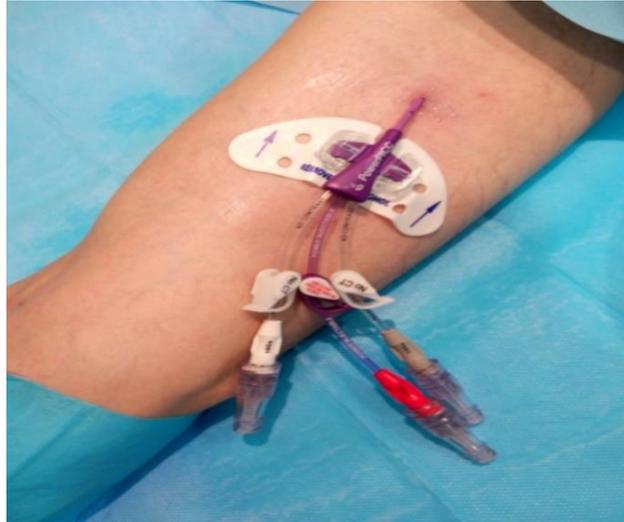
¿Qué es un PICC?



Es un catéter central de inserción periférica que llega a la vena cava superior (VCS) a través de una cánula, quedando un extremo fuera. Su inserción se realiza con el apoyo de un ecógrafo y con la técnica Seldinger modificada.

Características de los PICC

- Según el material, tenemos catéteres PICC de silicona y poliuretano.
 - Según el número de lúmenes, los hay de 1, 2 y 3 lúmenes.
 - Según el calibre, los hay de 2, 3, 4, 5 y 6 French.
- Algunos se pueden cortar en el extremo distal y otros, en el proximal.
 - Pueden tener la punta del catéter abierta o cerrada.
 - Pueden ser de alto o bajo flujo.
 - Los hay valvulados y no valvulados. Los valvulados, a su vez, pueden llevar la válvula en el extremo distal o proximal.



¿Para qué está indicado el uso de un PICC?

- Para preservar el patrimonio venoso del paciente.
- Cuando el capital venoso está mermado.
- En caso de pacientes con quimioterapia.
- Para infusiones iv cuya osmolaridad sea mayor de 500 mOsm.
- Para infusiones con PH irritante.
- Cuando la duración del tratamiento es mayor de seis días y no superior a 18 meses.
- Para pacientes con infusión continua y/o ambulatoria.
- Para pacientes con nutrición parenteral (NTP).

¿En qué pacientes está contraindicado su uso?

- En pacientes no colaboradores, hipercinéticos y desorientados.
- En pacientes con parálisis de miembros superiores (MMSS).
- En pacientes con vaciamiento axilar o cervical importante.
- En pacientes con quemaduras o retracciones cutáneas importantes.
- En pacientes con alteración de la piel o zonas cercanas que puedan contaminar el punto de punción.

Ventajas que tiene para el paciente



- Aumenta el bienestar y la seguridad del paciente.
- Conserva la red venosa periférica, evitando punciones repetidas y disminuyendo sus complicaciones.
- Presenta mayor accesibilidad y celeridad en el proceso de implantación al colocarlo la enfermera/o.
- No requiere intervención quirúrgica.
- Es válido para cualquier tipo de infusión iv.

Desventajas para el paciente

- El catéter debe permanecer puesto

ininterrumpidamente hasta su retirada, protegido con apósito y una venda.

- El vendaje no debe de mojarse.
- El paciente debe acudir al hospital de día todas las semanas para su cura, con el fin de llevar a cabo un control y comprobar la evolución.

Valoración inicial que se realiza para requerir un PICC

- Mal acceso venoso.
- Tratamiento con quimioterapia iv ambulatoria continua.
- Tratamiento por vía central de aproximadamente un año de duración.
- Paciente con una sola extremidad para pinchar por vaciamiento axilar.
- Necesidad de una vía central de manera rápida hasta la colocación de la definitiva.

Cuidados de enfermería

- Salinización y/o heparinización del catéter.
- Cura del punto de punción.

Objetivo del procedimiento

- Mantener libre de patógenos el punto de punción.
- Mantener fijo el catéter a la piel.
- Asegurar la permeabilidad del catéter.
- Asegurar la localización adecuada del catéter, evitando que se salga.
- Observar signos y/o síntomas de flebitis o tromboflebitis.
- Evitar infecciones del catéter con un buen manejo de este.

Cura del punto de punción del catéter

- Cambiar el apósito plástico, desinfectar con suero fisiológico y clorhexidina no alcohólica al 2% el punto de punción y dejar secar. Este procedimiento es muy importante para evitar irritaciones en la piel.
- Cambiar el Starlock que sujeta el PICC a la piel y movilizar el lugar de pegado.
- Cambiar el bioconector y limpiar muy bien la conexión con clorhexidina alcohólica al 2%.
- Colocar gasa o tetra estéril sobre el apósito y vendaje de sujeción sin presionar.
- Realizar las curas semanalmente y registrarlas en la hoja de registro que se le da al paciente al ponerle el PICC.

Salinización y/o heparinización

- Realizar con técnica estéril o lo más limpia posible.
- Limpiar el bioconector con clorhexidina alcohólica al 2% unas diez veces alrededor y en la punta del bioconector.
- Lavar con 10 cc de suero fisiológico con técnica de *push-stop* y aspirar suavemente unos 5 cc de sangre, los cuales se desechan.
- Volver a lavar con otros 10 cc de suero fisiológico con la misma técnica y clampar o desconectar (en caso

de que el catéter no lleve *clamp*) en presión positiva, esto es, mientras estamos presionando para introducir el suero.

- Heparinizar con un vial de heparina sódica 20 UI/ml si el catéter lleva pinzas de clampaje y no es valvulado.
- Registrar en la hoja de registro de curas que lleva el paciente.



Cuestiones a tener en cuenta

- No tirar nunca del apósito plástico debido al riesgo de sacar el catéter de su exacta localización.
- Evitar los tirones accidentales del catéter en la manipulación.
- Dejar secar la clorhexidina antes de taponar la piel.
- Lavar siempre el catéter con jeringas de 10 cc de suero fisiológico tras su uso.
- Usar siempre la técnica *push-stop* y presión positiva a la hora de manejar el catéter para evitar complicaciones posteriores.
- Utilizar en todos los casos jeringas de 10 cc para evitar el exceso de presión en la luz del catéter y, con ello, roturas accidentales

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosas Reséndiz MT. Terapia intravenosa. Trabajo en equipo para evitar complicaciones por catéteres venosos. Revista de Enfermería 1999; 7(2): 99-103.
2. Catéteres venosos centrales de inserción periférica. Protocolo catéter venoso periférico, 2005.

CAPÍTULO 10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FORMULACIÓN MAGISTRAL. DISPENSACIÓN AL PACIENTE EXTERNO

AUTORES

José María Bernal Bastida

Enfermero. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer

María Ángeles Carvajal González

Supervisora de Enfermería. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer

José Joaquín Nicolás Martínez

Enfermero. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer

José Hernández Martínez

Enfermero. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer

Ana Isabel Asensio Villalba

Enfermera. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer

María Gálvez Castillo

Enfermera. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer

Virginia Pérez Martínez

Enfermera. Servicio de Farmacia. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

Existe un tipo de paciente denominado **paciente externo**, que es aquel que, a pesar de no estar hospitalizado, requiere una especial vigilancia, supervisión y control en el campo de la atención sanitaria especializada¹. En los servicios de farmacia hospitalaria hay un área dedicada a la dispensación de cierta medicación a dichos pacientes². En el mes de mayo de 2015, se especializaron las áreas de dispensación de medicación a pacientes externos y se creó una consulta de enfermería en la cual la dispensación de ciertos fármacos corre a cargo del equipo enfermero. Uno de los productos a dispensar son las fórmulas magistrales, realizadas por el equipo enfermero del Servicio de Farmacia. Según la Ley de Garantía y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, una fórmula magistral es “el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por un farmacéutico o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de los principios activos que incluye, según las normas de correcta elaboración y control de calidad establecidas al efecto, dispensado en oficina de farmacia o servicio farmacéutico”.



En este punto se plantea la necesidad de consensuar la información, así como de unificar y plasmar por escrito los criterios sobre cuidados de enfermería que vamos a dar a nuestros pacientes.

La necesidad de realizar el proyecto fue detectada ya que en ocasiones la información percibida por el paciente sobre la administración de una fórmula magistral está algo distorsionada por múltiples factores externos. Esta situación puede llevar al paciente a un error en la administración o en la aplicación del medicamento y, por consiguiente, a una falta de adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS

- Consensuar toda la información que pueda recibir el paciente en la ventanilla de dispensación rápida, eliminando así errores en la administración o en la aplicación del tratamiento.
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Evitar posibles complicaciones en la administración y/o aplicación.

