

TÚ CUIDAS



Atención del paciente terminal

Normas de publicación

■ Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería TÚ CUIDAS desde el momento del envío voluntario de sus trabajos, a los cuales acompañará una fotocopia del DNI y una declaración expresa sobre la titularidad del texto e imágenes que acompañen al mismo. Sería deseable, aunque no imprescindible, disponer de una fotografía del autor o autora, para ilustrar el final del artículo.

■ Serán publicados aquellos trabajos enviados directamente a la dirección editorial de TÚ CUIDAS redaccion@laenfermeria.es y aceptados por el comité editorial.

■ Formato de envío de los artículos:
Formato Word, fuente Arial, tamaño 11, interlineado sencillo, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes / gráficos y/o tablas ilustrativas (referenciar el orden en el texto). Abstenerse de insertar notas a pie de páginas; la corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.

■ El envío de trabajos a TÚ CUIDAS implica la aceptación de las normas de presentación.

■ Estructura de presentación trabajo / artículo científico:

1. Título y autor o autores:

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. E-mail de contacto autor principal para la publicación.

2. Resumen y palabras clave:

Se presentará un resumen con un máximo de 50 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos / resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se han llegado o plantear una discusión. Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.

3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

• **Introducción:** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el trabajo presentado.

• **Material y métodos:** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados (R. Humanos y / o R. Materiales). Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle. Los fármacos y productos químicos utilizados, deben ser referenciados incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración.

• **Resultados:** Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto. En el texto sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá exceder del 50% del número de páginas del texto.

• **Discusión:** En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo y se presentan las conclusiones. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas.

• **Agradecimientos:** Los agradecimientos sólo deben aplicarse a aquellas personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al trabajo presentado.

• **Referencias bibliográficas:** Se presentarán al final del trabajo y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto. En éste sólo se incluirá el número arábigo de la referencia correspondiente impreso en forma de exponente. Las referencias deberán ajustarse a las normas adoptadas por la U.S. National Library y por el Index Medicus.(1, 5, 6). Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado por Index Medicus.

■ Se autoriza la libre distribución de la revista TÚ CUIDAS en formato digital, así como de su contenido, siempre y cuando se cite la fuente original del enlace permanente <http://www.laenfermeria.es/revista.html> y al autor o autores de los artículos citados; se puede contactar con el autor o autores de los artículos directamente, mediante correo electrónico.

Dirección:

Dina Inmaculada Peirona Henríquez
Julián Peyrolón Jiménez

Edita / Colabora

laenfermeria.es

Comité Asesor y Colaboradores:

Marisa de la Rica Escuin
Francisco José Celada Cajal
Manuel Gago Fornells
Pedro Ruimán Brito Brito
Montserrat Prado Rodríguez-Barbero

**Redacción, envío de artículos y contacto
para información:**

Profesor Peraza de Ayala nº3 5ºD
38001 S/C de Tenerife / +34 630754596
redaccion@laenfermeria.es

Depósito Legal:

J-219-2007

ISSN 1887-7222

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN:

Distribución gratuita

INFORMACIÓN PUBLICIDAD:

<http://www.laenfermeria.es>
E-mail: publicidad@laenfermeria.es

TÚ CUIDAS no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, ni se identifica necesariamente con ellas; esto es extensible a los textos, ilustraciones e imágenes aportadas, de las que se declaran autores y libres de derecho a terceros.

Si desea distribuir **TÚ CUIDAS** a través de un sitio Web u otro medio, puede hacerlo con total libertad, siempre y cuando el lector reciba la publicación de forma gratuita y no modifique el formato.

El programa de radio más antiguo (1930), ya ha viajado a través de 100.000 estrellas.

Micro-organismos han vuelto a la vida tras estar más de 3 millones de años congelados.

Los perros avisa-ataques pueden alertar a sus dueños hasta una hora antes del inicio de un ataque epiléptico.

La forma más segura de transporte es el ascensor.

El medio de transporte más peligroso es la bicicleta.

La tuberculosis es el mayor asesino global de mujeres.

“ Un feto femenino de 5 meses tiene 7 millones de óvulos en sus ovarios, pero al alcanzar la pubertad, únicamente dispondrá de unos 300.000.

Cada mota de polvo contiene un millón de millones de átomos.

A lo largo de su vida, un corazón humano bombea sangre como para llenar 100 piscinas olímpicas.

Bienvenidos a nuestro sexto número

Haciéndonos un hueco en la apretada agenda, aprovechamos para maquetar y poner a vuestra disposición un nuevo número, fruto de la ilusión y el trabajo de todos los que continuamente nos hacéis llegar vuestras aportaciones, y del equipo que selecciona los artículos de mayor interés.

En nuestro editorial, un habitual, Manuel Gago, se encarga de hacer una reflexión sobre las competencias, el conocimiento enfermero y la Ley del medicamento, presentando sin pelos en la lengua, como es su costumbre, su apasionada y personalísima visión sobre dichos temas.

Hace unos meses Lola Montalvo nos hizo llegar un ejemplar en formato digital de su novela "A ambos lados", de la que disfrutamos mucho en la redacción, así que hoy aprovechamos para hacerle una reseña y daros la oportunidad a todos de descargarosla y enfrascaros en su lectura.

Montserrat Prado y Pedro Ruimán Brito, dos nuevas incorporaciones, nos traen un artículo sobre los cuidados de enfermería ante el paciente traqueostomizado y la resolución de un caso pediátrico mediante el modelo AREA respectivamente.

Una habitual, inscansable y siempre motivada Marisa de la Rica, reflexiona sobre el ámbito de su competencia, los cuidados paliativos.

Por último, las habituales secciones de pasatiempos para adultos y niños, así como noticias relacionadas con el mundo sanitario.

Como en cada ocasión, agradecer una vez más, a nuestros colaboradores su confianza, así como la calidad e interés de los temas propuestos, aprovecho la ocasión para recordaros que desaparece definitivamente el formato en baja calidad, y que todos los enlaces de la revista, se han creado como hipervínculos, para facilitar el acceso.

Un cordial saludo y felices fiestas.

Julián Peyrolón Jiménez

5 Editorial

Reflexión sobre las competencias, el conocimiento enfermero y la futura Ley del medicamento.

8 Reseña literaria

"A ambos lados", una novela de Lola Montalvo.

9 La Traqueostomía

Cuidados de enfermería ante el paciente traqueostomizado.

14 Gestión clínica de cuidados

Resolución de caso pediátrico mediante el modelo AREA.

17 Cuidados paliativos

Protocolos de atención para enfermería frente al paciente terminal.

21 Protocolo de cuidados

Protocolo de atención para enfermería para paciente crítico con DVE.

22 Rincón del ocio

Un pequeño rincón para el esparcimiento.

23 El rincón de los peques

Ellos también tienen su espacio en la revista.

24 Noticias de salud

Selección de algunas noticias relacionadas con el mundo sanitario.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN SALUD QUÉ ES LO POSIBLE. CURA SECA VERSUS EN AMBIENTE HÚMEDO, ESTAMOS ANTE LA CERTEZA DE UNA QUIMERA.

Gago Fornells M¹, García González RF².

¹Enfermero. Atención Primaria. Centro de Salud "Pinillo Chico". Puerto de Sta. María. Cádiz Licenciado en Humanidades. Titulado Superior en Enfermería UEM. Master en Cuidados de Heridas crónicas. Experto en Cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Master en Gerontología. Profesor Asoc. Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Comité Director GNEAUPP. EPUAP Trustees.

²Enfermero. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Profesor Asociado Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Miembro del Comité Director GNEAUPP.

...«Y he visto que la cuna del hombre la mecen con cuentos, que los gritos de angustia del hombre los ahogan con cuentos, que el llanto del hombre lo taponan con cuentos, que los huesos del hombre los entierran con cuentos, y que el miedo del hombre... ha inventado todos los cuentos.

Yo no sé muchas cosas, es verdad, pero me han dormido con todos los cuentos... y sé todos los cuentos».

(León Felipe, Sé todos los cuentos, 1977: 137) (1)

RESUMEN

La prescripción enfermera en el campo de las heridas crónicas y otras parcelas, es algo novedoso en España, mientras que ya es una realidad en el ámbito anglosajón y nórdico. Esta nueva fuerza de empuje se sustenta en los cambios curriculares de las profesiones sanitarias, enfermeros, podólogos, fisioterapeutas, que demandan nuevos estatutos de funciones y actividades.

En la actualidad el foro de discusión español se ha hecho cívico y político y este nuevo modelo se está debatiendo a pie de calle y en mesas profesionales, colegios, asociaciones científicas sindicatos e instituciones.

Muchas veces las posturas convergen, la mayoría de las veces, mientras que otras disienten, las menos, pero el caso es que sin una relación verdadera de equipo entre la multidisciplinariedad de la salud, el avance no será posible, siendo el enfermo quién seguramente pierda en este pulso. Por ello analizamos desde este texto la capacidad y realidad del trabajo en equipo en ciencias de la salud desde el ámbito concreto y particular del cuidado de las heridas. Así mismo su extrapolación a otros países, ámbitos de actuación, funciones y actividades, queda en la mano del lector como dilema a solucionar.

¿PODEMOS EMPEZAR POR EL PRINCIPIO?

El cambio espectacular que hemos visto y sufrido en los últimos años, referidos tanto en el fondo como en la forma, al abordar el cuidado y tratamiento de las heridas crónicas, no es algo casual de una moda concreta o conveniente a unos intereses comerciales, como se ha comentado en algunos foros de opinión con cierto talante de falso inconformismo y mediocre rebeldía.

Esta evolución en el hacer clínico está sujeta al cambio de paradigma que T.S. Kuhn construyó en su obra "Las estructuras de las revoluciones científicas", al hablar de las convulsiones y giros a los que está subordinado cualquier ciencia normal (2).

El cambio de la óptica en el abordaje de las heridas crónicas, desde la cura seca expositiva hacia la actual tendencia basada en la cura en ambiente húmedo iniciada por los estudios de Winter (3), no es más que una innovación de paradigma en la ciencia del cuidado de las heridas, que entronca frontalmente con la revolución científica que Kuhn comenta en su texto, y redefine Brown (4) para cualquier «Ciencia normal».

UN ORIGEN Y UNA DISCUSIÓN CASI PARADIGMÁTICA

Este giro cuantitativo de la cura tradicional a la que se realiza con apósitos basados en la cura en ambiente húmedo, conlleva los mismos riesgos aún en diferentes escalas de comprensión, que los giros de paradigma que se produjeron cuando en física se enfrentaron los postulados de la dinámica de Isaac Newton con la física cuántica de Albert Einstein (5), sin necesidad ni tan siquiera de salvar las distancias para proteger las apariencias.

Al igual, que en cualquier contexto del acontecer científico, se evoluciona a base de convulsiones y

catarsis (6) lo cual implica una toma de postura y partido hasta mancharse por parte del científico. Por tanto el planteamiento que en la actualidad exige el cuidado integral de las heridas precisa de esta misma involucración por cuenta de sus defensores.

