

Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACIÓN n.º 26/28 AÑO VII. N.º 27. NOVIEMBRE 2000

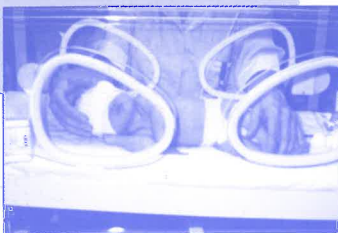
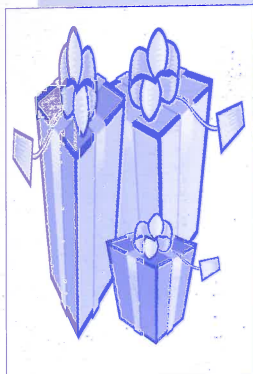
de

¿Nuevas Especialidades?



E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R



Dirección:
Adolfo Gil Andrés.

Coordinación:
Sagrario García Ramos.

**Consejo de Redacción y
Consejo de Administración,**
Junta de Gobierno del Colegio Oficial
de Enfermería de La Rioja.

Fotocomposición e Impresión:
Mogar Linotype, S.A.

Dep. Legal: LO-150-1984.

ISSN: 1136-2316.

**Colegio Oficial de Enfermería
de La Rioja:**

Plaza Tomás y Valiente, nº 4 - Bajo
Tfno.: 941 23 92 40 • Fax: 941 23 93 47
26004 LOGROÑO
E-mail: cole26@smail1.ocenf.org

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.

Sumario

3 Editorial

4 Asociación española de enfermedades musculares (A.S.E.M.)

5 Fiesta de Navidad

6 Seguro de responsabilidad civil
servicios al colegiado

7 - 26 Artículos científicos

27 Convenio de colaboración

28 - 29 Sentencia

30 Agenda y avisos

31 XIIª Convocatoria Premio
"Enfermería Riojana"

32 2ª Convocatoria de Enfermería
Riojana para: certamen
fotográfico y relatos breves

33 Formación continuada

34 Teléfono Azul de la Enfermería
Española



Editorial

Durante años y por razones inexplicables si no es desde una óptica política y económica hostil a la profesión enfermera, se nos impidió nuestro desarrollo profesional a través de las especialidades con parches absurdos como que transitoriamente los Diplomados en Enfermería realizarán las anteriores de los A.T.S.

Finalmente este escollo logró salvarse después de innumerables negociaciones, presiones y movilizaciones en la que esta organización tuvo mucho que ver, viendo la luz el R.D.992/87 que desarrollaban las especialidades y la forma de obtenerlas. No es que esto nos dejase satisfechos, pero en cualquier negociación todas las partes han de dejar algo de sí mismos para poder obtener unos resultados positivos.

Todas las ilusiones y expectativas creadas a partir de entonces quedaron cercenadas por el tiempo, pues esa puerta que creímos abierta permaneció cerrada, hasta que se entreabrió, no por deseo de nuestra administración estatal, si no por la imposición de la Comunidad Europea, viendo la luz en primer lugar la de Matrona y posteriormente la de Salud Mental. Con distintos planteamientos de los iniciales, pero ahí están.

Nuevo parón.

Mientras tanto, hemos ido dejando jirones de nuestra historia bien porque Fisioterapeutas y Podólogos se han independizado o bien porque las nuevas titulaciones de Formación profesional nos han ido desplazando de puestos tradicionalmente nuestros, que incluso fueron especialidades de A.T.S. No cabe en esto lamentarse, pues la enfermería de base, la que ocupa cargos de gestión y todos en general, por desidia, no hemos sabido o querido impedirlo.

Pero sin que estas líneas quieran ser una llamada a la euforia, estamos en condiciones de afirmar que la situación ha cambiado, que la sintonía entre el Ministerio de Sanidad y la Organización Colegial ha mejorado, que hay voluntad política de desarrollar el R.D. de especialidades **¡Incluso ampliarlo!**

Hechos objetivos sólo podemos aportar la comparecencia del Subsecretario de Sanidad y Consumo ante el Congreso de los Diputados en el que textualmente dijo:

Por lo que se refiere a los Diplomados Universitarios en Enfermería hay que resaltar la consolidación a través del sistema de residencia en las especialidades de Obstetricia Ginecológica y Salud Mental. Un nuevo objetivo será un plan de acción que permita desarrollar el Real Decreto 992/1997 (Se equivocó de Decreto, pero eso es disculpable), lo que implicará materializar el desarrollo de las Especialidades de Enfermería, de Salud Laboral, de Enfermería Geriátrica y de Enfermería Pediátrica, siendo sensibles así a las necesidades sociosanitarias de nuestro país. (Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, año 2000, nº 50).

Sabemos que puede parecer poco, que la voluntad política es tremendamente voluble, y que de promesas incumplidas poseemos una interminable lista, pero los datos subjetivos y no publicables nos hacen preguntarnos con ilusión

¿Va a abrirse totalmente la puerta de las especialidades?



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES MUSCULARES (A.S.E.M.)



Queridos compañeros:

Aprovecho las páginas de esta, nuestra revista, para poner en vuestro conocimiento la apertura de una nueva delegación de A.S.E.M. en La Rioja.

La Asociación Española de Enfermedades Musculares (A.S.E.M.) fue creada en España en 1983.

En la actualidad tiene su sede en Barcelona. Es miembro de pleno derecho de E.A.M.D.A. (European Alliance of Neuromuscular Disorders Associations), organismo que aglutina los esfuerzos de trece asociaciones europeas con fines semejantes.

Asimismo, es miembro de la federación E.C.O.M. (Entidades Colaboradoras con el Minusválido).

Los logros conseguidos por este tipo de asociaciones fuera de nuestro país han sido importantes, tanto en el campo de la investigación como en el de la integración social.

Tiene delegaciones en Alicante, Andalucía, Asturias, Cantabria, Catalunya, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja, Murcia y Madrid.

ASEM-RIOJA comienza oficialmente en La Rioja a principios del año 1999, gracias a la ayuda de la Asociación Logroño sin Barreras (L.S.B.).

¿Pero qué son las enfermedades neuromusculares?

- Son las enfermedades "crónicas", esta palabra significa que cuando empiezan a mostrar sus síntomas, éstos perduran y progresan toda la vida.
- Su síntoma más importante es la pérdida de fuerza, debido a un deterioro de los músculos y/o de los nervios.
- Como los músculos son débiles, cuesta mucho saltar, correr, subir escaleras o jugar a algunos juegos; en algunos momentos es necesario usar una silla de ruedas, a veces para siempre.
- Pero estas enfermedades no afectan a otras habilidades como ver, oír, oler, saborear y hablar. Tampoco afecta a la inteligencia y no producen dolores.
- La pérdida de fuerza puede producir una dependencia de los demás, más aún a causa de las barreras arquitectónicas. Si se adapta el entorno, es decir, la casa, el colegio, el teatro... favorecemos una vida más independiente. Y todas estas mejoras facilitan también la vida a muchísima gente como la abuela, el compañero que se ha roto una pierna, la mamá con el carrito del niño...

Por todo ello es tan importante eliminar las barreras arquitectónicas.

Para que conozcan mejor estas enfermedades, les indicamos algunos de sus nombres:

- Distrofias musculares.
- Distrofia miotónica
- Miopatías congénitas
- Miastenia
- Miopatías metabólicas

• Otras enfermedades musculares

Aunque existen fundadas esperanzas de alcanzar un tratamiento eficaz, para la gran mayoría de estas enfermedades, por el momento no existe.

Sin embargo siempre se puede hacer algo para mejorar el estado del enfermo (fisioterapia, prevención de deformaciones, etc.)

¿Quiénes somos?

La asociación está formada por afectados, familiares y otras personas que, de una forma desinteresada, llevan a cabo la tarea de apoyar y orientar a quienes padecen alguna de estas enfermedades neuromusculares.

¿Qué buscamos?

1. Promocionar la agrupación de los pacientes de afecciones musculares que viven en España, para poder trabajar de forma coordinada en la consecución de posibles soluciones.
2. Sensibilizar a la opinión pública y a la administración de los problemas de curación, tratamiento y prevención de estas enfermedades.
3. Facilitar información sobre estas enfermedades a pacientes y familiares con el fin de conseguir su mejor conocimiento e implicaciones de los mismos.
4. Potenciar todos los canales de información y sistemas de ayudas para los afectados a fin de propiciar su integración social.
5. Cooperar con las entidades que tengan por finalidad conseguir los cambios de actitud social que permitan una mejor calidad de vida para los afectados.

¿Como lo conseguiremos?

- Mediante programas de información para los afectados y familiares.
- Promocionando actividades de todo tipo (culturales, recreativas, etc.), donde la participación del afectado sea tan válida como cualquier otra.
- Organizando conferencias, mesas redondas, congresos, etc., donde la problemática actual del afectado sea expuesta para conocimiento general.

Y un largo etcétera, que en definitiva, irá encaminado a nuestro objetivo principal: CONSEGUIR EL MAYOR BIENESTAR POSIBLE PARA LOS AFECTADOS NEUROMUSCULARES.

Los resultados de ASEM dependerán, también del esfuerzo que todos podamos realizar, de nuestra propia determinación. Juntos podremos conseguir que estos objetivos sean una realidad.

Si conoces a alguien que tenga una enfermedad neuromuscular, puedes ponerlo en contacto con nosotros indicándonos nuestra dirección. Trataremos de informarle y ayudarlo a conseguir el mayor bienestar posible para él y su familia.

El domicilio de la Asociación de Enfermedades Musculares de La Rioja, ASEM-RIOJA, se establece en Logroño, C/ Boterías 7-9 bajo, C.P. 26001 Logroño, Teléfono: 941 210307, Fax: 941214209.

Os saluda atentamente:

M^a Manuela Marín Pascual
Presidenta ASEM-RIOJA



FIESTA DE NAVIDAD

en el
**Colegio de Enfermería
de La Rioja**

Jueves 21 de Diciembre de 2000



Dirigido a todos los hij@s de los colegiados en La Rioja

PROGRAMA:

- 16:00 h. Película de Navidad (Salón Santo Tomás - Sede colegial)
- 17:30 h. Hinchables, discoteca infantil y refrescos (Plaza Tomás y Valiente)
- 18:30 h. Entrega de juguetes por Papá Noël (Salón Santo Tomás - Sede colegial)

PARA PARTICIPAR

Cumplimentar el boletín adjunto y entregarlo en la sede colegial antes del día 8 de diciembre de 2000.