METODOLOGÍA

En un primer momento se diseñaron las fichas de las fórmulas más frecuentes en la dispensación a pacientes externos. Debido a su enorme aceptación entre los compañeros, y una vez comprobada su gran eficacia para el paciente, se han ido añadiendo aquellas fórmulas cuya composición o forma específica de administración pueden llevar a equivocación por parte del paciente.

Para su identificación a golpe de vista, las fichas están separadas por colores, de forma que el verde corresponde a los colirios; el rosa, a las soluciones orales y cápsulas; y el azul, a pomadas, cremas y lociones tópicas.

La ficha consta de varios apartados para poder localizar rápidamente la información que deseamos encontrar:

- **Nombre:** aparece el nombre de la fórmula magistral.

NOMBRE	Solución para Mucositis		

- **Definición:** se realiza una breve descripción del producto y de su uso habitual.

NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.

- **Recipiente:** se especifica en qué tipo de envase se encontrará la fórmula una vez realizada, pudiendo ser frasco de vidrio de topacio, tubo de aluminio, duquesita, jeringa de topacio o frasco de colirio, dependiendo de su administración y conservación.

NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca		

- **Composición:** es el último apartado de la primera parte. Se ha de incluir una descripción de los componentes del producto final, que nos permite comprobar rápidamente si el paciente presenta alguna intolerancia a algún compuesto de la fórmula o descubrir qué principio le ha podido afectar.

NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada

- **Cuidados de enfermería:** en el apartado llamado “Antes de la aplicación” describimos cómo debe actuar el paciente correctamente antes de la aplicación de la fórmula.

  			
NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN			
-Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. -Agitar antes de usar. -Higiene bucal antes de la aplicación. -Aplicar después de las comidas.			

- **Durante la aplicación:** en este apartado se informa al paciente sobre cómo debería ser la correcta administración de la fórmula magistral elaborada, ya sea colirio, solución oral o de uso cutáneo.

  			
NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN		DURANTE LA APLICACIÓN	
-Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. -Agitar antes de usar. -Higiene bucal antes de la aplicación. -Aplicar después de las comidas.		-Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. -Tres veces al día. -No tragar, salvo indicación médica.	

- **Después de la aplicación:** en este apartado, como en los anteriores, se informa al paciente sobre las acciones que debería realizar al finalizar la administración del producto.



DISEÑO



NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN	DURANTE LA APLICACIÓN	DESPUES DE LA APLICACIÓN	
- Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. - Agitar antes de usar. - Higiene bucal antes de la aplicación. - Aplicar después de las comidas.	- Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. - Tres veces al día. - No tragar, salvo indicación médica.	- No comer ni beber en dos horas. - Proteger de la luz. - Conservar a temperatura ambiente.	

- Existe un apartado en la parte inferior izquierda en el cual se coloca la **foto** de la fórmula magistral una vez elaborada. Esto nos permitirá localizar mucho antes el producto, ya que nuestro *stock* es bastante amplio. Disponemos de varias localizaciones para las fórmulas, ya sean para conservar en nevera o a temperatura ambiente.



DISEÑO



NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN	DURANTE LA APLICACIÓN	DESPUES DE LA APLICACIÓN	
- Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. - Agitar antes de usar. - Higiene bucal antes de la aplicación. - Aplicar después de las comidas.	- Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. - Tres veces al día. - No tragar, salvo indicación médica.	- No comer ni beber en dos horas. - Proteger de la luz. - Conservar a temperatura ambiente.	
FOTO			

- Uno de los últimos apartados aborda las complicaciones frecuentes con las que se encuentra el paciente a la hora de la administración de la fórmula magistral y la alternativa que enfermería ofrece para resolver dichas complicaciones. Por ejemplo: el paciente no sabe cuánto son 5 ml, no sabe aplicarse las gotas oftálmicas, desconoce cómo se administran las gotas óticas, tiene dos colirios que deben administrarse de forma espaciada, etc.



DISEÑO



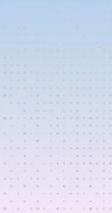
NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto anestésico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote de tapón de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaina Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN		DURANTE LA APLICACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. - Agitar antes de usar. - Higienizar bucal antes de la aplicación. - Aplicar después de las comidas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. - Tres veces al día. - No tragar, salvo indicación médica. 	
DESPUES DE LA APLICACIÓN		POSIBLES COMPLICACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - No comer ni beber en dos horas. - Proteger de la luz. - Conservar a temperatura ambiente. 		<ul style="list-style-type: none"> Alergia a los componentes. Déficit de comunicación. Sensación de boca adormecida y dificultad para tragar. 	
FOTO		ALTERNATIVAS A LAS COMPLICACIONES	
		<ul style="list-style-type: none"> Recomendar que consulte con su médico. Utilización de herramientas de apoyo (etiquetas de colores, reglas horarias, imágenes, ...). Indicar que son efectos adversos comunes. 	
RECOMENDACIONES			
<ul style="list-style-type: none"> - Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. - Ante cualquier duda consulte con el personal de enfermería de farmacia. 			

- Hemos reservado un breve apartado para incluir algunas recomendaciones dirigidas al paciente.



DISEÑO



NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto anestésico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaina Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN		DURANTE LA APLICACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. - Agitar antes de usar. - Higienizar bucal antes de la aplicación. - Aplicar después de las comidas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. - Tres veces al día. - No tragar, salvo indicación médica. 	
DESPUES DE LA APLICACIÓN		POSIBLES COMPLICACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - No comer ni beber en dos horas. - Proteger de la luz. - Conservar a temperatura ambiente. 		<ul style="list-style-type: none"> Alergia a los componentes. Déficit de comunicación. Sensación de boca adormecida y dificultad para tragar. 	
FOTO		ALTERNATIVAS A LAS COMPLICACIONES	
		<ul style="list-style-type: none"> Recomendar que consulte con su médico. Utilización de herramientas de apoyo (etiquetas de colores, reglas horarias, imágenes, ...). Indicar que son efectos adversos comunes. 	
RECOMENDACIONES			
<ul style="list-style-type: none"> - Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. - Ante cualquier duda consulte con el personal de enfermería de farmacia. 			

- Y, por último, deberá especificarse el teléfono de contacto.

 DISEÑO 			
NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN		DURANTE LA APLICACIÓN	DESPUES DE LA APLICACIÓN
-Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. -Agitar antes de usar. -Higiene bucal antes de la aplicación. -Aplicar después de las comidas.		-Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. -Tres veces al día. -No tragar, salvo indicación médica.	-No comer ni beber en dos horas. -Proteger de la luz. -Conservar a temperatura ambiente.
FOTO	POSIBLES COMPLICACIONES		ALTERNATIVAS A LAS COMPLICACIONES
	Alergia a los componentes.		Recomendar que consulte con su médico.
	Déficit de comunicación.		Utilización de herramientas de apoyo (etiquetas de colores, regletas horarias, imágenes, ...)
	Sensación de boca adormecida y dificultad para tragar.		Indicar que son efectos adversos comunes.
	RECOMENDACIONES		<i>Teléfono de contacto 968 360 902 (extensión 923018).</i>
-Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. -Ante cualquier duda consulte con el personal de enfermería de farmacia.			

Una vez finalizada la cumplimentación de la ficha, esta quedaría como se muestra a continuación (en este caso, es de color rosa por tratarse de una solución).

 DISEÑO 			
NOMBRE	Solución para Mucositis	DEFINICIÓN	Solución líquida de efecto antibiótico para el alivio del dolor y la irritación producida por úlceras y mucositis en boca o garganta.
RECIPIENTE	Bote opaco de 250 ml con tapón de rosca	COMPOSICIÓN	Nistatina Bicarbonato sódico Metilprednisolona Gentamicina Mepivacaína Agua destilada
CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
ANTES DE LA APLICACIÓN		DURANTE LA APLICACIÓN	DESPUES DE LA APLICACIÓN
-Comprobar fecha de caducidad y estado óptimo del medicamento. -Agitar antes de usar. -Higiene bucal antes de la aplicación. -Aplicar después de las comidas.		-Enjuagues con el volumen de un tapón, durante 10 minutos. -Tres veces al día. -No tragar, salvo indicación médica.	-No comer ni beber en dos horas. -Proteger de la luz. -Conservar a temperatura ambiente.
FOTO	POSIBLES COMPLICACIONES		ALTERNATIVAS A LAS COMPLICACIONES
	Alergia a los componentes.		Recomendar que consulte con su médico.
	Déficit de comunicación.		Utilización de herramientas de apoyo (etiquetas de colores, regletas horarias, imágenes, ...)
	Sensación de boca adormecida y dificultad para tragar.		Indicar que son efectos adversos comunes.
	RECOMENDACIONES		<i>Teléfono de contacto 968 360 902 (extensión 923018).</i>
-Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. -Ante cualquier duda consulte con el personal de enfermería de farmacia.			

CONCLUSIONES

La información recogida en las fichas está siendo un importante elemento en el cual apoyarse a la hora de realizar educación para la salud a los pacientes en nuestra consulta de dispensación a pacientes externos, logrando así una información unánime y sin posibles alteraciones en la misma.