En consecuencia, la facilidad del cambio, el conocimiento de la modernidad a la que estamos sometidos de forma cada vez más global, cuando trabajamos con tecnología diferentes profesionales de un mismo ámbito, – en este caso la salud del individuo y la comunidad-, así como la exigencia de estar a la última genera, como dice Khun (2):

«Doblaje y redoblaje: todo es vulnerable, nada es rígido en la ciencia que conocemos y hemos conocido» (Khun, 2002: 233).

Circunstancias que para el padre de la filosofía de la ciencia contemporánea en sus declaraciones (2), obliga al profesional a actuar en consecuencia, con lo que el momento de la producción científica, basada o no en las evidencias, le depara. Situación esta totalmente exportable al momento que estamos viviendo en el cuidado y tratamiento de las heridas crónicas los diferentes profesionales implicados.

El profesional de la ciencia en cualquiera de sus disciplinas, médicos, enfermeros, podólogos, fisioterapeutas, está obligado éticamente, a actuar en y como resultado con lo que conoce y a lo que se ha asido por convicción y demostración de la experiencia común. Práctica y praxis las cuales han sido establecidas en el mismo grupo de trabajo, por profesionales de diferentes parcelas, deben de sentar sin timidez las bases del nuevo paradigma -la cura en ambiente húmedo-.

Los diferentes paradigmas que se defienden no se pueden estructurar, ni tampoco evolucionan, desde la sumisión a un estamento, institución o espacio de poder, se establecen desde la demostración, la seducción, la persuasión y la perseverancia en el bien hacer las cosas. Como apuntaría Foucault (7, 8), desde que un clínico piensa que lo nuevo puede ser mejor, siempre encontrará cerca de sí a alguien que piense que cualquier cambio supone una pérdida de poder y privilegios que no debe de ser permitida por el bien de la comunidad, que suele ser donde se amparan de manera más fácil y habitual.

Pero para que un grupo avance en el estudio de un determinado campo de la ciencia, es preciso que actúe con independencia de estamentos opresivos que se subordinen a intereses tanto de clase, como de prerrogativas (9), o se encuentren escondidos vínculos de poder y protagonismo tras postulados científicos que se autoavalan por «slogans» populistas di-

rigidos al foro profesional como: eficacia, eficiencia, rentabilidad, calidad, coste beneficio o el denostado bien común, palabras tan manidas ya que han perdido parte de su significado.

Ningún grupo de presión, -por no decir de opresión, institucional, profesional o de clase- va admitir un cambio de su realidad conocida, porque queda siempre claro y en evidencia constante, que el temor de lo que no se conoce obliga a que la acción se dirija siempre contra quien nos trae lo nuevo, por el simple hecho de no ser conocido ni estar bajo el palio de los gurús tradicionales.

LA PRESCRIPCIÓN EN HERIDAS. PODERES ENCONTRADOS O NECESIDAD DE UN NUEVO PARADIGMA

En una misma diatriba, podemos ver como en la actualidad, a fecha de hoy, se discute en el Senado y el Congreso, la nueva Ley del medicamento, la cual pretende incluir la prescripción por parte de diferentes grupos profesionales de la salud, de materiales y apósitos relacionados con al cura húmeda e incontinencia, entre otros.

Por el momento no sabemos todavía como terminará esta nueva película, ni si será firmada por Almodóvar o Spielberg, lo que si está claro es que los grupos profesionales han tomado posiciones, los cumplidores de la esencia deontológica y ética de cada gremio implicado, están situando sus postulados y sus tropas en el frente del debate público.

Mientras tanto, algunos de nuestros políticos, cada vez menos cercanos, dilucidan el tema de la forma más inteligente, al pasar de discutir el sexo de los ángeles a consolidar si estos vuelan para atrás o para delante.

Parece que una nueva realidad, que afecta a miles de profesionales y multitud de enfermos, es cosa que depende más de intereses partidistas que de necesidades básicas tan reales, que supuran y manchan nuestras salas de curas de exudados y secreciones malolientes.

Ante esta realidad, de un debate público de tanta altura, conviene recordar lo que aseveró una de las mentes más claras del siglo XX en el ámbito de la ciencia, Sir Bertrand Russell (10) cuando afirmó:

«Los científicos se esfuerzan por hacer posible lo imposible. Los políticos por hacer lo imposible posible».

Pero por si acaso, si esta afirmación nos parece pedante o demagógica e incluso demasiado severa, podemos consultar a uno de los últimos premios

«Príncipe de Asturias», el filósofo de Brooklyn (11) quien en su libro llega a decir con total consciencia y desparpajo:

«La solución del político de carrera es hacer de cada solución un problema». (Allen, 1996: 72).

Sin embargo, si a estas alturas nos parece que lo de los líderes es extraño y ajeno al marco de los profesionales, podemos mirar alrededor en nuestra práctica diaria, donde compañeros del mismo gremio y variadas categorías, enfermeras, médicos, especialistas de alto nivel y gestores de gran calado, nos deleitan con citas no menos desmerecidas tales como:

«Esto es así porque yo lo digo...»

«Toda la vida de Dios ha sido así...»

«A mi me ha ido siempre muy bien...»

«Es que yo he visto mucho...»

«Que manía con cambiar las cosas...»

«Yo soy quien soy y por eso digo como, cuando, cada cuanto y quien hace las cosas...»

Pero no es sólo desde otros estamentos, instituciones y profesionales donde el problema se enriza, eriza y potencia cada vez más en una espiral de despropósitos (8). Muchas veces, la mayoría de nuestros compañeros enfermeros desisten de tomar partido, partido hasta mancharse como diría Celaya (12) porque para ello es preciso actuar desde la nada grata responsabilidad.

Pero la responsabilidad de dar la cara supone una liberación desde el única forma posible, el estudio, trabajo y conocimiento, lo cual es siempre infinitamente más incómodo que la placidez de la sumisión y el sometimiento a la alienación, que naturalmente exige poco o ningún gasto de energía cerebral. Aunque ante esta postura, cómoda y efímera como un sofá de «Ikea», autores como Gastaldo (13) nos aseveran con total contundencia:

«Cuando las enfermeras desisten de utilizar su poder, en beneficio de otros estamentos profesionales, probablemente estén limitando la calidad de los cuidados que sus pacientes reciben». (2002: 9).

Pero la calidad en los cuidados no es gratuita, ni cae del cielo como lengua de fuego o bombona de butano –menos mal-, sino que se consigue con el esfuerzo, la constancia, la práctica, el análisis y la investigación, a fin de cuentas batiéndose día a día el cobre en el campo de batalla del conocimiento y en todos los frentes de la rutina diaria.

Nada va a ser gratuito, ni regalado por nadie, jerarquías, instituciones o grupos tradicionales de opinión, esta situación es antigua no sólo en ciencias de la

salud y en el campo de las heridas, sino en cualquier esfera de la ciencia, por tanto, como respuesta a la pregunta de si es fácil ganar la partida, simplemente merece la pena tener presente lo siguiente, que viene referenciado por Khun (2) para cualquier ciencia o evolución científica que se resiste a lo antiguo y establecido:

«¿Dirá alguna vez ese grupo que el resultado de su victoria ha sido algo inferior al progreso? Eso sería tanto como admitir que estaban equivocados y que sus oponentes estaban en lo cierto. Para ello, al menos, el resultado de la revolución debe ser el progreso cuestionable antes que el inmovilismo». (2001: 252)

CONCLUSIONES. A LA SOMBRA DE THOMAS KHUN

Pero no nos liemos ni nos desanimemos, puede que en algún momento, en el algún lugar, una gente esté trabajando según la mejor evidencia disponible; puede que los casos se pongan en común y se discutan aportando cada uno lo que sabe y lo que conoce, e incluso cabe que se disponga de los mejores materiales al mejor precio – vamos que trabajemos en la Unidad Interdisciplinar de Heridas Crónicas de Disneylandia-.

Imaginemos entonces que hasta los grades líderes hayan decidido, en un esfuerzo sobre humano, que para no hacer dar vueltas a los enfermos, la prescripción de los materiales de heridas -como en otros países-, pertenezca a los profesionales que se dedican a su cuidado en los diferentes niveles de actuación, ¿entonces qué?.

Pues si esto nos parece un sueño, busquemos las respuestas en las bases bibliográficas del ámbito onírico, donde un viejo poeta inglés Samuel Coleridge (14), sin saber que es un apósito, ni quien se lo va a poner en un enfermo, llegó a decir:

«¿Y si durmieras? ¿Y si en tu sueño, soñarás? ¿Y si soñarás que ibas al cielo y allí recogías una hermosa y extraña flor? ¿Y si cuando despertaras tuvieras la flor en tu mano? ¿Ah, entonces qué?». (1989:83)

De todas formas la situación no es para deprimirse, ni desesperarse, hay gente que trabaja de forma excelente, que se lleva bien, que incluso se ríe y hace reír a los enfermos con y para quien trabajan. ¡Ánimo!, quien no se contenta con lo que tiene, o es porque no quiere o porque no tiene otra cosa.

No hay por que preocuparse, seamos relistas y optimistas, la cosa no está tan mal, está en manos de quien tiene que estar, por tanto, en breve medio y largo plazo... puede estar todavía peor.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Felipe, L. (1977): Obra Escogida. Espasa Calpe. Madrid.
2. Khun Thomas S (2001): La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
3. Winter GD, Scales JT (1963): Effect of airdrying and dressings on the surface of a wound. Nature 197 (4): 91-98
4. Brown, Harold I (1998): La nueva filosofía de la ciencia. Tecnos. Madrid.
5. Echeverría, Javier (2003): Introducción a la metodología de la ciencia. La filosofía de la ciencia en el siglo XX. Cátedra. Madrid.
6. González, Wenceslao J (2004): Análisis de Thomas Kuhn. Las revoluciones científicas. Trotta. Madrid.
7. Foucault, Michel (1996): El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI. Madrid.
8. Foucault, Michel (1999): Estrategias de poder. Paidós. Barcelona.
9. Douglas, Mary (1998): Formas de pensar. Gedisa. Barcelona.
10. Russell, Bertrand (1999): Análisis Filosófico. Paidós. Barcelona.
11. Allen, Woody (1996): Cómo acabar de una vez por todas con la cultura. Tusquets. Barcelona.
12. Celaya, Gabriel (1976): Itinerario poético. Cátedra. Madrid.
13. Gastaldo D, Lerch A, Lunardi V, Meter E (2002): "¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la Anorexia de poder estructura patriarcal ha ido mutando". IV Congreso Internacional de Diagnósticos Enfermeros. A Coruña, 9-10 de Mayo de 2002.
14. Valverde, José María (1989): Poetas románticos ingleses. Byron, Keats, Coleridge y Wordsworth. Planeta. Barcelona.

Reseña literaria

A ambos lados

Una de las grandezas de esta sociedad cada vez más digitalizada, es la posibilidad que brindan sitios como www.bubok.es al autor, para que pueda editar sus libros, sin tener que truncar sus sueños de publicar ante la dificultad de alcanzar a un editor o el inmenso coste económico que supone disponer uno mismo la tirada en papel.