Nombre del Colegiad@:

Nº coleg.:

Tlf. de contacto:

Hijos o sobrinos:

Nombre y apellidos: Edad:

Nombre y apellidos: Edad:

Nombre y apellidos: Edad:



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

La organización Colegial de Enfermería tiene concertado con Zurich Internacional el siguiente seguro de Responsabilidad Civil:

- Tomador del seguro: Consejo General de Diplomados en Enfermería de España en representación del conjunto de los Colegios de España.
- Asegurados: Se entienden por asegurados los colegios.
- Riesgos cubiertos: Los derivados de los daños corporales causados a terceras personas a consecuencia de faltas, errores, omisiones o negligencia involuntarias cometidas por él mismo en el desarrollo propio de su actividad profesional como Enfermero. Cualquier especialidad de Enfermería Fisioterapeuta o Podólogo.

Este certificado tiene validez, en tanto la póliza se halle en vigor, para todos los colegiados del Estado, siempre y cuando estén al corriente de sus obligaciones con su Colegio Provincial.

En caso de siniestro:

- Pondrá el hecho en conocimiento de su Colegio inmediatamente.
- No deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar nada.
- Si es citado por el Juzgado, exija que le informen si lo hacen como "imputado" o como "testigo".
- Los servicios jurídicos de la Organización (exclusivamente) le darán las instrucciones precisas personalizadas a los afectados y designarán abogados y peritos si fuese necesario.

Garantías: Desde 1 de Enero de 1998 se establece una garantía máxima por siniestro de 200 millones de pts.

SERVICIOS AL COLEGIADO

- **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL**
Cobertura 200 millones
- **PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN CONTINUADA**
Cursos gratuitos y Actividades Científicas
- **BECAS**
Convocatoria Anual
- **PREMIOS CIENTÍFICOS**
Convocatoria Anual
- **ASESORÍA LABORAL Y JURÍDICA**
Consultas gratuitas, Temas Profesionales, Pleitos Jurídicos, 25% descuento
- **BIBLIOTECA**
Uso exclusivo en el Colegio
- **VIDEOTECA**
- **SALÓN DE ACTOS**
- **SALÓN SOCIAL**
- **PUBLICACIONES**
Crónicas de enfermería y Enfermera actualidad
- **AULA INFORMÁTICA**
En horario de oficina
- **SALA DE REUNIONES**
Previa Petición
- **SERVICIO DE COMPULSA GRATUITO**
- **B.O.E. y B.O.R.**
- **INFORMACIÓN GENERAL**
En horario de atención al público.

FIESTA DE NAVIDAD en el Colegio de Enfermería de La Rioja





Ictericia Neonatal

Laura Pérez Tirado
Col. n.º.: 2378

INTRODUCCIÓN



La hiperbilirrubinemia, causante de la ictericia tan frecuente en el RN, en la mayoría de los casos será fisiológica y/o autolimitada. Pero no por ello debemos olvidar la ictericia patológica en cuyo caso ese exceso de bilirrubina difunde a los tejidos pudiendo dejar secuelas cerebrales irreversibles e incluso desencadenar la muerte.

DEFINICIÓN

La ictericia es la manifestación clínica visible de la hiperbilirrubinemia. En los adultos la bilirrubina sérica debe ser mayor de 2 mg/dl para presentar ictericia, pero en los neonatos ha de ser mayor de 7mg/dl.

En la mayoría de los niños la ictericia es un proceso autolimitado y "normal", siendo importante su seguimiento para detectar los casos patológicos (niveles muy elevados, duración excesiva...).

ORIGEN DE LA BILIRRUBINA SÉRICA

La bilirrubina procede del metabolismo de las proteínas del grupo hem, principalmente de la hemoglobina. En el recién nacido (RN) el 75% de la bilirrubina se obtiene de la catálisis fisiológica de los hematíes, mientras que en el adulto se obtiene hasta el 90% de bilirrubina del mismo proceso. Los hematíes se descomponen en: hierro que será reutilizado, en monóxido de carbono que se excretará por el pulmón y en biliverdina que se transformará en bilirrubina por la acción de la citosólica biliverdina reductasa.

El 25% restante (10% en el adulto) se obtiene de:

- El catabolismo de otras proteínas con grupo hem y del hem libre.

- La eritropoyesis ineficaz por destrucción de los precursores de las células rojas.

El RN normal produce hasta tres veces más bilirrubina que el adulto debido a:

- mayor masa de células rojas por kilogramo de peso
- menor vida media de los hematíes 85 días frente a 120 en adultos
- otras fuentes.

METABOLISMO

Para poder ser excretada en la bilis la bilirrubina liposoluble ha de convertirse en un derivado hidrosoluble mediante la conjugación hepática.

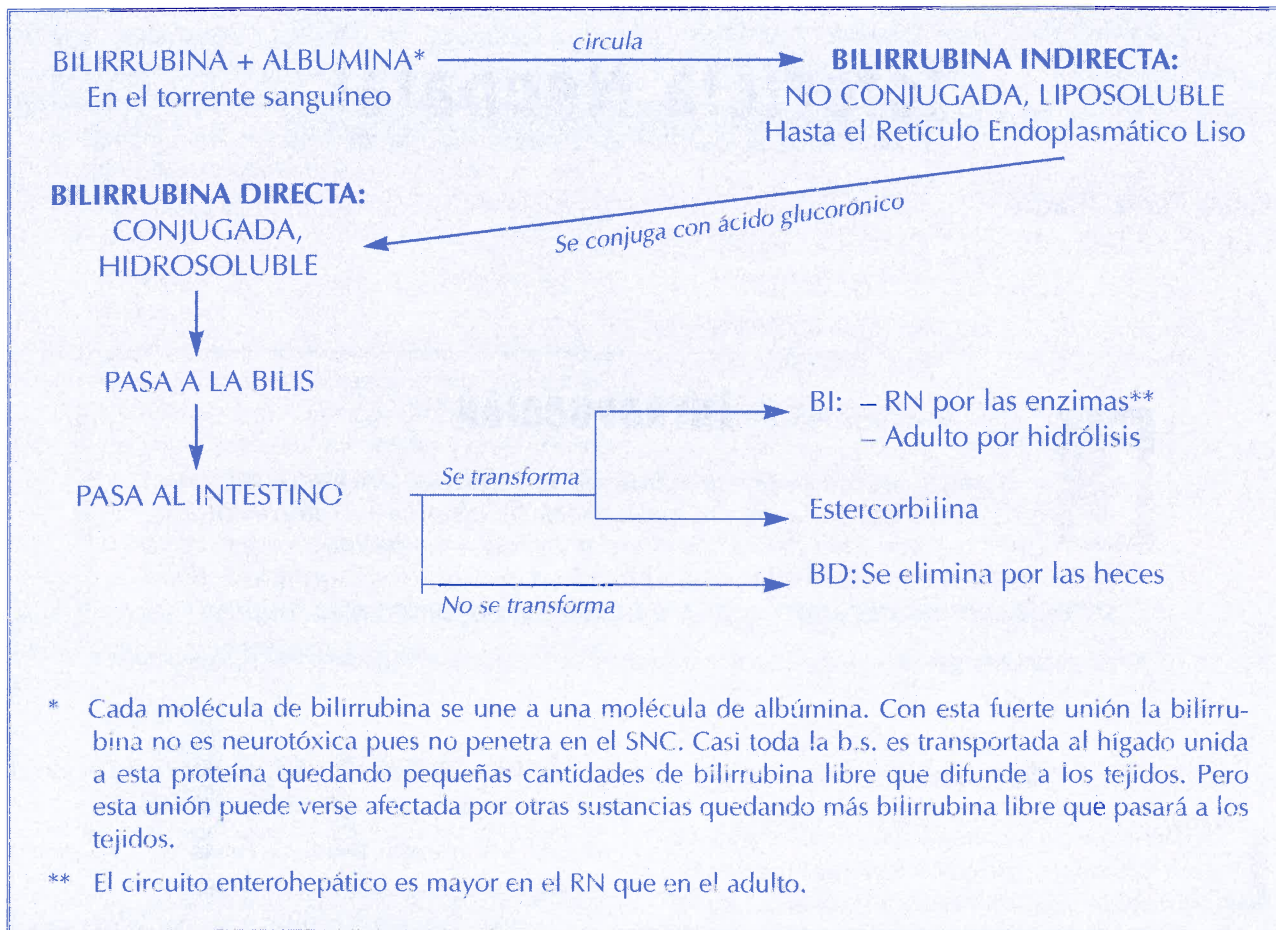
Los pasos que sigue los vemos en el **cuadro1**.

ICTERICIA FISIOLÓGICA

Durante la primera semana de vida casi todos los RN presentan bilirrubina sérica (b.s.) superior a 2 mg/dl, llegando a alcanzar al tercer día picos de 6-8 mg/dl en el RN a término (RNT) y al sexto día picos de 10-12 mg/dl en el RN pretérmino (RNPreT). Hasta pasados los 30 días de



CUADRO 1



CUADRO 2

LÍMITES PARA DEJAR DE CONSIDERAR LA ICTERICIA FISIOLÓGICA

Ictericia clínica en las primeras 36 horas de vida

Velocidad de aumento de la BT > 5 mg/dl/día

BT > 13 mg/dl en RNT con LA

BT > 17 mg/dl en RNT con LM

BT > 15 mg/dl en RNPreT con LA

Ictericia más allá de 8 días en RNT

Ictericia más allá de 14 días en RNPreT

BD > 1,5-2,0 mg/dl

Siendo: BT= bilirrubina total; RNT= recién nacido a término; RNPreT= RN pretérmino;

LA= lactancia artificial; LM= lactancia materna; BD= bilirrubina directa



vida podrían no encontrarse niveles de b.s. menores e 2 mg/dl.