Actualmente, el proyecto se encuentra en una fase inicial, y continuamos trabajando para lograr consensuar el 100% de todas las fórmulas realizadas en el Servicio de Farmacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, núm. 178, de 27/07/2006](#)
2. Coordinación general. Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Formulario Nacional 2º Ed. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado; 2003.

CAPÍTULO 11. PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

AUTORES

Josefa Gil López

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

Martina Valenzuela Anguita

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

Esther López Lozano

Médico de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Morales Meseguer

Encarnación Hernández Pérez

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

Juana María Ibarra Cuenca

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

María Amaya Hinojosa Mellado

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

Josefa María Cánovas Sánchez

Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

María Dolores Cuevas Atienza

Enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Morales Meseguer

Sandra Moreno Reina

Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

Cristina Esteban Lloret

Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN

Los servicios de Urgencias son unidades en las que se realiza un trabajo intenso por parte de los profesionales, puesto que los pacientes que acuden a este servicio presentan enfermedades que entrañan un riesgo vital, precisando atención urgente^{1,2}.

Estas situaciones conllevan para los profesionales una gran carga emocional, así como la obligación de actuar, tanto para preservar la vida como para proporcionar confort y bienestar al paciente y a la familia^{3,4}.

Consideramos que, por el carácter especial del enfermo oncológico, terminal o en situación de agonía, tanto para el paciente como para sus familiares se hace más necesario, si cabe, poner un énfasis especial en la humanización y agilización de los procesos, ofreciendo por parte del equipo de profesionales todo el apoyo y dignidad en su atención^{4,5,6}.

Haremos especial hincapié en conceptos tan importantes como la información, la comunicación, la cercanía, la cortesía, la educación, el respeto, la intimidad, la autonomía del paciente, la confidencialidad y la personalización en el trato^{7,8}.

La adopción de estas medidas por parte de todos los profesionales de Urgencias se hace todavía más imprescindible cuando el paciente fallece en nuestro servicio^{9,10}. En esos momentos, por las características estructurales, la saturación habitual y nuestra propia idiosincrasia como Servicio de Urgencias, no siempre es posible el acompañamiento familiar^{11,12}. Esto supone un gran problema que nos hace reflexionar sobre la necesidad de establecer un protocolo de actuación ante esta situación, que garantice el cumplimiento de los derechos del paciente moribundo y en situación de agonía.

Con la realización de este protocolo se pretende poder establecer una acogida adecuada a los pacientes terminales y sus familiares a su llegada a Urgencias, otorgarles todas las comodidades posibles durante su estancia, así como ayudar al correcto control de los síntomas y a la adecuación tanto de ingresos como de derivaciones a otros centros o domicilio de los pacientes.

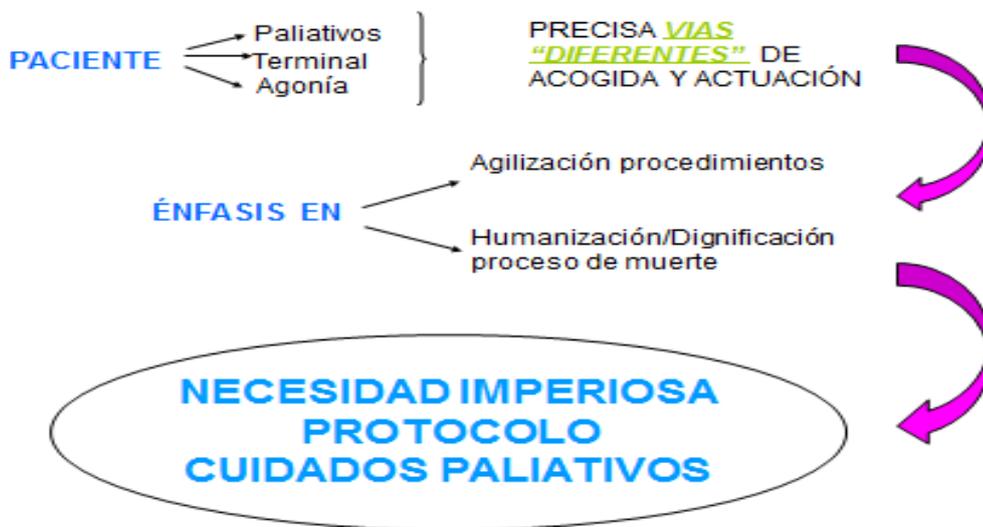
Partimos de la situación real que caracteriza cualquier Servicio de Urgencias hospitalario y nos planteamos si este entorno hostil (caracterizado por la saturación, la masificación, los ritmos acelerados, la desinformación, etc.) es el más adecuado para un paciente que se encuentra en situación terminal, incluido o no en el programa de paliativos. Nos preguntamos: ¿cuál es la percepción que tienen un paciente y su familia, en estas circunstancias, cuando acuden al Servicio de Urgencias? Y nos volvemos a preguntar: ¿qué necesidades tienen estos pacientes y sus familias en situación de terminalidad?, ¿qué queremos que sienta y perciba una persona que está próxima al final de su vida cuando acude al hospital?



Llegados a este punto, nos planteamos de qué manera podríamos conseguir que un paciente de paliativos que requiere atención urgente hospitalaria no tuviera que “sufrir” las características propias de los servicios de Urgencias hospitalarios.

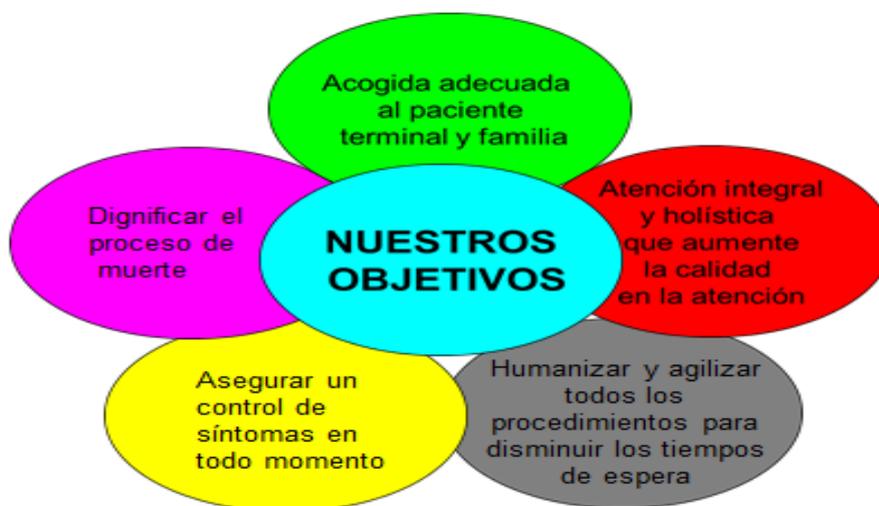
Nuestro razonamiento y nuestra experiencia dentro de la práctica nos llevaron a ver con más claridad que un paciente de cuidados paliativos, terminal o en agonía, precisa unas vías diferentes de acogida y actuación, por lo que queremos dar especial importancia a la agilización de los procedimientos, así como a la humanización y dignificación del proceso de muerte.

A partir de ahí, vimos con más claridad la necesidad imperiosa de un protocolo de cuidados paliativos.



OBJETIVOS

- Humanizar la asistencia en el Servicio de Urgencias y aumentar la calidad en la atención prestada.
- Priorizar la rápida atención, así como agilizar todos los procesos asistenciales que requieran estos pacientes mientras permanezcan en nuestro servicio.
- Acompañar al paciente y los familiares en caso de agonía.
- Unificar y sistematizar la atención al paciente con estas características especiales.
- Identificar comportamientos que mejoren la humanización de las condiciones de acogida en el servicio.
- Fomentar una cultura paliativista.



METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo nominal formado por profesionales de enfermería y medicina que trabajan en el Servicio de Urgencias, en el cual se plantearon los posibles problemas, los factores que afectan a los cuidados, los beneficios de una atención diferente y más humanizada, así como las posibles soluciones y alternativas, por lo que se ha elaborado una serie de procedimientos consensuados entre el Servicio de Urgencias y la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de nuestro hospital para la determinación de un modelo óptimo de atención a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias.

Para su difusión, hemos establecido estrategias de comunicación que consisten en la realización de sesiones informativas, talleres y seminarios formativos, múltiples reuniones con el personal implicado, colocación de póster informativo en zona común y realización de trípticos informativos repartidos a los diferentes profesionales.