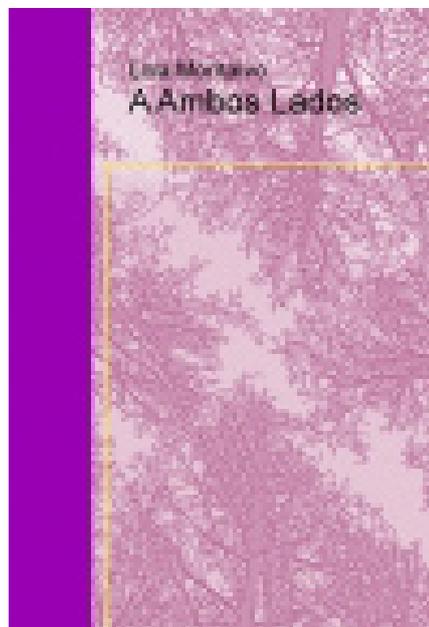
Precisamente éste es el camino por el que ha optado Lola Montalvo, para hacernos llegar su trabajo más reciente, "A ambos lados", donde a lo largo de 392 páginas, y en primera persona, hilvana una trama de tintes que rozan la novela negra, teniendo como telón de fondo el trabajo en una planta de hospitalización.

La autora recurre a su experiencia como enfermera, para describir situaciones cotidianas de la planta, técnicas de enfermería, dramas humanos, relaciones interpersonales... que sin lugar a dudas, resultarán familiares a cualquier profesional sanitario, y que terminan por generar empatía hacia la protagonista de la novela la cual, pese a la profunda soledad en la que se encuentra, saca fuerzas de flaqueza para enfrentar los problemas cotidianos, sus propios miedos, y las acusaciones sin fundamento que ponen en peligro tanto su carrera profesional, como la libertad

del hombre al que ama.

Toda una reivindicación de la profesión, alejada de los estereotipos de las series televisivas, y que, estoy seguro, será una agradable lectura, a la par que un prometedor comienzo en la novela, para su autora.

<http://www.bubok.com/libros/1979/A-Ambos-Lados>



La Traqueostomía

Cuidados de enfermería

RESUMEN

Como ya se sabe, en ciertas ocasiones, nuestro cuerpo es incapaz de hacer frente a ciertos problemas y el ser humano debe actuar para permitir que el organismo pueda cumplir todas sus funciones.

Este es el objetivo de la implantación de una traqueostomía o traqueotomía, realizar una función (permanente o eventual) sustitutiva del órgano dañado (vías aéreas superiores).

Por ello, es propio tanto del personal de enfermería como de los propios usuarios y cuidadores conocer cuales son los dispositivos que se van a utilizar, "cánulas", los cuidados posteriores a la intervención y el resto de aspectos relacionados con la evolución del paciente.

SUMMARY

Since already it is known, in certain occasions, our body is unable to face to certain problems and the human being must act to allow that the organism could fulfill all his functions.

This one is the aim of the implantation of a traqueostomía or tracheotomy, to realize a function (permanent or eventual) substitute of the damaged organ (top airways). For it, there is own so much of the personnel of nursing as of the proper users and keepers know which are the devices that are going to be in use, "cannulas", the elegant later ones to the intervention and the rest of aspects related to the evolution of the patient.

PALABRAS CLAVES

Traquea, estoma, traqueostomía, cánulas de traqueostomía, cuidados, complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía, es una técnica realizada a nivel bajo del cuello cuyo objetivo es poner en contacto el exterior con la luz traqueal.

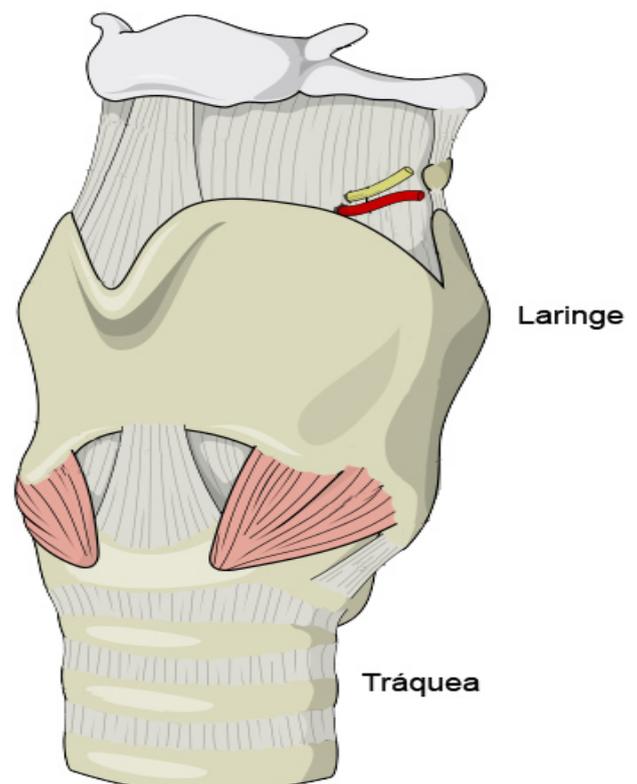
No es un método que se haya descubierto recientemente, sino que ya se utilizaba en la antigüedad, desde el Imperio Egipcio hasta nuestros días, sufriendo a lo largo del tiempo modificaciones para lograr un perfeccionamiento y evitar así complicaciones logrando el mismo objetivo, evitar la asfixia del paciente.

RECUERDO ANATÓMICO FISIOLÓGICO DEL APARATO RESPIRATORIO

Para adentrarnos de una manera adecuada en el tema, considero que es apropiado en principio realizar un repaso sobre el aparato respiratorio, protagonista imprescindible de este artículo. Dicho aparato cumple, entre otras, una de las funciones primordiales para el organismo como es la de hacer llegar el oxígeno que ha llegado a los pulmones hasta la sangre para ser distribuido por todo el organismo. Previo a esto, dicho oxígeno, debe de atravesar una serie de estructuras cuyo conjunto forman el aparato respiratorio; estas son:

- Vías aéreas superiores: formadas por cavidad nasal y faringe.
- Vías aéreas inferiores: laringe, tráquea, bronquios y pulmones.

De tal forma, que si existiese alguna causa que impidiese que el oxígeno atravesase las vías aéreas superiores y la laringe impidiendo así el intercambio gaseoso, se pondría en peligro la vida del paciente. Por ello, y para evitar estas situaciones se recurre a la utilización de ciertas medidas terapéuticas, como es en este caso la práctica de una traqueostomía.



LA TRAQUEOSTOMÍA Y LA TRAQUEOTOMÍA

DEFINICIONES: La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con el objeto de crear una abertura temporal dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso de aire a los pulmones, mientras que la traqueotomía es la inci-

sión realizada en la tráquea para remover cuerpos extraños, lesiones locales u obtener biopsias, pero supone un cierre inmediato de la incisión traqueal.

En el caso de la traqueostomía, puede ser temporal, si se resuelve la causa que llevó a realizar el procedimiento, o permanente, cuando no se resuelve la causa del problema y la debe tener de forma indefinida. Es una técnica que se realiza dentro de un área quirúrgica.

INDICACIONES:

Traqueostomía de URGENCIA

Obstrucción del tracto aéreo superior: cuerpo extraño, edema de laringe, epiglotitis, estenosis, malformación congénita, neoplasias laringeas, parálisis cuerdas vocales, traumatismos laríngeos, difteria laringea u otra infección aguda, traumatismos craneoencefálicos.

¹ Síndrome de Pickwick: complicación de la obesidad consistente en hipoventilación, somnolencia, retención de anhídrido carbónico.

Traqueostomía SELECTIVA

En coma (cuando no se recomienda intubar), para eliminar secreciones traqueales en enfermos pulmonares crónicos, en ventilación mecánica prolongada, reducción del espacio muerto, síndrome de Pickwick¹, enfermedades neurológicas degenerativas, cáncer laringeo, preoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cuello.

LAS CANULAS DE LAS TRAQUEOSTOMIAS

Las cánulas son tubos de plástico o metal que se extienden desde la incisión o estoma en la parte anterior del cuello, al interior de la tráquea. Estas cánulas se componen de varias partes:

- Cánula externa: se sostiene en su sitio por ataduras alrededor de la nuca.
- Cánula interna: se fija dentro de la cánula externa.

La cánula interna debe extraerse, inspeccionarse y limpiarse para evitar el acumulo de secreciones.

Obturador: bastón curvo con punta de oliva que se usa para orientar la cánula externa a medida que se inserta en la incisión traqueal.

En el mercado nos podemos encontrar distintos tipos de cánulas: dependiendo del material de la cánula y de su utilización existen distintos modelos (Tabla I) y de si tienen o no globo (Tabla II)

TABLA I.

CÁNULA SEGÚN INDICACIONES	VENTAJAS	INCONVENIENTES	
De plástico no fenestrada.	Ventilación mecánica	Desechable. Balón acoplado. No se desprende accidentalmente	Muy caro. Peor toleradas que las de plata.
De plástico fenestrada.	Reeducación fonética.	Desechable. Lleva botón traqueal. Balón acoplado.	Desaconsejados en ventilación mecánica. Peor tolerancia que las de plata.
De silicona.	Traqueomalacia ² .	Desechable. Ajuste mejor a tráquea.	Muy caro. No se puede aspirar.
De plata fenestrada.	Traqueostomía definitiva.	Menos reacciones alérgicas y cutáneas. Mejor tolerancia. A medida.	No en ventilación mecánica porque no tienen balón. No desechables, se esterilizan.
Para fonación con ventilación mecánica	Permite fonación con la ventilación mecánica.	Desechable.	Muy caro.

² Traqueomalacia: consiste en el reblandecimiento de la tráquea por la degeneración adiposa del cartílago.

TABLA II.

EXISTENCIA O NO DE BALÓN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Con balón (alta o baja presión) .	Evita el desprendimiento accidental y la broncoaspiración. Necesaria en ventilación mecánica.	Mayor probabilidad de lesión traqueal (necrosis por exceso de presión).
Con doble balón.	Evita necrosis, con inflado alterno de balones.	Implantación dificultosa. Si hay lesión, será más grave.
Sin balón.	Mínimo riesgo de lesión traqueal. Recomendado en niños. Permite el paso del aire alrededor de la cánula.	Al no tener balón, mayor riesgo de aspiración y no utilizable la ventilación mecánica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Inmovilización y no manipulación: durante las 24 horas siguientes a la realización de la traqueostomía son necesarios ambas actuaciones, para evitar la aparición de complicaciones como pueden ser las hemorragias, ya que la zona estará excesivamente sensible.

En este periodo de tiempo, el paciente tendrá una cánula de plástico con balón, que se mantendrá inflado en las primeras horas, pero que después se desinflará según lo considere el médico y será cambiada por una de plata.

Cambio de cánula: pasadas las primeras horas, se procederá al cambio de cánula interna por otra similar pero limpia, normalmente, cada ocho horas, a no ser que se viese comprometida la vía aérea del paciente por exceso de moco en cuyo caso habría que cambiarla tantas veces como fuese necesario.

La cánula completa se suele cambiar cada siete días a no ser que sea necesario antes.

Material: cánula, suero fisiológico, lubricante hidrosoluble, cinta y babero, jeringa de 10ml (si la cánula es de balón), ambú, sistema de oxígeno, sistema y sondas de aspiración, guantes y gasas estériles.

Procedimiento: Se informará al paciente si está consciente y se colocará en posición semi-fowler .