Las causas son muy diversas:

- Aumento de la producción de bilirrubina.
- Disminución de la captación y el transporte en el hepatocito
- Disminución de la conjugación
- Inmadurez del mecanismo excretor
- Aumento de la circulación enterohepática

Es importante conocer los límites para empezar a considerar la ictericia patológica **cuadro 2**, aunque la presencia de estos criterios no implica que no nos encontremos ante una ictericia fisiológica pues habría que indagar más. No obstante nos pueden servir de guía. Además deberemos considerar la ictericia un signo de enfermedad en aquellos RN que:

- desarrollan ictericia clínica en la primeras 24-36 horas de vida
- la fracción de BD > 4 mg/dl
- la BT > 15 mg/dl
- si se prolonga más de 10 días en RNT o más de 2-3 semanas en RNPreT

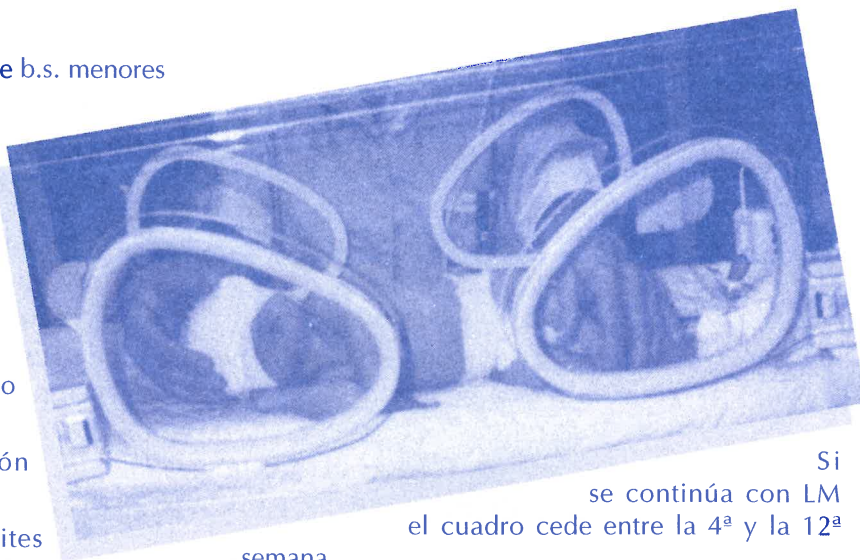
Se sabe que el inicio precoz de la alimentación reduce los niveles de b.s. posiblemente por:

- disminuir la reabsorción intestinal por aumentar el peristaltismo,
- inducir a las bacterias que convierten la BD en estercobilina.

HIPERBILIRRUBINEMIA POR LECHE MATERNA

La asociación entre lactancia materna (LM) e ictericia se ha observado en estudios realizados en la primera semana de vida a más de 8.000 niños encontrando una incidencia significativa en niños alimentados al pecho, con leche humana de banco o con alimentación mixta.

La clínica se resume en un aumento de BI hacia el tercer día de vida que va progresando (en lugar de disminuir) en los días siguientes hasta 20-25 mg/dl al final de la segunda semana. El niño presenta buen estado general con ganancia normal de peso.



Si se continúa con LM el cuadro cede entre la 4ª y la 12ª semana.

Si se suspende la LM remitirá en 24-72 horas, de lo contrario habrá que pensar en otras causas.

Esta hiperbilirrubinemia puede deberse a la inhibición temporal de la excreción hepática de bilirrubina o/y al aumento de la reabsorción intestinal de bilirrubina en lactantes con LM.

El tratamiento será en la mayoría de los casos en los que la b.s. no aumente excesivamente: vigilar la evolución y calmar a los padres.

Pero si la b.s. alcanza cifras muy elevadas se suspenderá la LM temporalmente pasando a lactancia artificial (LA) e incluso se recurrirá a la fototerapia hasta alcanzar niveles aceptables.

No obstante la mayoría de los RNT con LM tienen niveles séricos de bilirrubina normales sin requerir una vigilancia especial.

ICTERICIA PATOLÓGICA

La ictericia puede ser útil como primer signo diagnóstico de muchas enfermedades neonatales debidas a:

- producción excesiva de bilirrubina
- excreción disminuida
- causa mixta

Se encuentran esquematizadas en los **cuadros 3.1 y 3.2**, aunque las hiperbilirrubinemias más frecuentes se deben a:

- Alimentación con lactancia materna
- Prematuridad
- Hemólisis extravascular
- Isoinmunización Rh y ABO



CUADRO 3.1

CAUSAS DE LA ICTERICIA PATOLOGICA

1.- PRODUCCIÓN EXCESIVA DE BILIRRUBINA

- 1.1. TRANSTORNOS HEMOLÍTICOS: Incompatibilidad grupo sanguíneo
Causas genéticas...
Hemólisis por Vit K, oxitocina, sulfonamidas...
- 1.2. SANGRE EXTRAVASCULAR: Equimosis, hematomas,...
Hemorragia cerebral, pulmonar...
- 1.3. POLICITEMIA: Ligadura tardía de cordón
Hipoxia fetal crónica...
- 1.4. CIRCULACIÓN ENTEROHEPÁTICA AUMENTADA: Obstrucción mecánica
Peristalsis reducida

2.- EXCRECIÓN DISMINUIDA DE BILIRRUBINA

- 2.1. DISMINUCIÓN DE LA RETIRADA DE BILIRRUBINA POR EL HÍGADO:
– Bloqueo de ligandina (coagulación) por fármacos
– Leche materna...
- 2.2. COAGULACIÓN DISMINUIDA: Reducción congénita de la conjugación
Inhibición enzimática por drogas u hormonas
- 2.3. ALTERACIÓN EN EL TRANSPORTE DE BC AL CANALÍCULO BILIAR:
– Síndrome de Dubin-Johnson y Síndrome de Rotor
– Intolerancia a la fructosa
– Nutrición parentela
- 2.4. OBSTRUCCIÓN MECÁNICA DEL FLUJO BILIAR: Intrínseco y extrínseco

3.- MIXTA

- 3.1. INFECCIÓN PRENATAL: Toxoplasmosis, Rubeola, Sífilis, Hepatitis...
- 3.2. INFECCIÓN POSTNATAL: Sepsis
- 3.3. OTROS: Eritroblastosis grave, hijo de madre diabética...

CUADRO 3.2

CAUSAS DE ICTERICIA SEGÚN EL TIEMPO DE VIDA

<i>Primeras 24 h</i>	<i>2º-3º día</i>	<i>4º-5º día</i>	<i>Tras 1ª semana</i>
Incompatibilidad Sanguínea	Ictericia fisiológica Incomp. Sanguínea	Amamantamiento S. Sufri. Respiratorio	Herpes simple Hipotiroidismo
Infección intrauterina	Infección	Madre diabética	Hepatitis neonatal
Cefalohematoma	Policitemia	Sde. Crigler-Najjar	Infección
Ingesta sangre materna	Hemorragia interna Sde. Sufrimiento respir.	(fallo conjugación)	Atresia biliar Quiste colédoco Galactosemia



- Infección bacteriana
- Circulación enterohepática aumentada por retraso en la eliminación de meconio.

En ocasiones coexisten algunas de estas etiologías.

Toxicidad: Importancia de la hiperbilirrubinemia

KERNICTERUS: Hallazgo necrótico de la coloración amarillenta del cerebro, sobretodo en núcleos de pares craneales y ganglios basales // Secuelas neurológicas tardías en niños con encefalopatía bilirrubínica en periodo neonatal.

La barrera hematoencefálica (BHE) puede ser atravesada sólo por la bilirrubina indirecta (BI) libre liposoluble, no unida a albúmina. Ni tan siquiera puede ser atravesada por sus isómeros formados por efecto de la luz. Por ello existe mayor riesgo de que

la bilirrubina entre en el cerebro en las siguientes circunstancias:

- 1** Aumento de la concentración plasmática de BI libre.
- 2** Concentración plasmática elevada de sustancias que desplazan a la bilirrubina de su unión con la albúmina.
- 3** Ruptura de la BHE.

El Kernicterus está causado generalmente por las incompatibilidades de los glóbulos rojos, pero hoy en día se manejan muy bien por lo que el riesgo de Kernicterus es real en prematuros gravemente enfermos.

ENCEFALOPATÍA BILIRRUBÍNICA

Manifestaciones clínicas agudas del RN debidas a la lesión del cerebro causada por la bilirrubina. A veces son moderadas y reversibles y no siempre son evidentes.

Los estadios clínicos de ésta encefalopatía los vemos en el **cuadro 4**. Aquellos que llegan al estadio 3, si sobreviven probablemente sufrirán las siguientes secuelas:

- Retraso en el desarrollo motor
- Ataxia de la marcha
- Corea y atetosis
- Audición defectuosa
- Retraso mental



CUADRO 4

ENCEFALOPATIA BILIRRUBINICA - ESTADIOS CLINICOS EN EL RN

ESTADIO 1

Reflejo del moro incompleto
Estupor, letargo, hipotonía
Succión pobre, vómitos

ESTADIO 2

Fiebre
Hipertonía, Opistonos
Convulsiones

ESTADIO 3

Crisis oculógiras,
Parálisis de la mirada hacia arriba
A veces: muerte

Desaparece la hipertonía
Fallecen el 50%
Secuelas probables el resto



TRATAMIENTO DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA

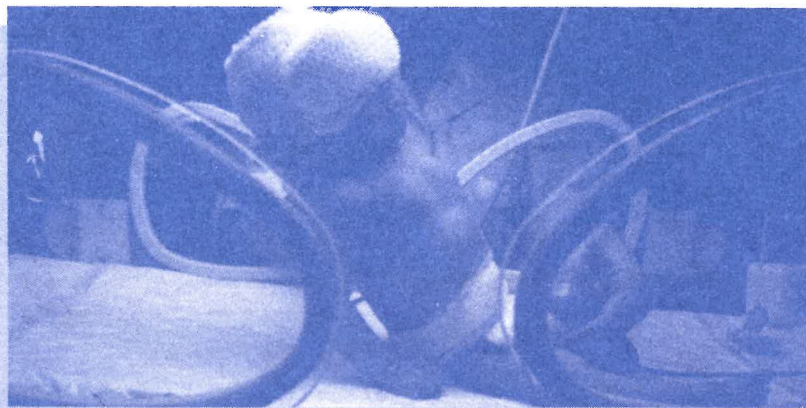
1 Tratar la causa

Si alcanza cifras tóxicas se recurrirá a fototerapia,

2 exanguinotransfusión o/y a agentes farmacológicos que inhiban la formación de bilirrubina.

3 Eliminar o frenar las situaciones que aumenten la BI libre: ayuno, hipoglucemia, hipotermia entre otras.

4 Evitar o tratar la rotura de la BHE: por acidosis respiratoria grave, convulsiones, aumento de la osmolaridad o de la tensión arterial.