RESULTADOS

El protocolo elaborado consta de varios aspectos importantes para la atención y los cuidados del paciente incluido o no en el programa de paliativos. A continuación, exponemos los temas que trata:

- Criterios de enfermedad terminal, tanto a pacientes oncológicos como no oncológicos
- Criterios de ingreso y de interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios

- Circuito de actuación en el Servicio de Urgencias
- Acogida de enfermería en el Servicio de Urgencias (actuación específica en triaje, boxes y SOU)
- Aspectos terapéuticos para el control del dolor
- Sedación paliativa y en agonía
- Fase de agonía del paciente en el Servicio de Urgencias
- Derivaciones desde el Servicio de Urgencias a Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos a través de la UCP
- Anexos:
 - I. Control de síntomas. Guía Secpal
 - II. Vía subcutánea
 - III. Atención temprana al duelo en urgencias
 - IV. Cuidados post-mortem

En el Servicio de Urgencias se ha diseñado un circuito para que las necesidades de estos pacientes sean cubiertas de una forma más adecuada y unificada por todos los profesionales implicados en la atención del paciente y su familia.



Con la implementación de este protocolo han disminuido los tiempos de espera y se han agilizado todos los procesos del paciente.

En cuanto al proceso de muerte en nuestro servicio, se ha logrado ubicar al paciente en agonía en un lugar habilitado a tal efecto que posibilita que esté rodeado de sus seres queridos, proporcionándoles un ambiente más adecuado, más humano y humanizado.

Hemos de reseñar en relación con el ingreso hospitalario que, aunque el hospital no dispone de una planta específica para los pacientes de cuidados paliativos, sí dispone de camas asignadas a esta unidad, siendo este ingreso preferente.

Con la implementación de este protocolo se han conseguido las siguientes medidas de mejora:

- Generar un circuito adecuado
- Priorizar la atención del paciente
- Agilizar los procedimientos asistenciales
- Asegurar el control de síntomas en todo momento
- Mejorar la coordinación con los servicios paliativos hospitalarios y domiciliarios
- Desarrollar una atención más humana y humanizada
- Realizar una atención temprana al duelo

CONCLUSIONES

Con la implantación de este protocolo, hemos establecido una acogida adecuada a los pacientes terminales y sus familias a su llegada a Urgencias, otorgándoles una atención rápida y eficiente, proporcionándoles siempre el mayor confort posible durante su permanencia en nuestro servicio, así como unos cuidados de calidad con los que lograr la excelencia en el cuidado.

La puesta en marcha del protocolo de cuidados paliativos en el Servicio de Urgencias supone un cambio para todos los implicados en este proceso, para los profesionales en su modo de actuar y proporcionar sus cuidados, y para los pacientes y sus familias en la forma y calidad de dichos cuidados, por lo que consideramos pertinente iniciar la elaboración de un cuestionario que nos permita valorar y evaluar la calidad percibida entre los pacientes y sus familiares, fomentando una línea de investigación que afiance e impulse otras iniciativas relacionadas con el tema que abordamos.

Esto puede suponer para el paciente y su familia que perciban calidez en la atención recibida, lograr que se sientan acogidos y en un lugar seguro, con sus necesidades cubiertas en todo momento, además de ayudar al correcto control de los síntomas y a la adecuación tanto de ingresos como de derivaciones, ya sea a otros centros institucionales o al domicilio de los mismos, humanizando el proceso natural de muerte, si esta acontece en nuestro servicio.

Lo que buscamos con la realización y puesta en práctica de este protocolo es humanizar la atención al paciente, proporcionar el mayor bienestar posible durante su estancia en nuestro servicio, así como lograr la satisfacción de los profesionales por el trabajo bien hecho. En definitiva, la excelencia en el cuidado es nuestro principal objetivo.



Y nos quedamos con esta frase que resume de una forma muy acertada nuestro propósito: conseguir que, en esa parte tan importante de la vida de un ser humano como es el final de su existencia, seamos capaces de dar todo lo necesario para que conserve su dignidad hasta el final.



BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Prado ME, Cuervo Pinna MA, Espinosa Rojas JA, Galea Martín T, López de Ayala C, Ruiz Márquez MP, Sánchez Correas MA, Sánchez Posadas R, Varillas López MP. Grupo de trabajo de Tratamientos del Programa Regional de Cuidados Paliativos del Servicio Extremeño de Salud. Sedación en cuidados Paliativos. Guías Médicas de la SECPAL.
2. Álvarez Martínez F, Molero Pardo MJ. Protocolo de actuación ante el proceso de muerte. Comisión de Humanización de los Cuidados. Rev Enfermería Docente 2010; (92): 27-30.
3. Arranz Arijá JA. Definición y tratamiento del dolor irruptivo.
4. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. N Engl J Med 2003; 349: 1943-53.

5. Celada Cajal FJ. [Cuidados postmortem](#). enferurg.com. [Acceso 20 de enero de 2016]; 13(6).
6. Comité de Ética Asistencial. Protocolo de atención al paciente al final de la vida en el Hospital Morales Meseguer. Aspectos éticos y técnicos. Diciembre 2008.
7. Donnelly S, Davis MP, Walsh D, Naughton M. Morphine in cancerpainmanagement: a practicalguide. SupportCareCancer 2002; 10: 13-35.
8. Gálvez Toro A. El derecho al duelo. Index de Enfermería (Granada) 2000; (28-9): 45-6.
9. Gómez Sancho M, et al. Cuidados Paliativos. Control de Síntomas. ASTA MÉDICA 1999.
10. Kubler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo; 1993.
11. Servicio Extremeño de Salud. Guía clínica seguimiento del duelo. Programa Regional de Cuidados Paliativos; 2011.
12. Pérez Pérez I. [La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo](#). Educare21. [Acceso 20 de enero de 2016]. 2004; 8.

CAPÍTULO 12. INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EN AISLAMIENTO DE CONTACTO

AUTORAS

M^a Josefa Clemente Laserna

Enfermera. Servicio de Neumología. Hospital Morales Meseguer

Isabel María López Santo

Enfermera. Servicio de Neumología. Hospital Morales Meseguer

Pilar Crespo Paesa

Supervisora de Enfermería. Unidad de Neumología. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

Los mecanismos de aislamiento son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección (paciente infectado o colonizado) y el sujeto susceptible de ser infectado (otros pacientes, familiares y personal) para disminuir la posibilidad de transmisión. Estas barreras minimizan el riesgo de contagio surgido en las exposiciones que hay en el entorno de los cuidados de salud¹.

El *Center for Disease Control* (CDC) clasifica el aislamiento según el modo de transmisión de la enfermedad en tres categorías:

- Aislamiento gotas: dirigido a reducir el riesgo de transmisión por partículas de diámetro mayor de cinco micras. Este tamaño impide la suspensión duradera en el aire y las partículas viajan, por tanto, a distancias máximas de un metro.
- Aislamiento aéreo, respiratorio estricto: previene la transmisión de agentes infecciosos contenidos en gotas evaporadas con un diámetro inferior o igual a cinco micras. Estos agentes permanecen en suspensión aérea durante periodos prolongados de tiempo.
- Aislamiento de contacto: encaminado a prevenir el más frecuente mecanismo de transmisión de infección nosocomial.
- Contagio directo: por contacto físico entre fuente y huésped (las manos son la vía de transmisión más habitual).
- Contagio indirecto: a través de objetos inanimados o de fómites contaminados, donde pueden sobrevivir temporalmente microorganismos.

Es necesario hacer referencia al aislamiento protector o inverso, destinado a prevenir contagios por agentes patógenos u oportunistas a pacientes que están seriamente inmunodeprimidos (como trasplantados de médula ósea)¹.

En sus manuales, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avala como fundamentales las medidas a adoptar ante la sospecha de una enfermedad transmisible, asegurando que los profesionales debemos actuar en consecuencia, según el tipo de aislamiento que cualquiera de estas enfermedades precise².

Las precauciones estándar, que hacen referencia básicamente a la higiene de manos y al uso de guantes, se complementan con el uso adecuado de bata, mascarilla y protección ocular, además de con la prevención de exposiciones accidentales².

Con toda esta información, y debido a la relevancia del tema, surge la necesidad de hacer asimilable tanto a los pacientes como a sus familiares la importancia de seguir las medidas de prevención existentes, cada una de ellas en el momento y caso oportunos, resaltando e incidiendo en la importancia de todas ellas y significando como esencial el lavado de manos siempre antes de tocar al paciente y siempre después de estar en contacto con él.

Como elemento facilitador, se cree oportuna la realización de una hoja informativa entregada al paciente y a la familia en el momento del ingreso. Esta hoja contiene los puntos esenciales a observar durante la estancia en una unidad de hospitalización. Será la guía de actuación tanto para el paciente y la familia como para el personal de enfermería, evitando así la variabilidad de las actuaciones. La hoja informativa se realiza con la aportación de ideas del personal de la Unidad de Neumología, siendo entregada a la Dirección de Enfermería del hospital, que la canalizará para su valoración y validación a la Unidad de Control de Infecciones Hospitalarias.

OBJETIVO

El objetivo principal es informar a la familia de los pacientes en aislamiento de contacto sobre medidas de prevención a llevar a la práctica durante el tiempo de aislamiento.