Preparar todo el material antes de utilizarlo: las gasas, las cánulas con el babero, la cinta de fijación y el lubricante, comprobar si la cánula tiene globo que este no tiene fugas.

Observar si el paciente tiene secreciones para proceder a ponerle algún aerosol o aspirárselas si son blandas.

Administrar oxígeno al paciente durante unos minu-

tos antes de proceder a retirar la cánula antigua y poner la nueva.

Si la cánula no tiene balón se retirará junto con el babero, realizándolo de la forma más rápida posible.

Si la cánula tiene balón este se tendrá que desinflar antes de retirarla. Este procedimiento puede originar tos y disnea al paciente por lo que tenemos que estar atentos por si es necesario aspirar o administrar oxígeno extra.

Limpiar el estoma retirando el moco o cualquier resto tisular y aplicar un antiséptico alrededor de él para evitar cualquier tipo de infección. Colocar la cabeza del paciente en hiperextensión e introducir la nueva cánula, sin forzar y en el menor tiempo posible.

Una vez introducida la nueva cánula, se inflará el balón si lo tiene y posteriormente se fijará.

En ciertos pacientes en los que el estoma se cierra con cierta facilidad se utilizará una guía (puede ser una sonda) que se introducirá dentro de la cánula a cambiar, de tal forma que mientras que esta se extrae estamos asegurando a permeabilidad de la vía aérea. Después se introducirá la cánula nueva y se retirará la guía o fiador.

Tras el procedimiento se colocará al paciente en posición cómoda para que se recupere lo antes posible de la disnea que puede aparecer y se anotará todo lo acontecido en su historia, tanto el cambio como las posibles complicaciones que hayamos encontrado.

Observaciones y cuidados: a continuación se indicarán una serie de medidas a tener en cuenta.

La aspiración de secreciones: es un punto muy importante sobre todo los primeros días tras la intervención que es cuando más riesgo existe a la hora de formarse tapones mucosos, debido al acumulo de secreciones, a la inmovilización del paciente, a sus

antecedentes (Enfermedad pulmonar crónica).

Consiste en introducir mediante movimientos rotatorios una sonda de aspiración que está conectado a un sistema de aspiración a través de la traqueostomía para limpiar la mucosidad de las ramas bronquiales y así evitar cualquier infección.

Estas secreciones no deben de ser muy espesas porque si es así no se podrán retirar, para evitarlo es conveniente administrar previamente algún aerosol.

Es una técnica bastante traumática para el paciente por la sensación de asfixia que experimenta por lo que no debe de durar más de diez segundos seguidos sin descanso.

Es muy importante tener en cuenta las características del líquido aspirado (color, densidad..) y la cantidad, siendo necesario su registro.

Humidificación: el objetivo de humidificar el aire que espira el paciente es evitar el acumulo de secreciones y por lo tanto la formación del tapón mucoso. Ahora bien, se debe de realizar con una técnica aséptica para evitar infecciones respiratorias.

Posición del paciente: la mayoría de los pacientes traqueostomizados se van a encontrar más cómodos en la posición Fowler (cabecero inclinado cerca de 90°), ya que permite la apertura completa de la vía aérea, una mayor expansión torácica y un menor esfuerzo al respirar.

Al toser se recomienda que se inclinen hacia delante para facilitar la salida de la mucosidad.

Alimentación: tras la intervención será por vía intravenosa, posteriormente cuando existan ruidos intestinales, mediante una sonda nasogástrica para evitar aspiraciones, hasta que el paciente controle la deglución que se pasará a vía oral.

Fonación: para ello el paciente debe ser portador de una cánula fenestrada (con orificio en la parte superior que permite que el aire espirado llegue a las cuerdas vocales cuando se tapa el orificio exterior) o bien que el propio paciente tapone el orificio con el dedo o un tapón.

Apoyo psicológico: ayudar al paciente a acoplarse a su nueva situación informándole de todo lo que se le vaya a realizar, las posibles complicaciones y sensaciones.

Educarle en el cambio de cánula para que se sienta más independiente y que aprenda a hablar con ella.

Otros cuidados:

- Control de constantes vitales: disnea (obstrucción), fiebre (infección), tensión arterial (posibles hemorragias).
- Fisioterapia respiratoria: para drenar las secreciones que se forman en el tracto respiratorio.
- Evitar los desplazamientos de la cánula, ya que puede originar abrasiones en la mucosa, por ello se debe fijar bien.

El tamaño de la cánula debe de ser el adecuado al paciente, al igual que el balón debe de tener una presión adecuada, ya que si no es así puede dar lugar a un funcionamiento ineficaz del patrón respiratorio y a la aparición de alguna complicación de la a continuación se exponen.

POSIBLES COMPLICACIONES

Consultar Tabla III al final del presente documento.

Montserrat Prado Rodriguez-Barbero
D.E. Unidad de Neurocirugía y Vascular del Hospital General de Ciudad Real.

BIBLIOGRAFÍA.

King E.M., Wieck L., Dyer M.. "Técnicas de enfermería". Ed. Iberoamericana. 1984

Naser G, Celedón C, Neumann M, Ojeda JR
Revisión de la traqueostomía percutánea. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2001; 61: 118-24.

Ocean/Centrum: "Manual de la Enfermería".
Pag: 16, 18, 84, 121.

Pamela L. Swearingen. "Enfermería Médico-Quirúrgica". Mosby/ Doyma Libros. 1996.

Torres A./ Ortiz. I "Cuidados intensivos respiratorios para enfermería". Ed. Springer- Verlag Ibérica. 1997.

Thibodeau G; Patton K. Anatomía y Fisiología.
Segunda Edición. 1995.

Colección Nursing Protobook. Helen Ritting and Cols. "Cuidados respiratorios en enfermería" Ed. Doyma. 1985.

www.medicosecuador.com
www.lesionadomedular.com

TABLA III.

COMPLICACIÓN	CAUSA	PROBLEMA	TRATAMIENTO
“Tapón” de moco.	Falta de aspiración, humidificación.	Insuf. Respiratoria.	Aspirar secreciones y humidificar.
Aumento de secreciones.	Infección bronquial, aspirado inadecuado.	Infección pulmonar .	Correcta aspiración, antibióticos.
Hemorragia.	Quirúrgica, alt.de coagulación, manipulación precoz.	Insuf.respiratoria, obstrucción, anemia.	Quirúrgico, inmovilizar, control coagulación.
Infección.	Mala higiene.	Infecciones, aumento de secreciones.	Mantenimiento del estoma limpio, antibiotico.
Irritación local.	Quirúrgica, mala higiene.	Infecciones, mala canulación.	Buena higiene, evitar infecciones.
Granulomas, estenosis.	Mala manipulación, infección local, globo muy inflado, mucha movilidad en canula.	Estenosis retráctiles, isquemias, granulomas.	Inmovilidad, higiene, cánula / presión / aspirado adecuado.
Alteraciones en la deglución.	Disfunción cuerdas vocales.	Aspiración.	Reeducación, tener el balón hinchado.
Problemas respiratorios.	Quirúrgica.	Insuf. respiratoria.	Quirúrgico, adm. O2.
Traqueitis seca.	Falta de humidificación.	Infección.	Humidificar.
Desplazamientos de cánula.	Alt.del balón, mala fijación.	Irritación, sangrado, infección.	Correcta presión / fijación / tamaño.
Fístulas traqueoesofágicas.	Erosiones que causa el balón.	Broncoaspiración, neumonías.	Correcta presión.
Repercusión social.	Imposibilidad de hablar.	Alteración de la voz, ansiedad.	Reeducar.

Si aún no conoces nuestro Foro, visítalo en

<http://www.laenfermeria.es>

Recientemente se han añadido, a las secciones habituales, un apartado dedicado a la dietoterapia y otro a los alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales, con información acerca de diferentes patologías y de cómo la nutrición entra a formar parte del tratamiento -incluyendo dietas “caseras” adaptadas.

Gestión clínica de cuidados

Resolución de caso pediátrico mediante modelo AREA

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es presentar la gestión clínica de cuidados ante un caso pediátrico trabajado por el equipo de enfermeras de un centro de salud mediante el enfoque que ofrece el modelo AREA.

Se evidenció que, para el abordaje de casos complejos, resulta útil la representación gráfica de los problemas puesto que facilita la priorización de los mismos así como de los resultados esperados y de las intervenciones seleccionadas.

PALABRAS CLAVE

Gestión clínica de cuidados; Proceso enfermero; Modelo AREA; Enfermería pediátrica; Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Introducción:

El modelo AREA se define como la tercera generación del proceso enfermero el cual ha evolucionado desde un enfoque basado en los problemas a un enfoque basado en los resultados (1).

Este modelo se presenta como una opción válida para la gestión clínica de cuidados y para la priorización tanto de problemas NANDA como de resultados NOC.

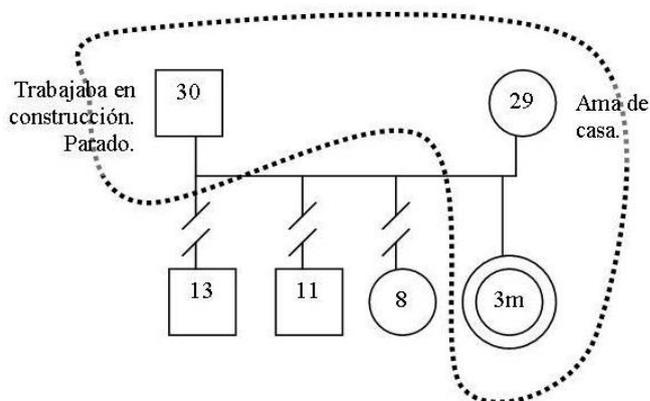
El razonamiento clínico que ofrece el modelo AREA hace especial énfasis en la detección de patrones y en el reconocimiento de las relaciones que se establecen entre un número elevado de diagnósticos. Es lo que se conoce como una **red de relaciones o red de razonamiento clínico**. Se trata de una representación gráfica de los problemas encontrados y una representación gráfica de los resultados esperados para esos problemas.

A continuación, se presenta el caso de una paciente mujer de 3 meses de edad que acude habitualmente a revisiones en consulta de pediatría de su centro de salud traída por su madre de 29 años. Es la cuarta hija pero los otros tres hermanos se encuentran en acogimiento familiar y no viven con sus padres. (Ver genograma en figura 1).

Se trata de un núcleo familiar (padre-madre) de nivel cultural y económico bajo.

Existe historia de toxicomanías por parte de los otros hijos varones. Prácticas sanitarias no adecuadas que se evidencian a la exploración física. La niña padece de estreñimiento. En cuanto a la alimentación, le dan leche entera, según sus padres, por falta de recursos económicos.

Tras la valoración por PFS de Gordon resultan como disfuncionales: Percepción-manejo de la salud; nutricional-metabólico; eliminación; rol / relaciones. Faltarían datos para completar la valoración de los patrones funcionales 7 (autocontrol - autoconcepto) y 10 (adaptación - tolerancia a estrés).



Material y métodos:

Tras la presentación del caso en el equipo de Enfermería del centro de salud, se decidió trabajar en grupo la identificación de problemas y enfocar la resolución de los mismos según el modelo AREA y desde los lenguajes estandarizados NANDA, NOC, NIC.