FOTOTERAPIA

Es el tratamiento más utilizado en neonatología. Convierte la bilirrubina en productos que pueden prescindir de la conjugación hepática para poderse excretar en la bilis o la orina. Esto es posible gracias a tres tipos de reacciones causadas por la luz: fotooxidación, isomerización estructural e isomerización configuracional.

TÉCNICA

Se utilizan tubos fluorescentes de alta densidad de luz azul alternados con tubos de luz de día, colocados a 45 cm por encima del niño.

También existen mantas de fibra óptica sobre las que se colocará al niño desnudo mientras se aplica la fototerapia clásica. A través de esta fototerapia doble se aumenta la eficacia del tratamiento.

CUIDADOS

- Desnudar completamente al niño protegiéndole los ojos con gafas de tejido opaco y colocando compresa para el control de la eliminación (urinaria y fecal).
- Monitorizar la temperatura rectal cada 2-4 horas. Si está en incubadora proteger el sensor de T^a de la luz. Si está en cuna colocaremos un foco adicional de infrarrojos a una distancia prudencial.
- Aumentar el aporte hídrico hasta un 25% más.

- Pesar al niño a diario, siempre a la misma hora, para valorar pérdidas excesivas por diarreas o pérdidas insensibles.
- No aplicar vendajes oclusivos, ungüentos tópicos ni plásticos para evitar quemaduras.
- Retirar láminas de plástico formando pliegues y arrugas sobre la piel pues disminuyen la irradiación cutánea.
- Cambiar de posición cada 2-4 horas.
- Ante la imposibilidad de valorar cianosis colocar pulsioxímetro protegiéndolo de la luz.
- Interrumpir fototerapia:
 - Al extraer analítica de sangre
 - Cuando lo visiten los padres
 - Durante la alimentación
 - Cuando los niveles de b.s. ya no sean tóxicos

Si aparecen complicaciones no esperadas

COMPLICACIONES PROBABLES

- Alteraciones cutáneas: quemaduras, pigmentación, eritema.
- Síndrome del niño bronceado (se suspenderá fototerapia)
- Deshidratación
- Hipotermia o hipertermia
- Niveles anormalmente bajos de b.s. en analítica
- Hemólisis de transfusiones sanguíneas
- Alteración de la medicación fotosensible
- Lesión retiniana
- Hipocalcemia en prematuros



EXANGUINOTRANSFUSIÓN (Transfusión de intercambio)

Técnica poco utilizada en los últimos años, indicada en:

- 1 Anemia hemolítica y anemias graves no hemolíticas
- 2 Hiperbilirrubinemia indirecta. Según el cuadro 5
- 3 Para extraer metabolitos tóxicos de la sangre
- 4 Alteraciones electrolíticas
- 5 Defectos importantes de la coagulación

TÉCNICA Y CUIDADOS EN RN

- Estabilizar al paciente hemodinámicamente
- Monitorizar constantes vitales y pulsioximetría
- Tener cerca el equipo de reanimación y aspiración
- Inmovilizar manos y pies
- Mantener canalizada una vía venosa con suero glucosado al 5%. Las vías utilizadas son: vena umbilical, venas de región antecubital, vena tibial anterior y safena

- No dar alimentación enteral 4 horas antes. Colocar sonda nasogástrica y aspirar el contenido
- Colocar bolsa de orina
- Conocer los componentes de la sangre a administrar, incluidos iones
- Estudiar los componentes de la primera muestra de sangre extraída
- Calentar la sangre a trasfundir hasta 37°C
- Realizar glucemias cada 30 minutos
- La técnica isovolumétrica se reserva para pacientes muy inestables. Generalmente se canaliza la arteria umbilical para la extracción y la vena umbilical para la infusión. Se realiza en paralelo y de forma manual o mecánica.

CUIDADOS TRAS LA ET

- Continuar monitorización durante 8 horas
- Mantener a dieta absoluta durante 4 horas
- Extraer analítica de control contrastándola con la basal
- Colocar al paciente en fototerapia doble:
 - Manta de fibra óptica
 - Luz azul

CUADRO 5

TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA EN RN DE BAJO PESO

PESO kg	CONCENTRACION DE BI (mg/dl)					
	5-6	7-9	10-12	12-15	15-20	>20
<1kg	Fototerapia	→	Exanguinotransfusión	→		
1-1,5	Observar Repetir BI	Fototerapia	→	Ex-tr	→	
1,5-2	Observar Repetir BI	→	Fototerapia	→	Ex-tr	→
>2 kg	Observar	Observar Repetir BI	Fototerapia < 2,5 kg	Fototerapia > 2,5 kg	→	Ex-tr

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Rodríguez M.: Pediatría, Hiperbilirrubinemia neonatal. Ed. Díaz de Santos, S.A. 1994;19:236-259

Waechter et al.: Enfermería infantil, Cuidado de Lactantes de Alto Riesgo. Ed. McGraw-Hill, Interamericana 1996; 13:339-342

Richard E.Behrman, MD.: Nelson, tratado de pediatría 14ª edición. Vol I. Ed. McGraw-Hill. Interamericana 1992; 571-577

E.Casado de Frías; A. Nogales Espert: Pediatría 3ª edición Vol I. Ed. M&C pag. 113-117

M.J. Rodríguez: Procedimientos de Enfermería del Hospital Reina Sofía de Tudela, Pediatría, 1998.



Valoración en Enfermería del enfermo con Demencia Senil tipo Alzheimer

Ana M^a García Martínez
Col. n.º: 1402

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Es la demencia degenerativa más común. Se caracteriza por tener un comienzo insidioso y una evolución lenta y continuada que conduce a la invalidez plena y finalmente a la muerte.

Afecta a ambos sexos pero es más frecuente en las mujeres. La edad de comienzo gira alrededor de los 65 años, pero se establece un margen amplio entre los 44 y 90 años. Carece de tratamiento curativo en la actualidad.

En la enfermedad de Alzheimer se produce una alteración de la corteza cerebral. Histológicamente hay una disminución del número de neuronas, aparecen placas seniles con depósitos amiloides, degeneración neurofibrilar y degeneración granu-lovacuolar en el hipocampo.

La etiología es desconocida, aunque se han identificado factores genéticos, metabólicos e inmunológicos que explican algunas manifestaciones. Estudios realizados han detectado una menor tasa de acetilcolina y norepinefrina respecto al resto de población. Otras teorías causales atribuyen la enfermedad a la intoxicación por aluminio.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Fase Inicial

Existe un deterioro de la memoria reciente; La orientación es deficiente. Respecto al comportamiento se aprecia una pérdida de iniciativa, desinterés, cambios bruscos del humor. Se observa un empobrecimiento del lenguaje y de la comprensión. Las actividades de la vida diaria pueden llevarse a cabo con autonomía.

Fase Intermedia

La afectación de la memoria se extiende a recuerdos lejanos; Presentan desorientación (incluso en su propia casa). Aparecen alteraciones gnósticas, práxicas y del lenguaje. Se incrementa el deterioro intelectual. Presentan apatía, vagabundeo y agresividad así como pérdidas en el autocuidado (precisan ayuda en mayor o menor grado).

Fase Avanzada

Existe alteración de la memoria reciente y de la tardía, conservan la memoria emocional. Evidencia de afectación neurológica: rigidez, reflejos regresivos, afasia. Empeoramiento psicológico y conductual. Gran dependencia, la incontinencia es total.

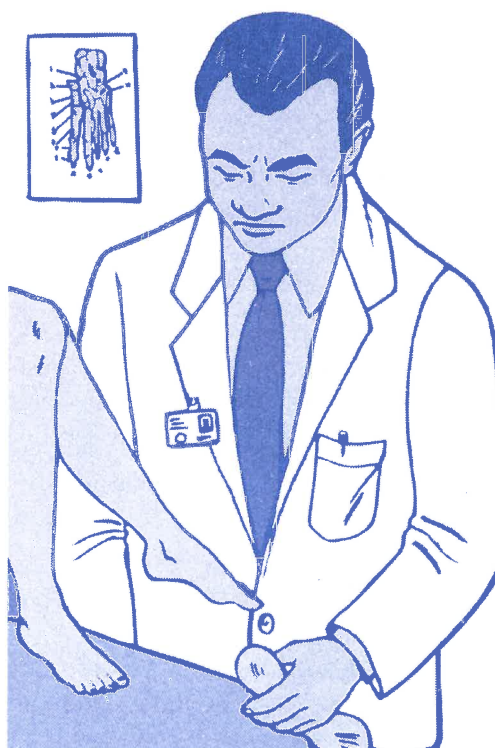
Fase Terminal

Gran deterioro cognitivo y orgánico: Llegan a estar confinados en una silla de ruedas o encamados; Aparece hipertrofia en flexión, mutismo vegetativo etc. El fallecimiento se produce por complicaciones infecciosas o tromboembolismo pulmonar facilitado por la inmovilidad.

INTRODUCCIÓN



A ENFERMERA tiene el privilegio de basar su intervención sobre un nivel de cercanía e intimidad con el paciente y su familia, hasta 24 horas al día, en algunos casos. Esta proximidad deberá ser aprovechada para elaborar una cuidadosa valoración del demente, su cuidador y familia así como del entorno en el que vive; para así poder detectar una sede de necesidades y, a partir de su priorización diseñar unos planes de cuidados orientados a cubrirlas o paliarlas de la manera más idónea posible. También tiene importancia poner en común con el resto de los profesionales del equipo las diversas observaciones, para conseguir un acercamiento multidisciplinar del problema. El carácter cambiante de la enfermedad, hará que estas necesidades deban ser reevaluadas de forma periódica y continuada para la detección de cambios y necesidades de nueva aparición.



OBJETIVO PRIORITARIO DE LOS CUIDADOS:

MANTENER EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y RESGUARDAR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE EL MAYOR GRADO DE AUTONOMÍA PERSONAL.

EL PUNTO DE PARTIDA para valorar adecuadamente las observaciones posteriores es la información sobre las características del paciente previas al comienzo de la enfermedad: intereses, actividades, grado de autocuidado, capacidad intelectual, estilo de vida, modo de ser, calidad de las relaciones familiares, rasgos más característicos de su personalidad, etc.