METODOLOGÍA

La hoja informativa se realiza tras la reunión del personal de enfermería de la Unidad de Neumología, el cual aporta ideas después de observar las situaciones que se presentan continuamente, debido tanto a la variabilidad de actuaciones del personal como a la falta de información escrita por parte del paciente y su familia.

Las ideas se recogen en un texto elaborado por el grupo de profesionales que es remitido a Dirección de Enfermería. Esta lo traslada a la Unidad de Control de Infecciones Hospitalarias, que realiza la revisión y validación del mismo y se encarga de incluirlo en la intranet del hospital.

A continuación, se adjunta el contenido de la hoja informativa realizada por el grupo de trabajo.



INFORMACION A FAMILIARES CON PACIENTES EN AISLAMIENTO DE CONTACTO

Su familiar se encuentra en **aislamiento de contacto** por ser portador de una bacteria multirresistente. Es una bacteria como las demás, pero, que se ha hecho resistente a varios antibióticos. Para las personas sanas en general no presenta ningún problema

A continuación les indicamos una serie de medidas que debe cumplir:

- Podrá tener un acompañante en la habitación. Las visitas deben ser limitadas.
- Todos los familiares deben adoptar las precauciones que se citan a continuación y **NO visitar** a otros enfermos del hospital.
- Si necesitan al personal de enfermería, llamen al timbre, no vayan al control.
- Al entrar en la habitación deben lavarse las manos con solución alcohólica (dispensador al lado de la puerta) o con agua y jabón.
- El acompañante debe cada cierto tiempo, y siempre que toque al paciente, lavarse las manos con solución alcohólica o con agua y jabón.
- No es necesario el uso de bata y guantes de forma habitual
- Es importante mantener la puerta de la habitación cerrada.
- Es importante que se aplique la solución alcohólica (o se realice lavado de manos con agua y jabón) justo antes de la salida de la habitación.
- El paciente no debe salir de la habitación salvo para la realización de las pruebas medicas que requiera.
- Las bandejas de comida y los materiales que hayan en la habitación las sacará únicamente el personal habilitado para ello, nunca se dejan en el pasillo.
- Esperamos su colaboración y el cumplimiento de las normas.
- Si tiene alguna duda puede consultar con el personal de la planta donde está ingresado su familiar.

Gracias por su colaboración.

Control de la Infección Hospitalaria

CONCLUSIONES

La elaboración de la hoja informativa para pacientes y acompañantes en aislamiento de contacto pretende ayudar al paciente y a la familia a comprender la necesidad de cumplir las recomendaciones que en ella se detallan y a mejorar las actuaciones por parte del personal de enfermería. Durante los meses de marzo y abril del año 2016 se realizaron en la unidad mediciones del consumo de las soluciones alcohólicas, detectándose un considerable aumento del gasto de estas. Otro punto interesante a mencionar es la señalización con cartel en tamaño bien visible de la ubicación de las soluciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blásquez Garrido RM, Palazón Ruiz P. Documento para la prevención de enfermedades transmisibles en el medio hospitalario. Hospital JM Morales Meseguer 2013; 1-15.
2. Coordinadores: Blanquer J, Gimeno MA. Separ. Medidas preventivas para el control de las enfermedades respiratorias y de transmisión aérea. 2010. ISBN Módulo 19: 978-84-937553-8-6

CAPÍTULO 13. ACOGIDA AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE NUEVA NEOPLASIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

AUTORA

Carmen Tornel Costa

Enfermera. Hospital de Día Médico. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente recibe la orden médica de administración de quimioterapia (QT) por primera vez, acude a enfermería para tramitar y que se haga efectivo ese tratamiento en el Hospital de Día Médico¹.

Es frecuente que paciente y familia, en mayor o menor grado, acudan con ansiedad, incertidumbre, preocupación y cierta confusión por la leyenda de la calle (los mitos). La enfermera que se encarga de la acogida en la Consulta de Enfermería tiene la función de ofrecerles seguridad, información estandarizada y documentación para conocer su tratamiento (las realidades), educación para el manejo de los efectos secundarios en su domicilio (cómo cuidarse durante la quimioterapia), información sobre el equipo y los circuitos del Hospital de Día Médico (HDM), herramientas sobre el manejo de la ansiedad y la conveniencia de adoptar una actitud de autocuidado durante su proceso, así como las herramientas de contacto mediante teléfono (triaje telefónico UKONS) y/o correo electrónico.

Se constata que esto genera confianza, menor número de visitas innecesarias al hospital y prontitud para las visitas necesarias.

OBJETIVO

Describir la actuación de enfermería durante la acogida al paciente diagnosticado de nueva neoplasia receptor de quimioterapia.

METODOLOGÍA

En febrero de 2014 se puso en marcha la Consulta de Enfermería para acoger-recibir al paciente que inicia tratamiento oncológico intravenoso y a su familia, como resultado de una demanda de oncólogos, enfermeras y pacientes, con un espacio individualizado y personalizado. La consulta es atendida por una enfermera de Oncología con un ordenador con acceso a Selene, Farmis-Oncofarm (programa informático que manejan oncólogo, farmacia y enfermería), y acceso también a internet, una dirección de correo electrónico para pacientes y un teléfono directo con línea exterior.

Explicamos al paciente qué ha de hacer en la siguiente visita con el médico. Su QT dependerá de dos factores importantes: la clínica (cómo le ha sentado el primer ciclo) y su analítica. Si todo está bien, el oncólogo le prescribirá el segundo ciclo. Aseguramos que iremos paso a paso, escalón a escalón, comprobamos que la QT es llevadera, y así se le manifiesta al paciente.

Fase de presentación

Se presenta la enfermera y se comprueban los datos demográficos del paciente, corrigiendo si hay algún error (fecha de nacimiento que no coincide con el DNI, teléfono que no es actual, etc.). Este es un buen momento para decir al paciente que no ha de compararse con nadie (si su número y letra de DNI son personales, su ADN y su respuesta al tratamiento también lo son)². Se le informa de que en ese momento está siendo preparado su tratamiento en Farmacia y, por tanto, estamos aprovechando el tiempo. Es necesario el acuerdo entre, al menos, los cuatro eslabones importantes de la cadena: el paciente-familia, el oncólogo, el farmacéutico y la enfermera. Y es importante que nos adaptemos unos a otros. Por ejemplo, el tratamiento se puede administrar por la mañana, por la tarde o al día siguiente, según las posibilidades de los pacientes y nuestra organización: en cuanto al horario, es distinto el caso de una madre con niños pequeños que el de una persona adulta autónoma que está de baja laboral, o el de un anciano que depende de la jornada laboral de sus hijos para acudir al hospital.

Es el momento de transmitir conceptos básicos sobre quimioterapia, de conocer la información que tiene el paciente sobre su tratamiento, lo que más le preocupa, su trabajo profesional y el de quienes le acompañan, la relación o el parentesco entre ellos, etc. Si acude solo/a, conviene conocer su situación concreta (si se debe a problemas de horario, familiares, sociales, etc.).

En este momento se comprueban las alergias y los fármacos que el paciente está tomando diariamente. Si es diabético o hipertenso, será fácil que ambos campos se vean alterados a corto o medio plazo, según su tratamiento, por lo que se le proporcionarán indicaciones concretas.

Asimismo, se comenta el plan previsto que le ha comunicado su oncólogo: periodicidad, de qué dependerá su siguiente ciclo, y la importancia de acudir con anotaciones sobre los efectos adversos que ha sufrido entre el primer y el segundo tratamiento, así como las dudas que han surgido. Conviene llevar una agenda.

La enfermera hace una valoración de las necesidades y se asegura de que no quedan aspectos descubiertos a los que el paciente no sepa cómo enfrentarse en su domicilio.

Se ha elaborado un formulario oncológico que se encuentra en espera de su incorporación a Selene para que todo el equipo pueda disponer de esa información.

Fase de explicación de administración de fármacos

Es importante que el paciente y la familia se muestren predispuestos a recibir información. Llegado este momento, hay que verificar su actitud: si aceptan porque no hay más remedio o si, por el contrario, tienen una actitud colaboradora. Son dos planteamientos distintos: estoico y, por tanto, vulnerable a altibajos descontrolados, o colaborador y con ánimos de superar etapas.

Se comprueban una vez más el peso y la talla del paciente, e informamos de que su tratamiento es adaptado, por lo que la dosis dependerá del protocolo y de su superficie corporal. Le invitamos a que notifique los cambios significativos de peso (mayor o menor de 5 kg).

Una pregunta frecuente es “¿cuánto durará mi tratamiento?”. Y la respuesta es según esquema y protocolo, pero también existe un margen para imprevistos y/o reacciones adversas durante la administración.