Se realizó una valoración conjunta entre todos los enfermeros repasando los datos recogidos de la paciente desde los patrones funcionales de salud. A continuación, se realizaron rondas Delphi desde cada PFS para identificar los posibles problemas NANDA y priorizarlos. Posteriormente se seleccionaron, de igual modo, los resultados NOC esperados y las intervenciones NIC más adecuadas para el abordaje del caso.

Resultados:

Tras los datos recogidos en la valoración por PFS se realizó un listado de posibles problemas NANDA: Los diagnósticos planteados fueron:

Para la niña:

- Riesgo de intoxicación.
- Riesgo de infección.
- Desequilibrio nutricional: por exceso y por defecto.
- Estreñimiento.
- Riesgo de retraso en el desarrollo.

Para la familia:

- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (alimentario).
- Déficit (familiar) de autocuidados: baño / higiene.
- Conocimientos deficientes.
- Desempeño inefectivo del rol.
- Deterioro parental.
- Riesgo de interrupción de los procesos familiares.
- Conductas (familiares) de riesgo para la salud.

Seguidamente, el equipo de enfermería, priorizó los problemas en dos grupos: principales y derivados. Como problemas principales se identificaron los siguientes:

- 1.- Mantenimiento inefectivo de la salud (a nivel familiar).
- 2.- Conocimientos deficientes.
- 3.- Desempeño inefectivo del rol.
- 4.- Deterioro parental.
- 5.- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (a nivel familiar).

El resto de problemas se entendieron como derivados aunque esto no significa que fueran menos importantes. De hecho, el desequilibrio nutricional o el estreñimiento requieren acciones inmediatas.

En el gráfico 1, se presenta la priorización y la relación entre los diagnósticos encontrados. Según el modelo AREA, se relacionaron unas etiquetas NANDA con otras para priorizar los problemas.

Los resultados esperados y las acciones planteadas, desde los problemas priorizados, se describen en el gráfico 2.

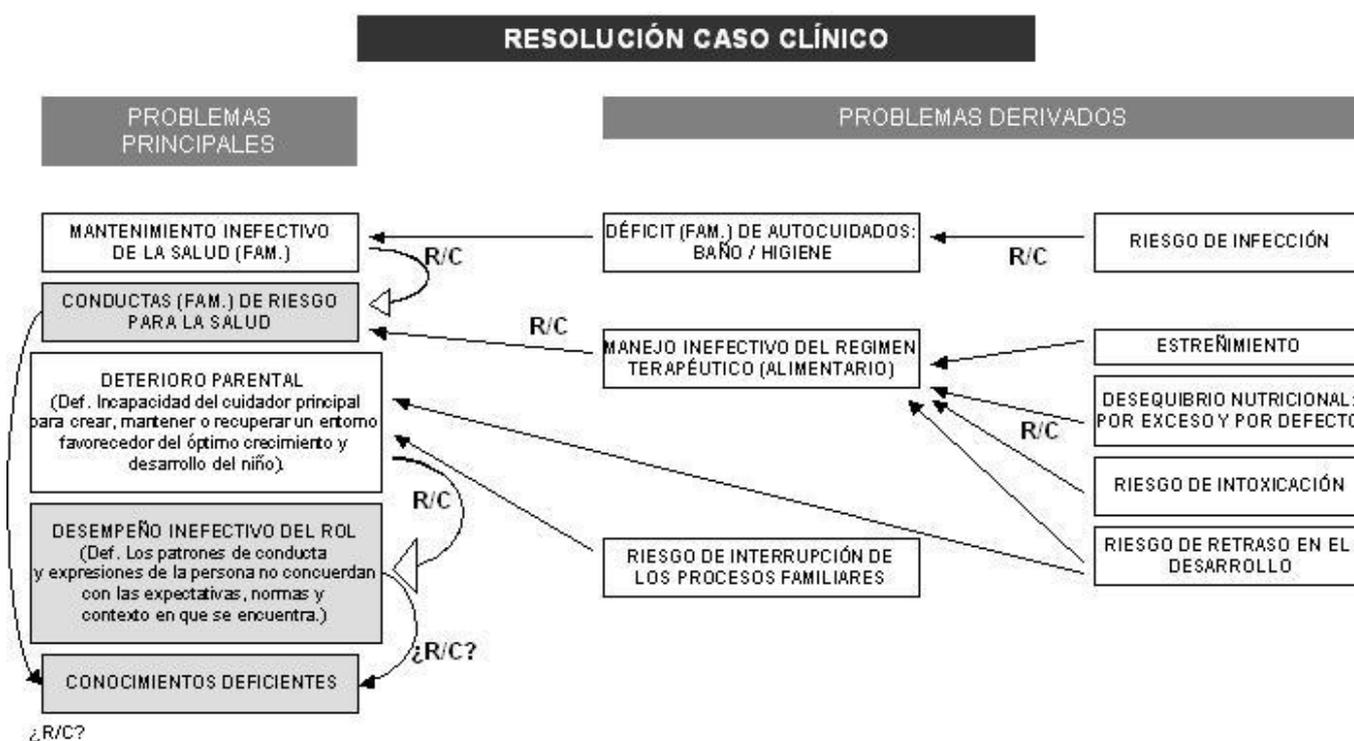
Discusión:

En el caso estudiado, los principales problemas se encontraban a nivel familiar y, más concretamente, en los patrones funcionales percepción-manejo de la salud y rol / relaciones.

Con este enfoque los objetivos planteados fueron: Conducta de búsqueda de la salud, ejecución del rol de padres, y adquisición de conocimientos (para las conductas sanitarias, búsqueda de recursos y cuidados de los hijos).

El equipo de enfermeras que trabajó el caso entendió que con estos objetivos mejorarían considerablemente los problemas derivados.

Las intervenciones que se plantearon iban dirigidas a la identificación de riesgos en familia con recién nacido; asesoramiento para la búsqueda de recursos; potenciación de roles; facilitar la autorresponsa-



bilidad y educación sanitaria sobre el cuidado de los hijos. Estas acciones se entendieron como las más oportunas porque resolverían también en cierta medida los problemas derivados.

El enfoque AREA para la gestión de casos clínicos pediátricos se está planteando como una opción adecuada incluso para la posterior estandarización de los cuidados (2).

El uso de los lenguajes unificados NNN resulta válido en este sentido puesto que detalla exhaustivamente el trabajo de las enfermeras y su planteamiento en base a un método científico para la resolución de

problemas (3)(4).

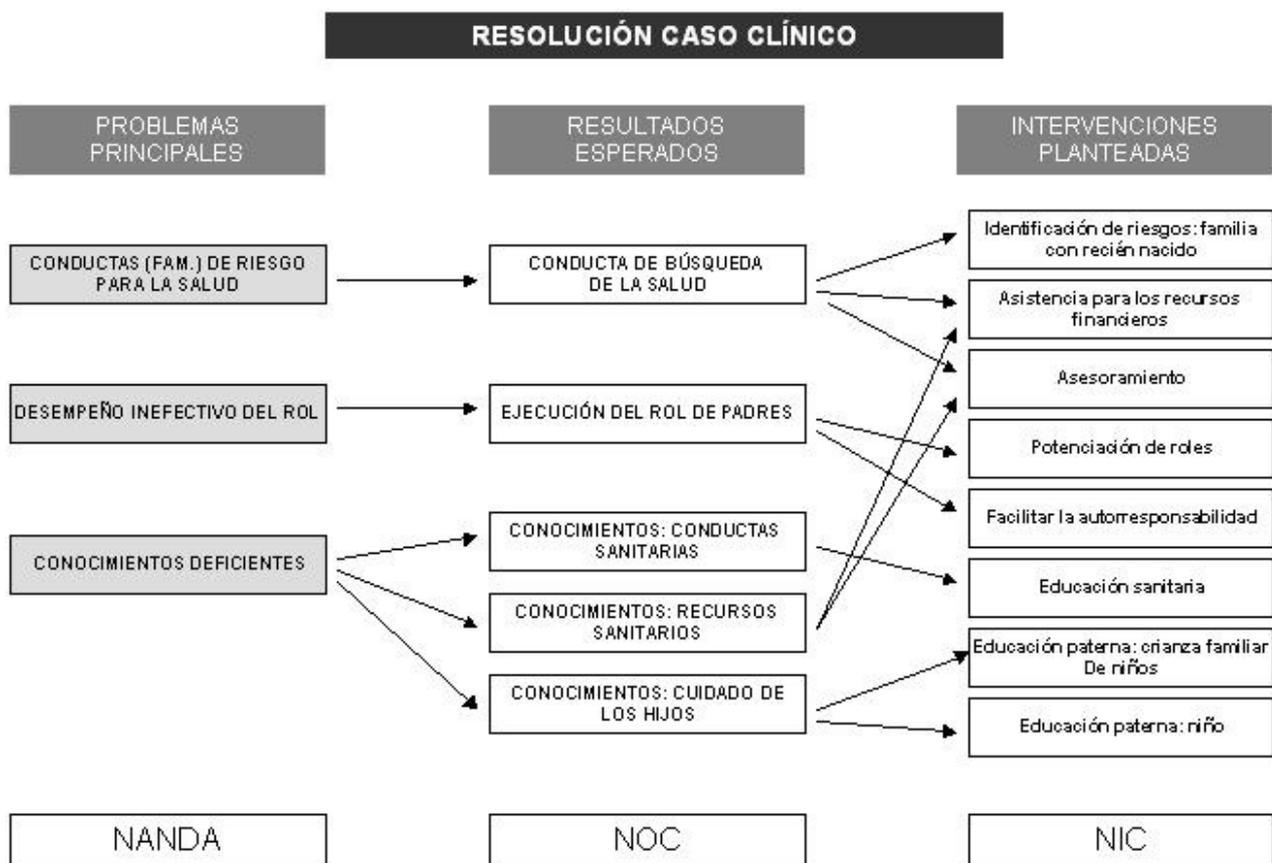
Además las sesiones clínicas de enfermería para el trabajo de casos ayudan a unificar criterios para la utilización de estos lenguajes y contribuyen al desarrollo de los mismos desde la práctica clínica (5).

Agradecimientos: Al equipo de enfermeras que colaboró en el trabajo del caso clínico.

Pedro Ruymán Brito Brito

Enfermero. Licenciado en Periodismo. Master en cuidados al final de la vida.

ruyman@tanatologia.org



BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Entrevista realizada por la profesora Carme Espinosa al profesor D. Pesut en las V Jornadas de Trabajo de AENTDE celebradas en Toledo en 2005. Fuente: <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=18>. Consulta realizada en abril de 2008.
- (2) Villamandos González R, Díaz Rodríguez MC, García Hernández MN. El modelo AREA como herramienta para la introducción de la metodología enfermera en un servicio de urgencias pediátrico. Comunicación tipo póster presentada en el VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero. Barcelona, 23 y 24 de octubre de 2008.
- (3) Montesinos Afonso, N. M. Gestión clínica de cuidados en enfermería. Cuidados en domicilio. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. Vol 1. Nº 1. 2008. ISSN 1988-5474.
- (4) Brito Brito, P.R. El proceso enfermero en atención primaria. La planificación. Revista ENE de enfermería, nº 3 julio-agosto 2008. ISSN 1988-348X.
- (5) Honrado Martínez G, Pintado Ferreño D, Rejón Bayo D. Implantación de sesiones clínicas enfermeras (SCE), mejorando la metodología de trabajo: de la teoría a la práctica asistencial. Comunicación oral presentada en el VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero. Barcelona, 23 y 24 de octubre de 2008.