ENTREVISTA

Sugerencias que pueden servir de ayuda para facilitar la conversación:

1. Buscar un entorno confortable y tranquilo, sin ruidos ambientales.
2. Identificarse y explicar en qué va a consistir la conversación. Repetir la información varias veces, sin perder la calma.
3. Mantener una actitud flexible y abierta.
4. Utilizar frases cortas, sencillas, adaptadas a su edad y nivel de conocimientos.
5. Tratar de averiguar el grado de comprensión.
6. Orientar la entrevista hacia la detección de una sede de problemas concretos para posteriormente priorizarlos y abordarlos correctamente.
7. Evitar preguntas con respuestas cerradas: sirven como escudo para ocultar información sobre sus pensamientos, discapacidades y sentimientos.
8. Indagar la existencia de posibles alteraciones en la vista, el oído y el habla que dificulten la comunicación (ayudar al paciente con dificultades en la expresión tratando de adivinar lo que ha querido decir, según el curso de la conversación).
9. Explorar su reacción a la cercanía física y al contacto para una posterior utilización de la comunicación no verbal como apoyo al lenguaje o como sustituto de la palabra cuando se presenten dificultades.
10. Detectar los temas que le resulten molestos, que le hacen perder el control emocional o que le provocan reacciones emocionales llamativas. Cambiar de tema si esto se produce y retomarlo más adelante, esto distraerá su atención y se calmará.
11. Hablar con el paciente y la familia en la misma entrevista ofrece ventajas e inconvenientes. Por un lado, aporta información sobre la manera de relacionarse entre ambos pero también pueden sentirse violentos por la información descubierta e incluso verse obligados a contar su versión y dejar al paciente en evidencia, lo que resulta muy molesto.



Tener en consideración que la información aportada por la familia tendrá como sesgo sus propias emociones y por parte del paciente, el cansancio y la escasa atención si la entrevista es muy extensa.

Por lo tanto, lo más adecuado sería realizar más de una entrevista de valoración del paciente, y con su permiso entrevistar al cuidador y familia para concluir con una entrevista familiar conjunta.



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. VALORACIÓN FUNCIONAL

1.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1.2 MOVILIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA

1.3 CUIDADO PERSONAL

1.4 ESTADO NUTRICIONAL

1.5 ELIMINACIÓN

1.6 SUEÑO

1.7 SEXUALIDAD

1.8 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

1.9 MEDICACIÓN

1.1 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- 1.1.1 Vestirse y desvestirse, incluyendo cuándo se debe cambiar de ropa y echar la sucia a lavar.
- 1.1.2 Aseo y arreglo personal.
- 1.1.3 Entradas y salidas de la casa.
- 1.1.4 Salir a hacer los recados.
- 1.1.5 Comprar comida, conservarla y prepararla.
- 1.1.6 Alimentarse adecuadamente.
- 1.1.7 Mantenimiento de la casa en condiciones de habitabilidad (agua, calefacción).
- 1.1.8 Poner la lavadora.
- 1.1.9 Llevar las cuentas.
- 1.1.10 Ocupar el tiempo libre.
- 1.1.11 Irse a la cama por la noche.

1.2 MOVILIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA

- 1.2.1 Pérdida de movilidad:
 - Conocer la causa, grado, posibilidad de mejoría y el tipo de ayuda que precisa.
 - Valorar si está relacionada con la medicación que esta tomando.
 - Observar si se levanta por sí mismo de la silla o de la cama.
 - Valorar el mantenimiento del equilibrio y el riesgo de caídas.
- 1.2.2 Actividad física:
 - Explorar la que tenía antes para contrastarla con la actual.
 - Conocer las cosas que ha dejado de hacer como las que todavía es capaz de realizar.
 - Estado de sus pies (juanetes, durezas, dedos deformes) y ver si el calzado que utiliza es el adecuado para su edad y condición: recomendar el uso de zapato ancho y cómodo, de tacón bajo y

suela antideslizante y una visita al podólogo si se considera oportuno.

1.3 CUIDADO PERSONAL

- 1.3.1 Indagar acerca de los hábitos higiénicos previos para así poder juzgar los actuales.
- 1.3.2 Observar si se viste sin ayuda, con la ropa adecuada al tiempo y a la actividad y en el orden correcto.
- 1.3.3 Preguntar si es necesario colocarle la ropa que ha de ponerse sobre la cama o una silla.
- 1.3.4 Preguntar si sabe cuándo es necesario ponerse ropa limpia (una manifestación de la pérdida de memoria es el olvido del aseo y cambio de ropa).

1.4 ESTADO NUTRICIONAL

- 1.4.1 Comprobar la ingesta de líquidos y nutrientes.
- 1.4.2 Averiguar cómo se alimenta y descubrir sus hábitos dietéticos.
- 1.4.3 Registrar si debe seguir alguna dieta especial, conocer la causa y grado de cumplimiento.
- 1.4.4 Indagar si ha sufrido pérdida o aumento de peso recientemente.
- 1.4.5 Valorar estado y adaptación de su prótesis dental y recomendar, si procede, una visita al odontólogo.

1.5 ELIMINACIÓN

- 1.5.1 Observar la aparición de incontinencia urinaria y/o fecal.
- 1.5.2 Explorar la forma de instauración, circunstancias relacionadas, posición en la que sucede (de pie, sentado, encamado), si se percata de lo sucedido y cómo reacciona.
- 1.5.3 Preguntar si va al retrete con una determinada frecuencia horaria, si tiene que ver con una ingesta excesiva de líquidos, si tiene dolor o hematuria y si la incontinencia puede estar en relación con el tratamiento que toma.

1.6 SUEÑO

- 1.6.1 Conocimiento de sus hábitos normales con anterioridad y valorar en qué se han modificado con la enfermedad: inversión de ciclo sueño-vigilia, dormir de día,



turbulencia nocturna, efecto de la medicación...

1.7 SEXUALIDAD

- 1.7.1 Explorar la existencia de algún tipo de modificación en sus hábitos sexuales: hipersexualidad, masturbaciones en público, exhibicionismo, interés sexual por personas ajenas...

1.8 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

1.8.1 Vista - agudeza visual:

- Averiguar de qué manera la pérdida de visión ha afectado a su actividad y vida de relación.
- Recomendar una revisión oftalmológica (descartar presencia de catarata o glaucoma, graduación...).

1.8.2 Oído

- Existencia de cerumen, estado de prótesis auditiva etc.

1.9 MEDICACIÓN

- 1.9.1 Averiguar quién se encarga de administrársela o si lo hace por sí solo.
- 1.9.2 Si lo hace por sí solo, valorar la capacidad de manejo (medicinas que tiene que tomar, la dosis y la frecuencia).

2. VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

- 2.1 ASPECTO GENERAL
- 2.2 COMPRENSIÓN Y COLABORACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA
- 2.3 LENGUAJE
- 2.4 ORIENTACIÓN
- 2.5 MEMORIA
- 2.6 PERCEPCIÓN
- 2.7 PENSAMIENTO
- 2.8 AFECTIVIDAD

2.1 ASPECTO GENERAL

- 2.1.1 Describir cómo se presenta el paciente, cómo va vestido, su aspecto, su expresión facial.
- 2.1.2 Observar la manera de expresarse a nivel no verbal.

2.2 COMPRENSIÓN Y COLABORACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA

- 2.2.1 Recoger si el paciente se da cuenta del desarrollo de la entrevista, si percibe que se habla de él, si conoce el motivo de su presencia allí, etc.
- 2.2.2 Describir cómo se muestra (malhumorado, hostil, evasivo, temeroso, indiferente, adulator, pasivo).

2.3 LENGUAJE

- 2.3.1 Hacerle preguntas sencillas y claras, con posibilidades de respuesta reducida para evitar confundirse más aún.
- 2.3.2 Observar si tiene dificultades para expresarse tanto en lenguaje espontáneo como en las respuestas a las preguntas que se le formulan.
- 2.3.3 Observar dificultades para nombrar apropiadamente un objeto (disfasia nominal).

2.4 ORIENTACIÓN

- 2.4.1 La orientación en el tiempo, en el espacio, sobre uno mismo y sobre los demás es fruto de un complejo compendio de funciones superiores.
- 2.4.2 Existen dos tipos de orientación: verbal y conductual (basada en la información aportada por los sentidos internos y externos y opuesta a la verbal).

2.5 MEMORIA

- 2.5.1 Alteraciones de la memoria reciente.
- 2.5.2 Alteraciones de la memoria remota (se debilita más tarde durante el desarrollo de la demencia).

2.6 PERCEPCIÓN

- 2.6.1 Alteraciones de la percepción "por exceso".
- 2.6.2 Alteraciones de la percepción "por defecto":
- Agnosia: Falta de reconocimiento o identificación de persona u objetos.
 - Autopagnosia: Desconocimiento de partes de su cuerpo como propias.
 - Prosopagnosia: No reconocimiento de su cara en el espejo.
- 2.6.3 Percepciones falsas a partir de la distorsión de un objeto real (ilusiones).
- 2.6.4 Percepciones sin objeto a percibir (alucinaciones).

2.7 PENSAMIENTO

- 2.7.1 Curso:
- Tienen incremento de la lentitud del pensamiento.
 - Actuación: Hay que ajustarse a su ritmo y darle tiempo suficiente.
- 2.7.2 Contenido:
- Pueden aparecer trastornos:
 - Ideas delirantes o delirios: ideas o creencias falsas, irrevocables, que no tienen relación con los antecedentes



educacionales, culturales y sociales y que se sostienen con extraordinaria convicción y certeza subjetiva. Confabulaciones: relatos o respuestas falsas con las que el paciente rellena un vacío en su memoria.

2.8 AFECTIVIDAD

- 2.8.1 Hay un declive gradual de las emociones
- 2.8.2 Intensa labilidad emocional. En la forma extrema se denomina Reacción Catastrófica, difícil de manejar y controlar caracterizada por un desbordamiento mental manifestado por una explosión de emociones de rabia, miedo, pánico o llanto.
- 2.8.3 Trastornos de la conducta que pueden aparecer en la E. Alzheimer: agitación, agresividad, negativismo-oposicionismo, gritos, perseveraciones verbales, llanto continuo, actuaciones sexuales inapropiadas, rechazo de la alimentación, deambulación excesiva, alteraciones del vestir, hiperoralidad, escatología.

3. VALORACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL

- 3.1 Averiguar cómo está constituida la red social del paciente con demencia. Previamente habrá que hacerse una idea general de la vida social que hacía antes de empezar a declararse los primeros síntomas de la enfermedad

4. VALORACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

- 4.1 La entrevista con el cuidador debería incluir una valoración de su aspecto en general, de su edad y estado de salud, de la tolerancia que demuestra y la sobrecarga percibida, de la manera de afrontar los problemas que van surgiendo.
- 4.2 Un dato importante es la relación percibida entre cuidador y paciente y tener constancia de si el cuidador es cambiante, como sucede si el paciente pasa dos meses con cada hijo y, por supuesto, en casas diferentes.
- 4.3 Al conocer el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, la familia emprenderá todo un proceso adaptativo a esta nueva y traumática situación; no hay una forma sencilla de afrontar los sentimientos por lo que la enfermera debe ser flexible y tolerante ante los cambios de opinión de los cuidadores.
- 4.4 La enfermera deberá valorar los conocimientos de la familia y ayudarles a tomar contacto con sus propias necesidades. Puede desempeñar una labor esencial en la detección precoz

de síntomas de estrés, agotamiento, frustración, depresión.

- 4.5 Animarles a informarse de los recursos socio-sanitarios disponibles, presentarles al trabajador social.

- Red sanitaria: Atención Primaria, Centro de Salud Mental, Hospital de Día Psico-geriátrico, Unidades de Corta Estancia, Unidades de Larga Estancia.
- Red servicios sociales: Ayuda a domicilio, asociaciones de familiares (AFAS), organizaciones de voluntariado, Centros de Día, estancias temporales en residencias...

Con el objetivo de tener descansos como cuidador principal: mantener el contacto con el mundo exterior, la cercanía de los amigos y familiares y disfrutar de sus aficiones para paliar las pérdidas mientras se cuida a una persona con demencia.



5. VALORACIÓN DE LA VIVIENDA

- 5.1 Impresión general sobre la casa teniendo en cuenta las condiciones en las que vive.
- 5.2 Condiciones de acceso: altura, existencia de ascensor, etc.
- 5.3 Cierres de seguridad en la puerta de acceso al exterior de la vivienda.
- 5.4 Costumbres diarias de las personas que comparten la vivienda. Dinámica familiar.
- 5.5 Momentos del día en que el paciente está acompañado.
- 5.6 Existencia de factores de riesgo.
- 5.7 Accesibilidad del W.C desde su habitación y desde el lugar donde pasa más tiempo durante el día.
- 5.8 Iluminación diurna y nocturna.
- 5.9 Espaciosidad.
- 5.10 Calefacción
- 5.11 Cocina
- 5.12 Cuarto de baño, etc.



ALGUNOS INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN

Son útiles para cuantificar el grado de deterioro, incapacidad o dependencia. Para hacer una valoración completa debemos tener en cuenta el aspecto transversal (para apreciar el estado del paciente en un momento determinado), pero no debemos olvidar el aspecto longitudinal que constituye el seguimiento a lo largo del tiempo en las áreas que mida cada instrumento.

1. INSTRUMENTOS QUE MIDEN EL ESTADO COGNITIVO DEL PACIENTE:

- Test breves o de detección:
 - Escala de Pfeiffer SPMSQ
 - Test de Shulman o Test del Reloj
- Test de evaluación:
 - Mini-Mental State Examination de Folstein
 - Mini-Examen Cognitivo de Lobo (MEC) Validación del anterior para España. • Escalas de deterioro.

- Dementia Rating Scale de Blessed.
- Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja

2. INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA REALIZAR TAREAS COTIDIANAS:

- Escala de Incapacidad Física de Cruz Roja
- Índice de Katz
- Escala de Barthel
- Índice de Lawton de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

3. INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA AFECTIVIDAD:

- Escala de Hamilton
- Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage)

4. INSTRUMENTOS QUE MIDEN RELACIONES, ACTIVIDADES SOCIALES Y RECURSOS:

- Salud Familiar (Apgar, Smilkstein)
- Recursos Sociales (OARS)

ÁREAS DE ATENCIÓN EN LOS SEGUIMIENTOS A LARGO PLAZO

- Hábitos y rutinas diarias.
- Grado de actividad desarrollado.
- Estado de salud físico.
- Funcionamiento familiar y social, prestando una especial atención al cuidador principal.
- Afectividad.
- Ciclo sueño-vigilia.
- Estado nutricional.
- Cambios conductuales y eficacia del manejo de situaciones conflictivas de la convivencia diaria.
- Deterioro cognitivo.
- Utilización de recursos sanitarios y sociales disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

J. Bobes García: "Salud mental, Enfermería Psiquiátrica". Ed. Síntesis, Madrid, 1994.

Servicio de Psiquiatría y Toxicomanía del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia: "Apuntes de Enfermería Psiquiátrica". Laboratorios Janssen-Cilag. Zaragoza. 1997.

Programa docente de Enfermería Geriátrica año 1995-1996. EUE San Juan de Dios (Madrid) y EUE de la Comunidad de Madrid.

M. Herrero Botín: "Cuidados de Enfermería en el Alzheimer y otras Demencias". Ed. Olalla, Madrid, 1996.

M. Herrero Botín, AM. Pascual Pérez, C. Fernández Camino: "Ancianos con Demencia; Atención de Enfermería". Revista Rol de Enfermería. 1994.

RT. Woods: "La enfermedad de Alzheimer". Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1991.

NL. Mace, PV. Rabins: "36 horas al día". Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer. Ed. Ancora. Barcelona, 1991.



Drenajes - Drenes

M^a del Valle Arancón Abad
Col. n.º.: 1956

DEFINICIÓN

Es la provisión de medios mecánicos para asegurarnos la eliminación de contenido líquido o gaseoso acumulado en tejidos o cavidades de órganos corporales. El dren es a veces **indispensable**, pero en otras ocasiones su **indicación es discutible**. La finalidad del drenaje es básicamente **profiláctica o terapéutica**.

- **Profiláctica:** para evitar acumulación de líquidos prevención en la formación de serohematomas en actos quirúrgicos o favorecer la obliteración de espacios muertos también cuando se supone la zona operatoria esta infectada o se ha contaminado durante la intervención quirúrgica. Control de posibles fugas en una anastomosis.
- **Terapéutica:** aquellos drenes que se aplican para evacuar colecciones líquidas o gaseosas ya formadas.

TIPOS DE DRENAJES

1 Los pasivos o abiertos:

- **Gasa:** actúa de drenaje mientras es capaz de **absolver líquido**, posteriormente tan pronto se satura la gasa, actúa más como de **tapón** que como drenaje, por lo que no es recomendable.

- **Goma:** son los drenajes tipo **penrose, tejadillo, Kehr** para drenaje de vías biliares. Este tipo de drenajes tienen el riesgo de infectarse al estar **comunicados con el exterior**, o ser **incapaces de drenar** toda una colección sobre todo si el líquido es muy espeso.

2 Los activos o cerrados:

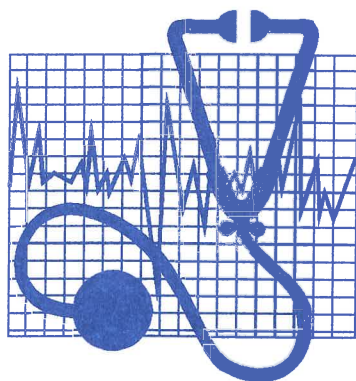
- Generalmente son de silicona, polivinilo, poliuretano, y no siempre tienen por qué utilizarse en circuito cerrado. Son los de tipo redon, Jackson Pratt, tubos torácicos; como ventajas son de drenado más rápido, disminuyen el riesgo de infección, proporcionan una medición mas exacta de lo drenado, pero en su contra pueden colapsar cavidades post-quirúrgicas, o aportar demasiada presión a nivel de anastomosis o tejidos delicados. Éstos son particularmente ventajosos en drenado de fístulas pancreáticas, duodenales o yeyunales.



PRECAUCIONES GENERALES

El cuidado de los drenes comienza con una colocación meticulosa, (como norma general se deben colocar en el punto más declive de la herida para facilitar la salida del líquido a drenar), que tenga en cuenta que el orificio de salida tiene que ser fácilmente abordable para mantener la piel periorificial limpia y seca. Se debe colocar y exteriorizar el dren evitando en lo posible su contacto con anastomosis (pues con ello aumentaríamos la fuga anastomótica), con vasos u otros tejidos sobre todo si este no es blando. Debe evitarse la salida del dren a través de las incisiones quirúrgicas, y se practicará una contraincisión para dar salida al dren, esta contraincisión debe ser adecuada ya que si es demasiado pequeña dificultará la salida del líquido, y si es demasiado amplia puede permitir la salida por ejemplo, de intestino o epiplón si el drenaje estuviera colocado en abdomen, además de ser mayor la comunicación con el exterior. Generalmente el dren debe ser fijado con una sutura a la piel para evitar su desplazamiento.

Todos los dispositivos que comunican cavidades con el exterior, ya sean a través de orificios naturales o creados durante la cirugía, constituyen vías de entrada de infecciones en el organismo, por lo que el principio fundamental es mantenerlos sólo el tiempo preciso para que realicen la función a la que están destinados en cada caso. Es difícil dar pautas generales sobre el tiempo que debe dejarse colocado un dren, el único principio que hay que tener en cuenta es extraer el dren cuando la cantidad drenada sea mínima o de aspecto seroso pues el mismo drenaje puede actuar de irritante de los tejidos y ser él el que produzca el fluido. Para ello debe examinarse a diario la cantidad, aspecto y densidad del líquido drenado. La extracción del dren puede hacerse en un solo tiempo (generalmente el drenaje pleural o los redón), o en movilizaciones sucesivas para romper la fibrina que rodea el dren y permitir la salida del líquido.



COMPLICACIONES DE LOS DRENES

Como ya hemos apuntado antes, pueden originar:

- Infecciones.
- Úlceras por decubito.
- Fistulizaciones.
- Hemorragias.
- Obstrucción del dren.
- Pérdida del dren a la cavidad.
- Hernias por el orificio de salida.

La infección local de la zona donde se asienta el dren, suele requerir su retirada, ya que la permanencia de un cuerpo extraño dificulta la resolución de la infección; puede estar indicado pautar antibioterapia sistémica dependiendo del estado general del paciente.

La permanencia de un dren durante demasiado tiempo puede llevar a la aparición de úlceras por decubito en la piel o en vísceras que esten en contacto con él, sobre todo si el tipo de dren es rígido o poco maleable.

La obstrucción del sistema de drenaje suele deberse a la densidad del contenido que pasa a través de él, y casi siempre requiere lavados con suero esteril.