Se advierte al paciente de que no ha de notar nada mientras se le administra la QT, ni a nivel local de la vena ni en el resto del cuerpo. Si se presenta picor de garganta, zumbido en los oídos, sensación de calor interno o cualquier otro síntoma, deberá decirlo de inmediato. En ese caso, pararemos, premedicaremos y, generalmente, desaparecerán los síntomas. Es el momento también de hacer una valoración de las venas del paciente, ya que puede precisar vía central mediante catéter central ecoguiado de inserción periférica o reservorio o, por el contrario, presentar buena accesibilidad periférica. También en aquellos pacientes sometidos a linfadenectomía axilar hay que reforzar los cuidados del brazo para prevenir el linfedema. Todo el capítulo de acceso venoso depende de tres eslabones fundamentales: el paciente, el oncólogo y la enfermera, así como sus indicaciones, beneficios y dificultades.

Si algún citostático tiene recomendaciones especiales, como evitar ingesta de alimentos o líquidos fríos, lo advertimos en este momento, así como los posibles cambios en el color de la orina.

Repasamos con el paciente la Hoja de Control de Quimioterapia proporcionada por el oncólogo sobre los efectos adversos que se pueden presentar en el domicilio y la medicación que ha de tomar durante los días siguientes para evitar las náuseas. Hay pacientes que también reciben QT oral asociada a la intravenosa, en cuyo caso se refuerzan la información y el acceso a Farmacia del hospital. Nuestro objetivo ha de ser que el paciente se encuentre lo mejor

posible: cero dolor, cero náuseas, cero malestar. Sabemos que será un reto, que algunas veces no se conseguirá, pero este es el fin que debemos perseguir. Y si surge un problema, hemos de ponerle solución.

Fase de educación sanitaria para los autocuidados

Damos al paciente el tríptico *Consejos para el paciente con quimioterapia*, y comentamos los puntos centrales del mismo: ¿qué es la quimioterapia?, ¿cómo y dónde se administra?, ¿qué tipo de vida se debe llevar?, ¿qué alimentación se debe seguir? (importancia del ejercicio físico, según las capacidades del paciente, y la ingesta de dos litros de agua diarios), otros consejos (cuidado de la piel, la boca, etc.), horario y contactos.

En cuanto a la alimentación, hay que conocer los hábitos alimentarios de la persona y proporcionar consejos básicos de nutrición. Se muestra la pirámide de los alimentos de la dieta mediterránea, y potenciamos este aspecto con el objetivo de establecer un mínimo y un máximo de nutrición, derribar mitos y dejar abierta la puerta a cualquier sistema alimentario por el que quiera optar el paciente.

La adherencia al tratamiento será distinta si se contempla como una herramienta que tenemos para controlar la enfermedad y desterramos el mito de que es “veneno”.

Conocer para cuidarse es distinto de sentir predisposición para sufrir todos los efectos adversos posibles. Ciertamente, se presentan en algunos pacientes efectos adversos de importancia, que requieren ingreso hospitalario, pero también sabemos que aquellos pacientes que saben cómo cuidarse y dónde encontrar las alertas toleran mejor su tratamiento, y tienen recursos para controlar los efectos desde el principio.

En algún momento de la consulta es bueno preguntar al paciente qué es lo que más le preocupa: a muchas personas les preocupa la caída del pelo; a otras, la situación familiar o laboral; y en algunos casos, la propia salud, que ven mermada.

El hecho de que el paciente disponga de un teléfono directo para consultar dudas supone otra herramienta de confianza. Se reciben llamadas relacionadas con efectos secundarios, con dudas porque el paciente no acabó de entender algo y con otros motivos. Con respecto al grado de toxicidad, seguimos triaje según los grados e intervención. Se trata de precisar de la forma más ajustada posible el problema del paciente en su domicilio y la solución que le ofrecemos.

Los grados 1 y 2 los maneja la enfermera, mientras que los grados 3 y 4 dependerán del oncólogo y/o de Urgencias. A modo de ejemplo³:

Toxicidad	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Náuseas ¿Cuántos días? ¿Cuál es la ingesta oral del paciente? ¿Está tomando los antieméticos que le prescribieron? ¿Diuresis?	Ninguna	Capaz de comer/beber aceptablemente Revisar prescripción de antieméticos	Capaz de comer/beber, pero significativamente menos Revisar antieméticos de acuerdo al protocolo	No ingesta significativa Organizar valoración urgente	

<p>Mucositis oral</p> <p>¿Cuántos días?</p> <p>¿Tiene úlceras en la boca?</p> <p>¿Hay alguna evidencia de infección?</p> <p>¿Puede beber y comer?</p> <p>¿Diuresis?</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Úlceras indoloras, eritema, molestias leves que permiten comer/beber</p> <p>Usar enjuagues según recomendaciones</p>	<p>Eritema doloroso, edema o úlceras pero capacidad para comer/beber</p> <p>Continuar con enjuagues orales, beber abundante líquido y usar analgésicos</p>	<p>Eritema o úlceras dolorosas que dificultan comer y beber</p> <p>Organizar valoración urgente</p>	<p>Necrosis mucosa o requerimiento parenteral o enteral</p> <p>Organizar valoración urgente</p>
<p>Diarrea</p> <p>Valorar si hay infección</p> <p>¿Duración?</p> <p>¿Cuántas veces en 24 horas?</p> <p>¿Tiene dolor o malestar abdominal?</p> <p>¿Cuánto dura el dolor?</p> <p>¿Ha tomado alguna medicación?</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Aumento en 2-3 deposiciones/día más de lo habitual</p> <p>Aumentar líquidos Coprocultivo Considerar antidiarreico</p>	<p>Aumento de 4-6 deposiciones/día, diarrea nocturna o dolor cólico moderado</p> <p>Beber mucho líquido Coprocultivo Considerar antidiarreicos</p>	<p>Aumento de 7-9 deposiciones al día o incontinencia o dolor cólico intenso</p> <p>Organizar valoración urgente</p>	<p>Aumento > 10 deposiciones al día, diarrea con sangre o necesidad de soporte parenteral</p> <p>Organizar valoración urgente</p>
<p>Estreñimiento</p> <p>¿Cuándo fue la última deposición?</p> <p>¿Cuál es su ritmo normal?</p> <p>¿Tiene dolor abdominal o vómitos?</p> <p>¿Ha tomado algún tratamiento?</p>	<p>Ninguno</p>	<p>Leve-no deposición en 24 horas</p> <p>Consejos dietéticos, aumentar ingesta de líquidos, revisar medicación de soporte</p>	<p>Moderado: no deposición en 48 horas</p> <p>Si dolor o vómitos asociados, considerar rojo Revisar ingesta de líquidos y sólidos Recomendar laxante</p>	<p>Grave: no deposición en 72 horas</p> <p>Organizar valoración urgente</p>	<p>Ileo paralítico > 96 horas</p> <p>Organizar valoración urgente</p>

También el paciente o la familia pueden contactar vía e-mail mediante el correo corporativo de la consulta, que se facilita en el tríptico citado anteriormente.

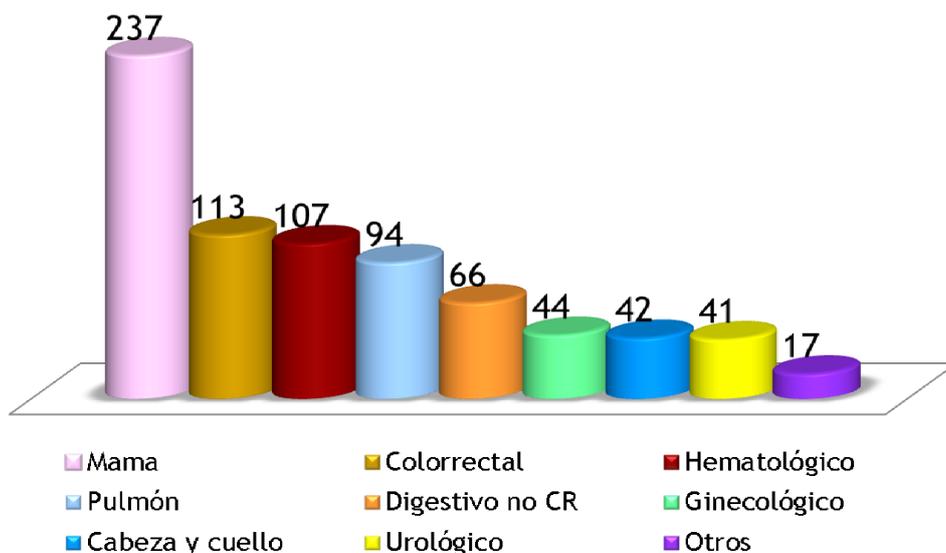
Los fármacos citostáticos presentan toxicidades distintas según el esquema que lleva cada paciente. A modo de ejemplo:

Toxicidad	Taxol	Taxol-Carbo	Carboplatino	Carbo-Etopósido	Cisplati-Etopósido	Cisplati-Gemcit
Náuseas-vómitos						
Diarrea						
Estreñimiento						
Neutropenia						
Trombopenia						
Anemia						
Mucositis						
Alopecia						
SD.PP						
T, ungueal						
Neurotxperif.						
Ototoxicidad						
R. alérgica o infusional						
Nefrotoxicidad						

Entre la documentación facilitada figuran: cuadernillo [Cuidar en Oncología](#), [Guías y cuadernos sobre ejercicio físico y nutrición \(mama\), alimentación y calidad de vida \(páncreas\), cuestiones más frecuentes sobre cáncer colorrectal, pulmón](#), etc.