Cuidados paliativos

Protocolos de atención

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de la enfermería paliativa es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, evitando el sufrimiento y así, lograr finalmente una muerte digna.

Dentro de la atención al paciente en fase terminal, no debemos olvidarnos nunca de la figura del cuidador principal, generalmente la familia, que va a ser dadora y receptora de cuidados y una gran fuente de ayuda para nosotros y para el enfermo.

Para poder mejorar la calidad de vida, además de realizar un control exhaustivo de los síntomas que van apareciendo, hay que realizar unos cuidados intensivos del confort, puesto que el paciente tiene unas necesidades básicas que si no están cubiertas, no lograremos nada respecto a su calidad de vida y es aquí donde la enfermería tiene un gran campo de trabajo.

La enfermería debe plantearse ante cualquier síntoma, un plan de cuidados, que siempre será individualizado para cada paciente y familia. Ante cualquier situación tendrá que valorar el estado general del paciente, el pronóstico y su calidad de vida porque ahora nuestra meta cuando no se puede curar, será la de cuidar.

Debemos tener presente que el papel de la enfermería implica algo más que el simple cumplimiento de las órdenes médicas, o de la realización de técnicas propias (curas, administración de medicamentos, etc), comprende también una serie de habilidades que debe aprender y desarrollar, para poder cuidar a un paciente terminal y su familia, como la comprensión, la capacidad de escucha y el apoyo emocional entre otros.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Hay que realizar una valoración exhaustiva del paciente, familia y entorno.

La valoración del estado del paciente se realizará por patrones funcionales (patrones funcionales de Gordon) prestando especial atención al estado psicológico del paciente y el grado de información que tiene acerca de la enfermedad.

Es preciso identificar el cuidador principal, la persona

que se encarga del cuidado del enfermo, al cual van a ir dirigidas nuestras enseñanzas y al que habrá que cuidar especialmente para prevenir la claudicación. La valoración del entorno familiar debe incluir, entre otras cosas, el nivel cultural, la edad y el estado psicológico del cuidador principal.

Si el paciente se encuentra en su domicilio, hay que realizar una valoración del entorno, ya que esto va a condicionar en muchas ocasiones nuestro plan de cuidados (vivienda, higiene del entorno, ascensor, teléfono, calefacción...)

Hay que crear un ambiente de confianza desde el primer contacto, tanto con el enfermo como con la familia, para poder obtener una información clara, realista de la situación y poder aclarar dudas, miedos, etc.

Es necesario realizar la presentación del equipo, explicar los objetivos de los cuidados y tratamientos que vamos a realizar con un lenguaje coloquial para que puedan entendernos, darles tiempo para que expresen sus sentimientos y temores y conseguir su implicación en los mismos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los más habituales a destacar dentro de cada patrón son:

- Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico personal.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Alteración de la nutrición: por defecto.
- Alteraciones de la mucosa oral.
- Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Incontinencia urinaria.
- Estreñimiento.
- Deterioro de la movilidad física.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Déficit de actividades recreativas.
- Alteración del patrón del sueño.
- Dolor.
- Confusión aguda.
- Desesperanza.
- Temor.
- Riesgo de alteración de los procesos familiares.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Duelo anticipado.

- Duelo disfuncional.
- Afrontamiento familiar inefectivo.
- Sufrimiento espiritual.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

El plan de cuidados debe ser siempre individualizado para cada paciente, ya que dicho plan de cuidados viene determinado por el estado general del paciente, su pronóstico y calidad de vida.

Tendremos que tener en cuenta varios puntos fundamentales:

- Son pacientes plurisintomáticos y no podemos abordar todos los problemas a la vez, es necesario priorizarlos. Muchas veces, va a ser el propio paciente el que nos va a dar la pauta a seguir.
- Los objetivos del plan de cuidados deben ser realistas y a corto plazo, ya que son enfermos que cambian su situación de una forma rápida y continua y habrá que irlos modificando en cada momento.
- Hay que tener en cuenta los recursos de los que disponemos: entorno, material, cuidadores... Los recursos serán diferentes si el paciente se encuentra en su domicilio o en el hospital y ello va a condicionar nuestro plan de cuidados.
- Es básico contar con la opinión del paciente y de la familia en la planificación y en la toma de decisiones respecto a los cuidados a seguir. En este punto, hay que destacar la educación sanitaria a la familia. Si queremos llevar a cabo un buen plan de cuidados habrá que enseñar a la familia cómo cuidar al paciente, especialmente si éste se encuentra en su domicilio. El cuidador principal es un recurso fundamental y la enseñanza de los cuidados al paciente es tarea fundamental del personal de enfermería.

Para ello, nosotros como enfermeros tenemos que tener en cuenta varios aspectos:

- Crear un ambiente de confianza para que la familia sea capaz de preguntarnos dudas, temores, etc.
- Realizar un adiestramiento progresivo. En una primera visita se asimila el 10-20 % de la información que se da, por lo que habrá que priorizar y enseñar de forma paulatina y gradual los cuidados a realizar.
- Utilizar un lenguaje coloquial, sin tecnicismos, para que puedan entendernos.
- Dejar todas las instrucciones por escrito para que puedan consultar en caso de duda.

Si trabajamos en el domicilio del paciente, dentro del plan de cuidados es importante informar y enseñar a la familia qué síntomas pueden aparecer según la patología principal, cuál va a ser la evolución y qué deben hacer en caso de que aparezcan ya que son ellos los que están con el enfermo todo el día y disponer de esta información suele tranquilizarles.

EVALUACIÓN

Ha de ser continua, ya que se trata de un paciente

plurisintomático y cambiante. Se realizará una evaluación del estado general del paciente (síntomas controlados, aparición de nuevos síntomas), familia y entorno, vigilando, especialmente si el paciente se encuentra en su domicilio, el cumplimiento del tratamiento y si se están realizando correctamente los cuidados, reforzando toda la información dada anteriormente y haciendo un refuerzo positivo al cuidador principal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD:

La inactividad y la inmovilidad son problemas habituales en el paciente paliativo. No debemos de identificar “paciente terminal” con “paciente encamado”, pero la debilidad es uno de los síntomas que aumenta a medida que evoluciona la enfermedad oncológica y es frecuente que el paciente presente deterioro de la movilidad y que en consecuencia necesite ayuda para la movilización. Los cuidados de enfermería dependerán del grado de inmovilidad que presente el paciente y su objetivo fundamental será la adaptación del enfermo a la situación para prevenir las complicaciones de la inmovilidad como son las úlceras por presión.

Cuidados de enfermería si el paciente se mueve:

- Animarle a salir, a que pasee por la casa, etc.
- Si debido a la debilidad no puede moverse por sí solo, le proporcionaremos medidas de apoyo para poder moverse (silla de ruedas, andador, etc) y si necesita ayuda de una segunda persona se le proporcionará con suavidad, despacio, transmitiendo seguridad.

Cuidados de enfermería si el paciente está inmobilizado:

- Buscaremos la posición más adecuada para el enfermo.
- Realizaremos los cambios posturales pertinentes, respetando la postura antiálgica hasta el completo control del dolor. Si lo tolera, realizaremos movilizaciones pasivas.
- Dejaremos sus objetos personales, la medicación de rescate analgésica a mano.
- No nos implicaremos más allá de donde el paciente llegue, intentando potenciar aquellas actividades que todavía sea capaz de realizar para disminuir el sentimiento de inutilidad.
- Valoraremos continuamente el estado de la piel y pondremos en marcha todas las medidas de prevención necesarias para evitar la aparición de úlceras por presión.

ALTERACIONES DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA:

El paciente oncológico en situación terminal, debido a diversas causas como: alteraciones nutricionales,

deshidratación, alteración de la movilidad, incontinencia..., presenta un riesgo muy alto de sufrir lesiones en la piel como por ejemplo las úlceras por presión.

Son muy importantes las medidas de prevención que impidan la aparición de lesiones como: higiene diaria de la piel con jabones pH neutro, hidratación de la piel, protección de zonas de riesgo y utilización de AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados) en esas zonas de riesgo...

Pero, a pesar de las medidas preventivas, a veces, debido al gran deterioro y a la caquexia extrema que sufren los pacientes con cáncer avanzado, es inevitable la formación de UPP y es aquí donde el estado general, el pronóstico y la calidad de vida del enfermo nos han de marcar los cuidados a realizar.

Cuidados de enfermería:

Algunos autores como Bale y Regnard, proponen la siguiente estrategia:

- Los pacientes que están en las últimas semanas de vida y que se deterioran rápidamente (de día en día) son poco proclives a curar nada por lo que nuestro objetivo será promover la mayor comodidad posible.
- Un paciente que se deteriora de forma más lenta (de semana en semana) puede dar lugar a la curación de úlceras de menos de 0,5 cm si la nutrición es adecuada.
- La progresión más lenta (de mes a mes) puede permitir curar úlceras más profundas, siempre que se alivie la presión, se mejore el estado nutricional y se haga un buen manejo local.
- Una gran úlcera, que llega a hueso, es imposible curar en un paciente severamente debilitado, por lo que nuestro objetivo será aliviar el dolor y proporcionar el máximo confort posible.

ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN -ESTREÑIMIENTO-:

El 60% de los pacientes con debilidad extrema padecen estreñimiento y el 80% de los enfermos que siguen tratamiento con opioides, padecen estreñimiento y siempre precisarán laxantes de forma regular; "la mano que pautas un opioide, siempre pautas un laxante".

El estreñimiento es un síntoma multifactorial y no siempre podremos actuar sobre las causas por lo que nuestro objetivo será aumentar el confort del paciente y prevenir la formación de fecalomas.

Cuidados de enfermería:

- Revisar diariamente la frecuencia y aspecto de las heces.

- Recordar seguir el tratamiento de laxantes prescrito.
- Estimular la ingesta de líquidos, dentro de lo posible.
- Desaconsejar el uso de dietas con alto contenido en fibra, ya que ésta aumenta el tamaño del bolo fecal haciéndose más difícil su expulsión en estos enfermos que presentan gran deterioro físico y debilidad.
- Responder al deseo de evacuación.
- Favorecer la intimidad, fomentando si se puede el uso del retrete.
- Si el paciente no hace deposición en dos o tres días, puede ser útil el uso de supositorios de glicerina o cánulas de citrato sódico (Mycralax®).
- Si la medida anterior no es eficaz, procederemos a la administración de un enema de limpieza, enseñando a la familia cómo hacerlo si el paciente está en su domicilio. Si lo administramos nosotros se realizará antes un tacto rectal para descartar presencia de fecalomas, si existieran se procedería a la extracción manual de los mismos previa analgesia del paciente si fuese muy molesto. Una mezcla muy efectiva es vaciar medio Enema Casen® de 250cc y añadir: 2 sobres de Duphalac® (lactulosa), 2 Mycralax® (citrato sódico), 1 cucharada de aceite de oliva y 1 cucharada de agua oxigenada.

ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN -INCONTINENCIA URINARIA-:

Los cuidados de enfermería de la incontinencia urinaria irán dirigidos a prevenir alteraciones en la piel, manteniendo al enfermo limpio y seco el máximo tiempo posible y reforzar al enfermo psicológicamente para evitar la pérdida de autoestima.

Cuidados de enfermería:

- Realizar adecuada higiene perineal dejando la zona bien seca y prestando especial atención a los pliegues cutáneos.
- No usar productos irritantes en el aseo del paciente.
- Utilizar cremas hidratantes.
- Utilizar pomada protectora de Zinc al 10% o 30% en el sacro y glúteos si existe riesgo de maceración.
- Ofrecer la cuña o ir al servicio periódicamente.
- Colocar absorbentes y/o pañales y cambiarlos siempre que sea necesario para mantener al enfermo seco.
- Se recomienda reducir el consumo de líquidos a partir de la merienda si el enfermo presenta nicturia.
- Evitar la sedación excesiva y la toma de diuréticos en la cena.
- No realizar sondaje vesical, salvo si existe retención urinaria.
- Promover sentimientos de autoestima y proporcionar apoyo emocional para facilitar la adaptación a su nueva situación.

TRASTORNOS DEL SUEÑO:

Los hábitos del sueño cambian con una enfermedad de mal pronóstico.

El dolor, la depresión, asociados a una enfermedad terminal pueden empeorar cualquier trastorno preexistente del sueño, siendo el insomnio uno de los más frecuentes que habrá que tratar enérgicamente ya que conlleva un empeoramiento funcional, alteración del estado de ánimo, deterioro cognitivo y mayor incidencia de caídas.

El insomnio puede ser debido a causas fisiológicas como dolor, disnea, etc., o a causas emocionales. La noche siempre resulta difícil cuando se sufre una enfermedad grave porque es cuando afloran muchos temores, por miedo a la oscuridad, a la reagudización de síntomas y sobre todo, porque casi siempre se asocia con la idea de la muerte.

Ya lo decía Pedro Salinas: "A la noche se le empiezan a encender las preguntas", por ello es muy importante identificar la causa ya que, muchas veces, es simplemente por este miedo a la noche y realizando un adecuado apoyo emocional desaparecerá el insomnio sin necesidad de ningún otro tratamiento.

Cuidados de enfermería:

- Control adecuado de los síntomas.
- Evitar la ingesta de sustancias estimulantes como café, coca cola, etc.
- Crear un ambiente de silencio, semioscuro, con temperatura adecuada que favorezca el sueño.
- Aconsejar tomar infusiones relajantes.
- Estimular las actividades diarias y evitar estar en la cama todo el día.
- Exposición a la luz brillante durante el día.
- Realizar masajes suaves con cremas hidratantes o sustancias aromáticas.
- Facilitar la expresión de sus miedos y ansiedades ayudando a mejorar la comunicación con la familia.
- Dejar una pequeña luz encendida por la noche.

CUADRO CONFUSIONAL AGUDO:

El síndrome confusional agudo es uno de los síntomas más frecuentes, siendo la propia enfermedad un factor predisponente.

Los cuidados de enfermería en un cuadro confusional son complementarios al tratamiento farmacológico, nunca sustitutivos, e irán encaminados a reducir la ansiedad provocada por la desorientación y evitar las autolesiones del paciente.

Cuidados de enfermería:

- En fases iniciales utilizar medidas de orientación (reloj, calendarios.)
- Mantener un ambiente agradable, evitando los rui-

dos y proporcionando una luz tenue por las noches.

- No utilizar medidas de sujeción a no ser que el enfermo esté muy agresivo.
- Colocar barandillas en la cama y retirar objetos peligrosos.
- Evitar la presencia de muchos familiares pero sí de al menos uno para que lo tenga como referencia de la realidad.
- Descartar la presencia de dolor, retención urinaria o impactación fecal que podrían producir la agitación.
- Comunicarse con él sin chillar, vocalizando al máximo, llamándole por su nombre y utilizando frases cortas sin intentar hacerle razonar ya que esto aumentaría la agitación.
- Apoyo emocional a la familia, explicándoles la situación ya que muchas veces el paciente muestra su agresividad con los familiares más cercanos y es importante que sepan que el comportamiento del enfermo es una consecuencia de la enfermedad y no es consciente de ello.

Marisa de la Rica Escuín

D.U.E. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (E.S.A.D.) / Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

BIBLIOGRAFÍA.

- López Imedio, E.: Enfermería en cuidados paliativos. Madrid. Panamericana 1998
- Valentín V y cols: Oncología en atención primaria. Madrid, 2003: 585-597.
- Cruz Quintana, F., García Cara, M.P.: Enfermería, familia y paciente terminal. Rev. Rol. Enf. 2001; 24(10): 664-668.
- NANDA. Diagnósticos de enfermería de la NANDA. Definición y clasificación. 1999-2000.25 Aniversario. The Harcourt-Brace. Madrid 2002.
- Bale, S., Regnard, C.: Pressure sores in advanced disease. A. Flow Diagram Palliative Medicine.1989; 3, 263.
- Rodríguez Moreno, S., Castellano Suárez, A.: Intervención clínica y psicosocial en el anciano. ICEPSS. Las Palmas 1995.
- Núñez Olarte, J.M.: Consideraciones acerca del enfermo terminal geriátrico. Medicina Paliativa 1995. Vol 2: 3: 34-39.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Cuidados paliativos en las personas mayores. Barcelona 2001.
- Gómez Sancho, M.: Cuidados paliativos e intervención psicosocial en el paciente terminal. ICEPSS. Las Palmas 1994.
- Astudillo, W., Mendiñeta, C., Astudillo, E.: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Barañain 4ª Edición, 2002.

Derivación ventricular externa

Protocolo de cuidados enfermeros a pacientes críticos con DVE

CUIDADOS DE ENFERMERIA Y MANIPULACIÓN DEL DRENAJE

Cuidado del catéter:

a) El personal que requiera trabajar con un paciente con DVE debe estar vestido con sobrebata, gorro, mascarilla y guantes estériles sólo en el caso de que se produzcan como mínimo dos casos de ventriculitis. En el resto de situaciones siempre se usarán guantes estériles y mascarilla.

b) La salida del catéter (en la incisión craneal) debe estar cubierta con apósito estéril que se cambiará cada 24 h. o mayor frecuencia si lo necesitase.

c) Se realizará cura y lavado con alcohol/clorhexedina en sitio de salida de catéter diariamente (evitar betadine por coloración).

d) Se deberá observar el sitio de salida del catéter en búsqueda de elementos infecciosos precoces, tales como enrojecimiento cutáneo, eritema, edema inflamatorio, calor local, supuración, necrosis, etc.

e) La alargadera y toda la tubuladura deben estar protegidas y envueltas con un campo estéril a excepción del estanco colector de LCR (líquido cefalorraquídeo).

f) Se deberá vaciar el colector estanco cuando este a $\frac{3}{4}$ de su volumen total o si pasaron más de 24 h. sin haberse vaciado.

g) La alargadera, tubuladura y estanco colector deben ser cambiados cada 72 h.

Cuidado del paciente:

a) Cabeza bien alineada y cabezal a 30°-35° para favorecer el retorno venoso

b) Si al paciente se le realizan cambios de decúbitos, es necesario cerrar el sistema y luego re-cerrar. De esta manera se evita el sifonaje (colapso ventricular) y el reflujo de LCR (aumento de la PIC y riesgo de infección). Comprobar así que el sistema sigue funcionando. Es importante recordar que el estanco colector de LCR debe estar siempre a la misma altura indicada por el médico tratante, habitualmente a 10 cm. del CAE (conducto auditivo externo).

c) Se podrá realizar lavado de cabeza del paciente recién luego de 48 h. de colocada la DVE, cuando ya se haya formado el tejido de epitelización.



d) Vigilancia de signos vitales, comportamiento clínico y valores de PIC. Es importante vigilar el nivel de conciencia y la reacción pupilar, cefaleas, etc.

Cuidado del LCR:

a) Vigilancia de cambios de coloración del LCR, para el diagnóstico de hemorragia, infecciones, etc.

b) Vigilancia en el volumen de débito del LCR en búsqueda de mal funcionamiento del sistema o complicaciones.

Extracción de LCR:

a) Se extraerá LCR para estudio bioquímico y microbiológico desde la primera llave de paso. Previamente, aproximadamente entre 3-5 minutos, se limpiará la llave con solución de betadine.

El volumen final de la muestra será entre 2-3 cc.

Grupo de Trabajo en Infecciones en el Paciente Neurocrítico:

- Celada Cajal, Francisco José
- Pinilla López, Adriana
- Pintado Juez, Yolanda
- Sánchez Sánchez, Marina
- Grill Díaz, Fabio.

Rincón del ocio

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

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

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

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

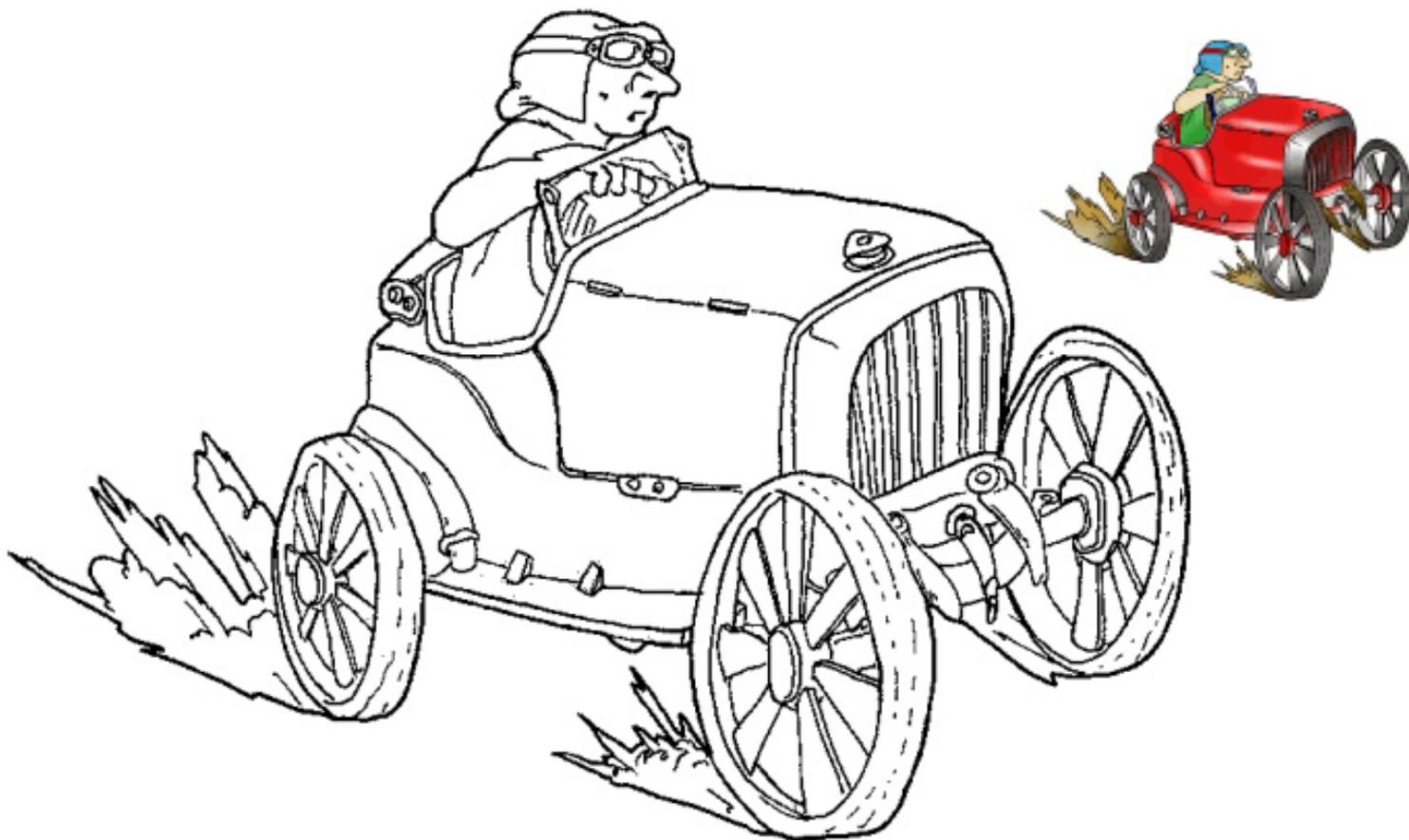
7				5	8	4		
				4				
	1	6	7		2			
8						3		
			5					
				9		8	7	
6		9						1
1		3		2				4
			9				5	