La colocación de un dren demasiado cerca de vasos de mediano o gran calibre, puede erosionar sus paredes y producir una hemorragia.

La aparición de una fístula o trayecto fistuloso interna o entero-cutánea, supone una complicación especial y dificultosa, en la que el papel de la enfermería es fundamental en su resolución y cuidado. Éstas requieren un adecuado drenado, y un exquisito cuidado de la piel perifistular.

Los efectos del humedecimiento sostenido de la piel y el grado de irritación química del drenado (según el sitio del tubo digestivo donde se origina la fístula, mas altas son mas corrosivas), pueden poner en peligro la integridad cutánea. Estos factores dan como resultado infección o trastorno de la cicatrización de la herida si el drenado ocurre a través de una herida abierta.

Esto ocasiona ardor y malestar en el paciente secundario a la erosión cutánea, y retrasa el proceso de cicatrización de la herida. El objetivo ante la aparición de una fístula de tubo digestivo-cutánea es conservar la integridad de la piel y frenar el drenado de fluidos a través de la fístula para así favorecer el proceso cicatricial de las heridas abiertas; ello

se consigue evitando el contacto de la piel perifistular con el material drenado. Para proteger la piel utilizaremos diferentes productos como son: apósitos absorbentes de carbón activado, barreras cutáneas, bolsas, y catéteres de aspiración.

Para elaborar el plan de cuidados hay que valorar cuatro aspectos importantes:

1 Origen de la fístula:

Saber dónde se origina la fístula; generalmente podremos deducir cual es su origen por las características del material drenado como olor, color, consistencia, corrosividad, etcétera.

2 Naturaleza del material drenado:

El cuidado de la piel y el material a usar depende de la naturaleza del fluido que se drena. La secreción de una fístula que pasa de 50 cc./día, se drena en un sistema de bolsa de ostomía con sistema de grifo que se puede conectar a un sistema de drenaje de mayor tamaño (por ejemplo una bolsa de diuresis) si la cantidad supera los 500 cc./día. Si el material drenado es más denso o casi sólido utilizaremos una bolsa tipo colostomía de boca ancha con cierre en forma de pinza, que facilita la evacuación del material drenado. Si lo que se drena es inferior a 50 cc./día, podría recogerse en un apósito pero esto no es aconsejable pues macera la piel, y cuando se empapa actúa de tapón evitando que se drene el fluido. Es necesario usar una barrera cutánea resistente y duradera cuando lo drenado contiene enzimas proteolíticos o es ácido o alcalino en exceso.

Métodos de barrera y bolsas de drenado. Hay muchos tipos que ofrecen distintas características para usarse en las fístulas de tubo digestivo. Es posible adaptar bolsas de ostomía con diseño de una o dos piezas con cierre en grapa o de llave, éstas permiten el cambio de la bolsa sin tener que despegar la placa evitando así la irritación de la piel perifistular. Los sistemas de una sola pieza son mas adaptables a superficies corporales irregulares. Ambos tipos de bolsa pueden ser opacos o transparentes lo que permite ver directamente el contenido de la fístula. También disponen de superficies de corte redondas, ovaladas o cuadradas de diferente tamaño para adaptarse a las pequeñas o grandes superficies. A veces se hace necesario otros métodos de barrera cutánea como son las obleas sólidas, polvos, pastas,



nebulizaciones o cremas. Estas obleas con una base de pectina se funden y establecen un sello en contacto con la piel caliente y suponen una segunda protección cutánea contra el drenaje continuo de material corrosivo. También son útiles para establecer una superficie cutánea plana y regular alrededor del sitio en que se encuentre una fístula cuando el contorno es irregular. Los polvos, también de pectina o goma de caraya, actúan creando una superficie seca donde colocar la bolsa o las obleas. Se puede aplicar pasta para reforzar la durabilidad de los bordes interiores de la barrera cutánea sólida cercana a la fístula, a fin de prevenir la desintegración de la piel. Estas pastas también pueden usarse para uniformar las superficies irregulares de la piel que rodea la fístula, con objeto de contar con una superficie plana para la fijación de la bolsa recolectora.

3 Estado de la piel:

El grado de irritación cutánea alrededor de la boca de la fístula que varía entre eritema, maceración, o pérdida cutánea superficial, determina el grado de protección de la piel que se requiere. La ulceración o infección de ésta crean una superficie húmeda que hace difícil la adhesión de la bolsa recolectora.

4 Localización de la apertura de la fístula:

El lugar anatómico de la boca de la fístula en relación con otra posible fístula cutánea, pliegues cutáneos profundos, prominencias óseas, líneas de sutura o heridas abiertas, afecta a los cuidados de la piel perifistular. La posición de decubito en comparación con la postura mas erguida, afectan al método y colocación de las bolsas de drenado; así en una postura mayoritariamente erguida, la dirección del orificio de drenado se colocará de modo sagital al paciente para una mejor evacuación de lo drenado, en contraposición con una colocación más perpendicular en caso de una postura predominantemente decubita del paciente.



INDICACIONES ESPECÍFICAS PARA DRENAJES

1 BAZO

La esplenectomía suele considerarse indicación para drenaje con la idea de prevenir la acumulación subfrénica ya que la hemostasia puede ser difícil, y la transudación de la fosa esplénica cruenta; no debe emplearse drenaje sistemáticamente después de esplenectomía, sino reservado para aquellos pacientes con lesiones en otros órganos como el páncreas, o cuando la hemostasia no es satisfactoria.

2 PÁNCREAS

La mayoría de las intervenciones quirúrgicas sobre el páncreas si exceptuamos el drenaje interno de un pseudo-quiste o la pancreatectomía total, requieren drenaje. Las secreciones pancreáticas suelen ser copiosas y las enzimas activas, sumamente irritantes.

3 APENDICECTOMÍA

La apendicitis aguda simple no requiere drenaje. Sin embargo la apendicitis perforada con absceso localizado constituye la lesión típica que necesita invariablemente drenaje siempre que se elija el tratamiento quirúrgico.

4 ANASTOMOSIS INTESTINAL

La anastomosis del tubo intestinal es lo suficientemente segura para que no se plantee la colocación de drenaje. Sin embargo, en una pancreatoyeyunostomía caudal, debe utilizarse drenaje, ya que el cierre hermético de la línea de sutura no suele ser inmediato. La resección de la parte inferior del colón sigmoide y proximal del recto con anastomosis requieren drenaje.



5 MASTECTOMÍA Y RESECCIÓN RADICAL DEL CUELLO

Por ejemplo tiroidectomía, en estos casos esta indicado el uso de tubos con perforaciones múltiples unidos a dispositivos tipo redón de aspiración de baja presión y colocados en la herida o debajo de colgajos cutáneos cuando se espera rezumamiento de sangre.

6 VÍAS BILIARES

En general suele practicarse drenaje en la cirugía de vías biliares. Si bien el peritoneo puede absorber bilis no infectada, el drenaje representa una válvula de seguridad sin duda indicada. Después de intervención quirúrgica, como exploración, o reconstrucción del coledoco, el drenaje está ciertamente indicado dada la alta probabilidad de escape de bilis. Un drenaje especial es el tubo en T para coledoco, que tiene las siguientes endicaciones:

- Descompresión y drenaje de bilis después de la exploración del coledoco, tras coledocotomía o en la colangitis.
- Como ferula para la reparación de una estenosis del coledoco.
- En caso de un cálculo retenido en el coledoco, la irrigación o infusión de suero fisiológico a través del tubo en T puede facilitar el paso del cálculo.
- En las colangiografías mediante la inyección de un medio de contraste a través del tubo en T para examinar el árbol biliar y el sistema ductal pancreático. Para evitar que los tubos en T sean arrancados accidentalmente, se deja cierta holgura intra y extraabdominal y posteriormente se sutura a la piel. Para retirar el tubo en T, se practica una colangiografía previa. Si es normal y el drenaje del tubo es igual o inferior a 200-250 cc./día, se pinza durante 24 horas, y si el paciente lo tolera bien y no experimenta dolor, se retira.

7 ABCESOS INTRAABDOMINALES

Recientemente se está poniendo en práctica y con bastante éxito una técnica de drenado de abscesos formados en la cavidad abdominal, aunque ya es conocida desde los años 70. Es el drenaje percutáneo, que guiado

por ultrasonidos o por técnicas radiológicas, hace de esta técnica el tratamiento de elección en los abscesos intraabdominales. Posteriormente se ha extendido a otras colecciones líquidas como seromas, bilio-mas, hamatomas. Entendiendo el absceso como una colección purulenta en una cavidad neoformada, con el drenado percutáneo del mismo se evitará:

- El aumento de tamaño de la cavidad del absceso.
- La fistulización a una víscera o al exterior.
- La prevención de la diseminación séptica a la hora de evacuarlo, pues el drenado percutáneo mantiene íntegra la pared del absceso.

Una vez diagnosticado el absceso intraabdomi-nal se aborda mediante punción eco-guía-da o mediante radioscopia, la llamada "radiología intervencionista". A veces se hace necesaria la utili-zación del TAC en abscesos de pequeño tamaño o de localización profunda. La radioscopia siempre será necesaria en último término para la compro-bación de la correcta posición del cateter o realiza-ción de abscesografía. Una vez colocado el cateter de drenado, se deberá fijar a la piel mediante sutu-ra, y en la recogida de las secreciones es preferible hacerlo en bolsas de colostomía o urostomía donde caiga libremente el cateter, que no conectar directa-mente a la bolsa el extremo distal del cateter.

Hay discrepancias entre autores en cuanto al beneficio o no de los lavados con suero del cateter, apuntando en contra la posible rotura de la pared del absceso, y a favor la fluidificación del material purulento evitando la obstrucción del cateter.

El momento de retirar el cateter debemos valo-rar como criterios objetivos:

- La normalización de la temperatura.
- La disminución de la leucocitosis.
- Volúmenes de drenado inferior a 10 cc./día.

8 DRENAJES TORÁCICOS

En caso de traumatismos torácicos, pneumo-torax espontáneo o después de cualquier operación Ontratorácica, el tratamiento de elección a seguir es la colocación de una o varias sondas en pleura o mediastino con la finalidad de aspirar y evacuar el contenido líquido (sangre, pus, fluidos asociados a algún tumor), o gaseoso.