Al facilitar información reglada y precisa nos aseguramos de que el paciente ha entendido cómo cuidarse. Es importante ser capaces de transmitir, desde la consulta, la esperanza, confianza, cercanía y seguridad que los pacientes necesitan en la mayoría de los casos

En el año 2015 fueron atendidos en la Consulta de Enfermería 761 pacientes que iniciaron QT y 29 recidivas, que se distribuyeron por diagnóstico de la siguiente manera:



CONCLUSIONES

Se ha constatado a nivel de los profesionales médicos y enfermeras que los pacientes viven mejor su tratamiento y que acuden al médico con preguntas más concretas, con anotaciones, con mejor información y más colaboradores. Las enfermeras que administran los tratamientos refieren encontrar al paciente más relajado y con más confianza. Son datos que no hemos evaluado a nivel científico, solo empírico, y sabemos que nos queda mucho por mejorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en oncología médica. Versión 2.0. Abril 2015. Morales Meseguer.
2. Protocolos de quimioterápicos. Servicio de Farmacia Hospital Morales Meseguer.
3. Cordellat AB, Caballero C, Camps Herrero C. Servicio de Oncología Médica Hospital General Universitario de Valencia. Toxicidad de los tratamientos antineoplásicos. Mayo 2012.

CAPÍTULO 14. PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL DRENAJE PLEURAL. INFORMACIÓN SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DRENAJE PLEURAL A PIE DE CAMA

AUTORAS

Isabel María López Santo

Enfermera. Servicio de Neumología. Hospital Morales Meseguer

María Jesús Sánchez Carreño

Enfermera. Servicio de Neumología. Hospital Morales Meseguer

Pilar Crespo Paesa. Enfermera

Supervisora de Enfermería. Unidad de Neumología. Hospital Morales Meseguer



INTRODUCCIÓN

El drenaje pleural (DP) es un procedimiento común en la práctica clínica de los pacientes hospitalizados con patología pleural, pero es evidente que existen importantes variaciones en su utilización y manejo¹. El drenaje inapropiado a través del tubo pleural suele deberse a acodamiento, obstrucción por líquido, posición incorrecta, tabicación del derrame pleural o formación de una capa fibrosa sobre la pleura visceral que impide su expansión. Algunas de estas causas pueden ser prevenibles con un correcto manejo del DP². Proporcionar un cuidado apropiado de los drenajes pleurales es esencial para prevenir las complicaciones menores del tubo pleural: líquido peritubo, sangrado peritubo, inflamación/infección de zona de inserción. La elección del tipo de catéter y de su técnica de colocación dependerá del criterio de la unidad clínica en la que se le inserte. Actualmente se realiza por facultativos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Rayos, Neumología y Cirugía, y los pacientes con drenajes pleurales pueden estar ubicados en diferentes unidades hospitalarias. Por tanto, es evidente que existe variabilidad y falta de estandarización tanto en la técnica de inserción como en la elección del tipo de catéter y el cuidado del DP³. Todo esto, sin duda, acarrea problemas de seguridad, déficit de calidad en la atención adecuada a los pacientes con DP y, en definitiva, influye en la evolución del paciente⁴.

OBJETIVOS

- Asegurar el cumplimiento de cuidados estandarizados al paciente con DP.
- Aumentar la seguridad del paciente portador de DP y fomentar su autonomía.

METODOLOGÍA

Estudio observacional prospectivo de indicadores de proceso y resultado, y evaluación antes-después de dos años de duración; se realiza ciclo evaluativo de la calidad asistencial. Se ajustan a los criterios de inclusión todos aquellos pacientes portadores de DP terapéutico ingresados en cualquier planta de hospitalización. Se realizó un estudio médico-enfermero conjunto en el que se midieron complicaciones desde un punto de vista médico y, por otro lado, se evaluaron criterios en base a los cuidados enfermeros principales.

Fuente de datos: hoja de ingresos de admisión, historia clínica en formato papel y electrónico (Selene), hojas de recogidas de complicaciones y hoja de medición de criterios.

VARIABLES ESTUDIADAS

- El médico que realiza la colocación de catéter (especialidad).
- Día de medición.
- Día de retirada de catéter.
- Registro en historia de enfermería.

CRITERIOS EVALUADOS

- Cr1. Registro diario del nivel de drenaje pleural en historia clínica.
- Cr2. Curas diarias.
- Cr3. Anotación de incidencias en registro de enfermería.
- Cr4. Registro de órdenes médicas en el tratamiento, mención del drenaje.
 - Cr4.1. Indicación en tratamiento del nivel de aspiración del sistema.

- Cr5. Exactitud en el llenado del nivel de líquido del sellado de agua.
- Cr6. El nivel de aspiración del sistema coincide con lo marcado en tratamiento o, en su defecto, con -15-20 mmHg.
- Cr7. Existencia de información verbal o escrita sobre la movilización al paciente.
- Cr8. La movilización del paciente se realiza con tubo estanco.

Complicaciones observadas

- Menores: existencia de líquido peritubo, existencia de sangrado peritubo, inflamación/infección de la zona de inserción, nivel de dolor en la zona de inserción.
- Mayores: enfisema subcutáneo, salida de tubo de la cavidad pleural, aparición de neumotórax en el control radiológico de un paciente que no lo presentaba en estudios anteriores a la inserción del catéter.

Análisis estadístico (variables expresadas como media \pm desviación estándar y porcentajes, comparación de variables Chi² y T de Student), procesamiento de datos y propuestas de mejora o intervenciones.

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar perteneciente al Servicio de Neumología para la búsqueda y análisis de evidencias y elaboración de protocolos/manual de procedimientos.

Se realizan sesiones informativas (*feedback*) en cada unidad de hospitalización implicada en el estudio. Incluyen presentación y objetivos del estudio, resultados de criterios de calidad y detección de complicaciones, propuesta y discusión de medidas de mejora.

Resultados 1ª evaluación (pre-análisis de situación), mayo-diciembre 2009: se realizan 162 mediciones en 46 pacientes, 35 en Cirugía (21,6%), 74 en Neumología (45,7%), 17 en UCI (10,5%), 18 en Oncología (11,1%) y 18 en otras unidades (11,1%).

Etiología: 55 neumotórax espontáneos (34%), 104 empiemas (62,2%), tres neoplasias (1,9%). Incumplimiento de criterios: Cr1 31,9%, Cr2 47,3%, Cr3 89%, Cr4 83,6%, Cr4.1 80%, Cr5 17,7% cuando se indica en tratamiento, Cr6 22,9%. Se desestiman los criterios Cr7 y Cr8 por la dificultad de medición.

Existen diferencias significativas entre los servicios y el cumplimiento de los criterios. Se encontraron 16 complicaciones menores (salida de líquido, inflamación o sangrado peritubo y dolor) (34,8%) y 12 complicaciones mayores (%): cinco enfisemas subcutáneos (10,9%), siete neumotórax (15,2%) y cuatro salidas accidentales de catéter (8,7%). No encontramos diferencias significativas entre el tipo de catéter utilizado y las complicaciones derivadas.

La calidad de cuidados en el paciente con drenaje pleural es mejorable. Tiene especial relevancia la ausencia en la cumplimentación de las órdenes médicas en tratamiento. Existe un elevado porcentaje de complicaciones mayores. Durante la recogida de datos a pie de cama en las diferentes unidades, vemos que los pacientes portadores de DP acaban convirtiéndose en pacientes encamados por parte del personal sanitario, y que el propio paciente no se moviliza por temor y desconocimiento del manejo del drenaje.

Intervenciones realizadas

Por facultativos:

- Protocolo de inserción del drenaje pleural terapéutico.
- Hoja de tratamiento médico en letra impresa (texto y formato electrónico) del tubo pleural que indica los

cuidados inmediatos del tubo tras la colocación en la consulta de Neumología.

Por enfermeras:

- Protocolo de cuidados de drenajes pleurales terapéuticos con inclusión de anexos de manejo:
 - Anexo I: Hoja de monitorización del drenaje pleural (HMDP).
 - Anexo II: Flujograma protocolo de instilación de fibrinolíticos.
 - Anexo III: Hoja informativa para el paciente portador de drenaje pleural *Usted lleva un drenaje pleural, debe atender estas recomendaciones.*



Protocolo de Cuidados en Drenajes Torácicos

- Anexo IV: Flujograma protocolo de cuidados de movilización/traslado/posición al paciente portador.
- Anexo V: Dibujo explicativo del sistema de drenaje.
- Anexo VI: Flujograma protocolo de cuidados en el lavado (permeabilización del tubo).
- Anexo VII: Flujograma protocolo de cuidados por turno y cada 24 horas en un drenaje pleural.