Cada Sudoku es una cuadrícula con un total de 81 recuadros, divididos en 9 bloques de 9 recuadros. Observe que algunos de esos recuadros ya incluyen un número escrito; ha de completar los recuadros que están en blanco, de forma que aparezcan números del 1 al 9 solamente una vez en cada fila horizontal, en cada columna vertical, y en cada uno de los nueve bloques de la cuadrícula.

Cada uno de los Sudoku que os proponemos, varían su dificultad desde el nivel más sencillo, al más complejo.

El rincón de los peques

Dale color a tu coche



Adivinanzas y trabalenguas

Hermanos inseparables,
soportamos un gran peso,
la tierra nos da su beso,
porque somos insansables.

Los pies.

Alto, alto como un pino
y pesa menos que un comino.

El humo.

Dulce como un bombón,
duro como el carbón,
y soy pariente del polvorón.

El turrón.

¿De qué llenarías un botijo para
que pese menos que vacío?.

De agujeros.

¿Qué pesa más, un kilo de hie-
rro o un kilo de paja?.

Pesan lo mismo.

Un caballo blanco entró en el
Mar Negro. ¿Cómo salió?.

Mojado.

Un león muerto de hambre, ¿de
qué se alimenta?.

De nada, porque está muerto.

Yo iba andando hacia Villa la
Vieja, cuando me encontré con
tres viejas. Cada vieja llevaba
un saco, cada saco llevaba tres
ovejas. ¿Cuántas viejas iban
hacia Villa la Vieja?.

Ninguna, porque las viejas no
iban a Villa la Vieja, sino que ve-
nían de allí.

Cuatro gatos en un cuarto,
cada gato en un rincón,
cada gato ve tres gatos,
adivina cuántos gatos son

Son 4 gatos.

Noticias de salud

Gafas para el tercer mundo

Mientras que en Inglaterra hay un optometrista por cada 4.500 habitantes, en el África subsahariana esta proporción es de uno por millón, lo que unido al coste de las lentes y monturas, supone que muchos niños no pueden ni leer, y muchas personas activas no pueden seguir trabajando más allá de los treinta años, porque han perdido gran parte de su visión.

Josh Silver, un profesor de Física de la Universidad de Oxford ya jubilado, ha inventado unas gafas de bajo coste, que pueden ajustarse gracias a un ingenioso sistema, para adaptarse a la graduación necesaria en cada caso.

El inventor asegura que sus gafas pueden suponer una ventaja sobre el analfabetismo, los artesanos podrán seguir con sus actividades, los pescadores remendar las redes y, en definitiva, mejorar tanto la visión, como influir positivamente en el tejido productivo de las naciones más desfavorecidas.

El invento se basa en el principio de que cuanto más gruesa es una lente, más potencia correctora tiene; así, las gafas disponen de dos pequeños tubos circulares llenos de fluido, cada uno de los cuales va conectado a una pequeña jeringa situada junto a cada patilla. De este modo, el usuario que necesita adaptar su visión, ajusta dicha jeringa para modificar la cantidad de líquido de la membrana, modificando de este modo la potencia de la lente, y toda vez alcanza el ajuste deseado, cierra la membrana con un pequeño tornillo para que no salga el líquido, y retira las jeringas.

El modelo actual es funcional, aunque poco estético, por lo que se está trabajando tanto en nuevos diseños, como en que cada uno de ellos tenga un coste



Hombre de etnia Zulú con las gafas patentadas por Josh Silver / REUTERS

total de un dólar por cada cien millones de unidades producidas, para lo que pretende involucrar a gobiernos y a las propias Naciones Unidas, para que financien el proyecto a gran escala, bajo el argumento de que cuando los pobres se independizan económicamente, se convierten en potenciales clientes.

Por el momento, la Universidad de Oxford ha aceptado albergar un Centro para la Visión en el Mundo en Desarrollo, que ya cuenta con la financiación del Banco Mundial, así como con la colaboración de varios equipos científicos de EEUU, China, Hong Kong y Suráfrica.

Lo que parece un proyecto prometedor, ya es una realidad plasmada en los más de treinta mil pares de gafas distribuidas en quince países, aunque el inventor asegura que pretende distribuir hasta un millón más de ellas en la India el próximo año.

Si aún no conoces el Fondo Documental Sanitario, visítalo en

<http://www.laenfermeria.es/docuwiki>

es un recurso gratuito de interés para el mundo sanitario.

10,9% de embarazadas se droga

Investigadores del Grupo de Investigación en Infancia y Entorno del Instituto Municipal de Investigación Médica del IMIM (Hospital del Mar -Barcelona-), vinculado al servicio de Pediatría de dicho Hospital, llega a este sorprendente hallazgo, tras estudiar el meconio de los recién nacidos.

El meconio, primer excremento, comienza a formarse entre las semanas 12 y 16 del embarazo, y almacena información sobre la exposición fetal a drogas de abuso, lo cual supone un avance significativo frente a las muestras de orina, método, que pese a ser fiable, únicamente refleja su uso durante cuatro días previos al análisis, particularmente a la hora de detectar tempranamente problemas en el neurodesarrollo de los recién nacidos, de cara a un mejor seguimiento y tratamiento de los mismos, así como para conocer la prevalencia real del consumo de drogas.

El estudio, publicado en la revista "Anales de Pediatría", perseguía conocer la prevalencia del consumo de drogas entre las gestantes, para lo que contaron con el consentimiento de 1.209 embarazadas que dieron a luz en el Hospital del Mar entre 2002 y 2004, a las que se les realizó un seguimiento en los dos últimos trimestres del embarazo.

Curiosamente, tan solo un 2,8% de las participantes en el estudio declaró en las entrevistas haber consumido algún tipo de drogas (cannabis, heroína y/o cocaína), mientras que el estudio arroja unas cifras significativamente más altas, en las que se indica que el número de gestantes que habían consumido alguna de ellas, es del 10,9%.

De ese 10,9% de positivos identificados, el 5,3% lo fue en consumo de cannabis, el 4,7% en consumo de heroína, y el 2,6% en consumo de cocaína, mientras que un 1,5% restante, era positivo en el consumo de más de una sustancia.

Mención aparte merece la infradeclaración del consumo de tabaco en contraste con el consumo real durante la gestación, así como la constatación de que existe una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y el policonsumo de otras drogas, y que dicho consumo no se asocia a una determinada etnia ni clase social entre la población estudiada.

Según Óscar García, uno de los firmantes, "este estudio ha permitido demostrar la existencia de un consumo oculto y significativo de drogas durante la gestación, con la consecuente repercusión en neurodesarrollo de los fetos que han sido expuestos, y obtener información sobre la prevalencia real del consumo de drogas".

Fallece campesino que recibió trasplante de cara

Li Guoxing, un campesino chino de 32 años, saltó a la portada de todos los medios en 2006, tras recibir un trasplante de cara en el Hospital Xijing (Xian), al suroeste del país, después de haber sido desfigurado por un oso.

Según uno de los facultativos, a finales de 2007 Li dejó el hospital contra el criterio médico, y regresó a su hogar en una zona mon-



tañosa, abandonando también los fármacos anti-rechazo y sustituyéndolos por remedios naturales a base de plantas medicinales tradicionales.

Como resultado de todo ello, el hombre trasplantado acaba de fallecer, según se recoge en una noticia de la agencia ANSA fechada el día 20 de diciembre de 2008.

Prótesis de rodilla que crece al ritmo de la pierna sana

Un niño de 11 años aquejado de osteosarcoma, un tumor maligno que afecta al hueso, ha recibido en el Hospital de San Juan de Alicante, la primera prótesis de rodilla capaz de crecer al mismo ritmo que la pierna sana, pero dando un salto cualitativo en relación al sistema empleado hasta el momento.

Una de las ventajas del nuevo sistema radica en que una vez termina el periodo de crecimiento, de usarse una prótesis normal, puede existir una diferencia de entre 10 y 15 centímetros entre los miembros, lo que añade a la cojera, problemas de cadera y columna vertebral, que suelen terminar en invalidez.

Hasta el momento, los primeros prototipos de prótesis de rodilla capaces de adaptarse al ritmo de crecimiento, presentaban múltiples riesgos derivados de

su diseño; así, los primeros presentaban una suerte de rosca que se movía mediante una llave, pero que requería de una pequeña intervención quirúrgica en cada ocasión. Este sistema únicamente podía alargar unos pocos milímetros la prótesis cada vez, lo que suponía múltiples intervenciones, con el coste y riesgo añadido para cada intervención, ya que a los problemas derivados de la anestesia y el riesgo de enfermedades nosocomiales, los pacientes afectados de osteosarcoma presentan la desventaja adicional de un sistema inmunitario debilitado por los tratamientos de quimioterapia a los que se ven sometidos.

El nuevo sistema incorpora una bobina circular en la que se introduce la pierna del paciente, y que genera un campo magnético rotatorio que rota un imán situado en la prótesis; dicha rotación se traduce en un movimiento logitudinal que la estira telescópicamente, lo que permite alargarla unos 0,23 milímetros por minuto, en un procedimiento que puede repetirse a criterio médico, con unas molestias, riesgos y costes mínimos.

Aunque según señala Rafael Alcalá-Santaella, jefe del servicio de Traumatología del mencionado hospital, estas prótesis únicamente han sido usadas en nuestro país anteriormente en un centro piloto de Madrid y otro de Barcelona, en otros lugares como Inglaterra y Alemania, ya tienen experiencia en la implantación de este nuevo modelo de prótesis, y están constatando las virtudes del nuevo dispositivo.



**Publicidad
para
patrocinadores**