Anexo III

Usted lleva un drenaje torácico debe atender estas recomendaciones



Por su seguridad

- El sistema (que contiene el líquido) NUNCA debe subirse por ENCIMA del nivel donde lleva colocado el tubo en el tórax.
- No debe realizar movimientos bruscos por el riesgo de moverlo o arrancarlo de su posición
- No debe tocar o manipular el tubo ni el sistema
- No se apoye directamente sobre el tubo
- No fije el tubo a la cama o al sillón
- No vuelque el sistema (que contiene el líquido).
- Si se vuelca el sistema avise
- Si tiene que ir al aseo, avise para que le desconecten la aspiración.
- Si nota el apósito mojado, algún ruido extraño avise.

Por su comodidad

- Puede acostarse del costado donde lleva el tubo, pero con cuidado de no presionarlo, doblarlo o estirarlo.
- Utilice almohadas para estar más cómodo y buscar la postura menos forzada posible
- Si puede y quiere levantarse al sillón consulte antes a enfermería
- Si le duele avise
- En el aseo evite mojar el apósito que protege al tubo

Para su recuperación

- Utilice el *espirómetro incentivador* (bolitas) que le facilitarán, unas cinco o seis veces al día.
- Esto ejercitará su musculatura respiratoria.

- Vídeos que facilitan a enfermería el manejo del drenaje (lavado de permeabilización, instilación de fibrinolíticos, cambio de contenedor de drenaje).
- Vídeo de explicación de técnica de inserción del catéter.
- Se imparten 20 talleres formativos de una hora de duración sobre los drenajes torácicos, dirigidos a médicos residentes, enfermeros, auxiliares y celadores. Se presenta un PowerPoint con el protocolo y anexos, y un audiovisual con inserción del catéter, manejo del drenaje y realización de lavado de permeabilización del catéter e instilación del fibrinolíticos.

Medición prospectiva de indicadores de proceso: resultado, comparación de estándares de calidad y evaluación antes-después.

Población: pacientes hospitalizados en área médico-quirúrgica portadores de DP.

Fuente de datos: hoja de monitorización de DP (HMDP), monitorización de cinco indicadores de proceso (estándar 90%) y dos de resultado: complicaciones mayores (estándar < 5%) y menores.

Análisis estadístico: variables media \pm desviación estándar y %.

Resultados 2ª evaluación (post-resultados), noviembre 2010-febrero 2011: transcurridos seis meses desde la finalización del ciclo de mejora y la aplicación de las intervenciones, se comparan los resultados con el análisis de

situación. Se evalúa sobre 14 pacientes portadores de DP hospitalizados. Las complicaciones se comparan con los datos obtenidos en la primera evaluación. Drenaje total diario: $95,2 \pm 5,9$. Autonomía de los pacientes: $80,1 \pm 28,1$. Fijación del tubo $90,2 \pm 7,7$. Comprobación de sello de agua $90,2 \pm 7,7$. Complicaciones mayores 2009 *versus* 2011: neumotórax 7/29 (24%) vs. 0/14 ($p = 0,117$); salida accidental catéter 4/29 (13,8%) vs. 0/14 ($p = 0,368$). Complicaciones menores: inflamación 12/29 (41,4%) vs. 4/14 (28,6%) ($p = 0,63$); enfisema 5/29 (17,2%) vs. 3/14 (21,4%) ($p = 0,93$).

Total complicaciones mayores 2011 vs. 2009: 0/14 vs. 11/25, $p = 0,02$.

Total complicaciones menores: 7/14 vs. 17/25, $p = 0,83$.

CONCLUSIONES

Tras la evaluación inicial se observa que la calidad asistencial y seguridad del proceso de atención al paciente con drenaje pleural es mejorable, la mayoría de los criterios evaluados presentan incumplimientos elevados y se registra un elevado porcentaje de complicaciones mayores. Se decide, como consecuencia, el diseño de herramientas de estandarización de los cuidados y un amplio despliegue formativo que consiga una elevada participación.

En la Unidad de Neumología se implantan cambios en el recibimiento del paciente a planta tras la inserción del catéter: se realiza una revisión de catéter-drenaje-paciente siguiendo el esquema del Anexo VII (plastificado y expuesto en el panel informativo del control de enfermería), que nos ayudará a realizar el registro en la HMDP. A pie de cama del paciente se coloca el Anexo III (plastificado) y se les explica al paciente y a la familia cómo movilizarse con el DP, cómo adoptar medidas de confort en cama-sillón-aseo, se fomenta la autonomía en sus cuidados, se informa sobre cómo manejar el DP en sus desplazamientos cama-sillón-aseo y se advierte de que se debe avisar ante cualquier problemática que se presente. Posteriormente se realiza el seguimiento conforme a cuidados diarios y por turnos estandarizados en la HMDP.

Tras la implantación de medidas, la monitorización de proceso y resultado en pacientes con DP hospitalizados se encuentra dentro de los estándares de calidad definidos. Se observa que las complicaciones mayores se han reducido tras el ciclo de mejora. Se consigue un mayor conocimiento del manejo del drenaje pleural por parte del personal sanitario y con ello aumenta la seguridad del propio paciente.

La puesta en marcha del protocolo implica un cambio cualitativo en el manejo clínico del paciente con drenaje pleural, pero es en la Unidad de Neumología donde se aprecia este cambio, ya que es en esta planta donde realmente se aplica el protocolo, donde se registra en la hoja de monitorización de cuidados de DP (HMDP) y donde se aplica el flujograma de cuidados cada 24 horas y por turno del drenaje (Anexo VII).

Posteriormente, con la vuelta al manejo de la historia clínica en sistema informático Selene, se decide incluir la hoja de monitorización de cuidados de DP (HMDP) como parte de los formularios de enfermería. Aunque se divulga su existencia, sigue siendo escaso su uso fuera de la nuestra unidad.

Actualmente, estamos iniciando un nuevo ciclo de mejora para actualizar el protocolo de cuidados y anexos. Una vez terminado, se incluirá en la intranet del hospital, en la sección de enfermería, Unidad de Neumología. Se informará a los supervisores de su existencia y de la HMDP en Selene, para que lo transmitan a su propio personal y conseguir así aplicarlo al resto de unidades hospitalarias, esperemos que con los mismos resultados favorables de nuestra unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon PA, Norton JM, Merrell R. Refining chest tube management: analysis of the state of practice. *Dimension of CritNursing* 1995; (14): 6-1.
2. Law D, Neville J. Duffy on behalf of the British Thoracic Society Pleural Disease Group. BTS guidelinesfortheinsertion of a chestdrain. 2003.
3. Stacey B, Gross RN. Current challenges, concepts, and controversies in chest tube management. *AACC ClinicalIssues* 1993; (2): 4.
4. Lechwaldt D, Timmins F. The need for nurses to have in service education to provide the best care for clients with chest drains. *J NursManag* 2007; (15): 142-8.

Miembros de la Comisión de Cuidados del Área VI-Vega Media del Segura. Servicio Murciano de Salud

PRESIDENTE

Juan Antonio Martínez García Director de Enfermería

VICEPRESIDENTA

Josefa Patricia Moreno Pina Supervisora de Área. Continuidad de Cuidados

SECRETARIA

María del Carmen Pérez García Supervisora de Docencia y Formación Continuada

VOCALES

Jesús Leal Llopis Supervisor de Calidad e Investigación

M^a Jesús Ortells Rodríguez Supervisora de Área. Servicios Centrales

Remedios Pérez Rico Enfermera. Consultas Externas

Javier Cano Martínez Supervisor de Enfermería. Unidad de Enfermería de Neurología

Ester Arredondo Sánchez Enfermera. Unidad de Enfermería de Medicina Interna

M^a Dolores Cuevas Atienza Enfermera. Cuidados Paliativos. Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria

José Domingo Avilés Aranda Enfermero Mentor

Mercedes Calvo Bohajar Supervisora de Enfermería. Unidad de Enfermería de Enfermedades Infecciosas

Isidora Nuria Sánchez Valero Responsable de Enfermería. C.S. Fortuna

M^a Luisa Vidal Maestre Matrona. C.S. Vistalegre-La Flota

M^a Isabel Sánchez Oró Supervisora de Enfermería. Unidad de Enfermería de Medicina Interna

Encarnación Martínez Sánchez Subdirectora de Enfermería. Continuidad de Cuidados

Miguel Clemente Moñino Responsable de Enfermería. C.S. Sta. M^a Gracia

Ana Maravillas González Fajardo Supervisora de Enfermería. Unidad de Enfermería de Salud Mental

Félix Peñalver Hernández Supervisor de Área. Recursos Materiales

Actualización: Enero 2016

Fotografías de las jornadas