Estas sondas se conectan directamente a una unidad de drenaje torácico (UDT), cuya ca-

racterística principal es que incorpora un sistema que impide el retorno del contenido drenado y también la entrada de aire a la cavidad. Hay dos tipos:

- Valvular: una válvula mecánica impide el retorno del contenido drenado.
- Hidráulico: incorpora un sello de agua que cumple la misma misión.

El abordaje y colocación de las cánulas toráci-cas se hace dependiendo de los hallazgos físicos o sea el material a drenar, previo estudio radiológico. Se colocará preferiblemente al paciente en posición sentada y apoyando los brazos sobre almohadas en una mesa adyacente.



Para eliminar aire se consigue mejor a través del 1-3 espacio intercostal-clavicular media. Para la eli-minación de fluidos se aborda a través del 4-5 espa-cio intercostal línea axilar media. La inserción a niveles más bajos está contraindicada por la posibi-lidad de perforar el diafragma o provocar una grave lesión del hígado (en el lado derecho), o del bazo, colon o estómago (en el lado izquierdo). Los tubos, generalmente de gran tamaño (número 36 o más), serán introducidos en la cavidad pleural con un tro-car; una vez insertado el tubo hay que conectarlo con un sistema de drenaje valvular o hidráulico.

A UDT VALVULAR

Como hemos dicho anteriormente, es un sis-tema fundamentado en una válvula mecáni-ca de caucho compuesta por dos valvas planas en sus extremos que sólo permite el flujo unidireccional, lo que evita el retorno de la colección drenada. Su diseño le per-mite adaptarse a un tubo de drenaje del tipo pleur-ecath. Está indicado en neumotorax puros de corta duración.

B HIDRÁULICO O SUBACUÁTICO

Fundamentalmente este tipo de drenaje con-siste en un recipiente sobre el que se ajusta herméticamente: una tapadera con 2 tubos,



el más corto es para el supuesto de necesitar aspiración, y el más largo, unos 100 cm., es el que se conecta a la sonda torácica del paciente y se continúa bajo la tapadera, en un tubo rígido cuyo extremo está introducido 2 cm. por debajo de un nivel de agua, que actúa como sello hidráulico, así durante la inspiración el agua del receptáculo penetra en la sonda de drenaje impidiendo la entrada de aire; durante la espiración la presión intratorácica positiva rompe la barrera de los 2 cm. de agua y hace que el aire sea expulsado por la sonda en forma de burbujas. El sello hidráulico actúa como válvula de dirección única, permitiendo la salida de aire pero no la entrada. Utilizaríamos un segundo receptáculo, o cámara recolectora en caso de que además existiera drenado líquido.

Todo este sistema de aspiración ha sido conformado en un solo modelo que es el que generalmente utilizamos en nuestra unidad, el pleur-evac.

El pleur-evac es un bloque de plástico que incorpora varias cámaras y válvulas del que parten 2 tubos; uno de 180 cm. se unirá al drenaje torácico del paciente, y el otro se conectará al manómetro de presión, en caso de ser necesario.

Existe una cámara de control de succión, que limita la presión máxima a la que vamos a someter al paciente, y que se rellena con suero fisiológico hasta un nivel prefijado. Cuando la presión negativa aplicada al sistema sea superior a la estipulada por nosotros, penetrará aire por la toma atmosférica situada en la parte superior (por lo que nunca esta entrada estará obstruida), y atravesando la columna de líquido neutralizará el exceso de presión. A su lado estará la cámara de sello hidráulico; en esta cámara existe una válvula-boya que impide que el líquido que conforma el sello de agua se extravase a otros

compartimentos en movimientos accidentales del sistema. A la izquierda está la cámara colectora que es un receptáculo con una escala medidora preparada para recibir las colecciones drenadas.

Cuidados del sistema

- Estará siempre en posición vertical y a unos 40 cm. por debajo del nivel del paciente para evitar el posible trasvase de líquidos de una cámara a otra.
- Vigilar que los niveles de líquidos sean los adecuados (evaporación, pérdida).
- Evitar los acodamientos de los tubos de drenaje.
- El pinzamiento de los tubos debe quedar limitado a los siguientes casos:
 - Detección del origen de una fuga aérea. (se pinzará el tubo por distintas zonas partiendo del enfermo hacia el sistema de drenaje, buscando el punto en el que cese el burbujeo del sello de agua.
 - Cuando sea preciso cambiar el equipo.
 - Valorar la retirada del tubo torácico.

En la retirada del tubo torácico haremos una RX de tórax de control para comprobar si el neumotórax está expandido, o se ha drenado completamente la acumulación de fluidos. Entonces se pinzará 24 horas el tubo y se valorará la respuesta del paciente; pasado ese tiempo se hace una nueva RX de control y se procede a retirar el catéter torácico. Para ello, debe mantenerse al enfermo en inspiración forzada, manteniendo el aire en los pulmones, y ocluir el punto de inserción aplicando una gasa empapada en vaselina en forma de apósito compresivo.

BIBLIOGRAFÍA

Trauma torácico. Emil A. Nacleiro.

Manual terapéutico quirúrgico. Robert E. Condon. Lloyd M. Nyhus.

Manual práctico de urgencias quirúrgicas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Beanavides Bulejo J. A. García Borda F.

J. Guadarrama González Fij. Lozano Salve L. A.

Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. M. C. Graw-Hill. Cirugía general y del aparato digestivo.

Tomás Escobar y Martínez Ramos. Técnicas de enfermería en UCI. E. Torne Pérez. Thoracentesis and pleural biopsy. Surg.Clin. North America.



CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA DE LA RIOJA Y MUTUA UNIVERSAL EN MATERIA DE FORMACIÓN DE TITULADOS

En Logroño, a 29 de octubre de 1999

REUNIDOS

De una parte el Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja D. Pedro Vidal Hernández y D. Juan Manuel Rodríguez Cazorla, en nombre y representación del mismo.

Y de otra, el Director Provincial de Mutua Universal, D. Rodrigo Pino Córdón, en nombre y representación de la misma.

EXPONEN

Que Mutua Universal, como Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, está interesada en la formación de profesionales de enfermería en salud laboral y desea colaborar en la misma.

Que el Colegio de Diplomados en Enfermería de La Rioja, estima conveniente canalizar los esfuerzos dentro del ámbito de sus competencias.

Por todo ello acuerdan ambas partes firmar el presente convenio de colaboración con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

Primera: La relación entre Mutua Universal y los colegiados no es de carácter laboral y no supone la adquisición de más compromisos que los estipulados en el presente acuerdo.

Segunda: Mutua Universal suscribirá una póliza de accidentes que cubra los riesgos derivados de las prácticas durante la vigencia de cada periodo de formación.

Tercera: Los post-graduados desarrollarán su actividad conforme al plan de formación establecido por Mutua Universal asumiendo el secreto profesional de los datos manejados de cada paciente.

Cuarta: La duración de cada plan de formación no podrá superar en ningún caso los seis meses de duración ni las seis horas diarias.

Quinta: En caso de que Mutua Universal juzgue necesario para la formación de los post-graduados su traslado a otros centros de esta entidad, previa aceptación por el interesado, los gastos de los mismos serán por cuenta de Mutua Universal.

Sexta: Sobre cualquier discrepancia en el desarrollo del presente convenio, ambas partes se someterán al arbitraje y criterio del Colegio Oficial de D.U.E. de La Rioja.

Séptima: Mutua Universal expedirá a la finalización de cada ciclo de formación un certificado acreditativo sobre las horas de prácticas realizadas y las funciones desempeñadas. Igualmente se le enviará al Colegio de D.U.E. informe sobre las tareas desarrolladas por cada post-graduado en su ciclo de formación.

Octava: Dado que el interés de Mutua Universal y del Colegio Oficial de D.U.E. de La Rioja es facilitar la incorporación al mundo laboral de los post-graduados, esta entidad se compromete a realizar todas las sustituciones de su personal (A.T.S. D.U.E.) mediante un contrato laboral de interinidad con la persona que en ese momento esté realizando las prácticas de formación.

Novena: El presente convenio entra en vigor en el momento de su firma y su vigencia será indefinida. Las partes podrán denunciar o modificar el presente documento en cualquier momento y de mutuo acuerdo.

Y en prueba de conformidad, ambas partes suscriben el presente convenio en lugar y fecha arriba indicados.

POR EL COLEGIO DE D.U.E. DE LA RIOJA



D. Pedro J. Vidal Hernández

POR MUTUA UNIVERSAL

D. Rodrigo Pino Córdón



Sentencias de Interés General



SAS: la libre elección de médico no obliga al ATS a salir de su zona

Obligaciones del ATS como consecuencia del ejercicio del derecho a la libre elección de médico / Servicio Andaluz de la Salud / El ATS/DUE no tiene obligación de trasladarse fuera del ámbito territorial de su zona básica de salud para prestar asistencia domiciliaria a aquellos enfermos que, viviendo en barrios distintos y distantes de dicho centro básico, hayan elegido en el mismo a médico general o pediatra / Aplicación del art. 6 del Decreto del SAS de 28.08.85 que regula y ordena los servicios de atención primaria señalando que las actividades de enfermería las organiza el adjunto de enfermería y no el médico.

Tribunal Supremo. Sentencia de 26 de enero de 2000.

Recurso contra sentencia del TSJ de Andalucía de 23 de noviembre de 1998.

Ponente: Bris Montes, Leonardo.

La libre elección de médico general o pediatra en el Servicio Andaluz de Salud, que puede implicar el traslado del facultativo fuera del territorio de su zona básica de salud, no supone una obligación semejante para el practicante, el ATS y otros miembros del equipo. Así lo ha declarado el Supremo rectificando la postura mantenida en su sentencia de 21 de mayo de 1996 al estudiar una reclamación de varios ATS contra la obligación de acudir fuera del ámbito territorial de su zona básica de salud para prestar asistencia domiciliaria a enfermos que, viviendo en barrios distintos y distantes del centro básico, elegían en el mismo a un médico general o pediatra.

El Supremo justifica su postura con base en la necesidad de garantizar una organización fácil, eficiente y eficaz del servicio en cada zona básica de salud, en la que, por definición, debe proporcionarse una atención integral y continuada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: Las tres actoras a las que afecta la sentencia recurrida, que resolvió por acumulación los tres recursos de suplicación interpuestos por el Servicio Andaluz de la Salud, contra las sentencias estimatorias dictadas en la instancia, vienen prestando sus servicios para la entidad demandada y recurrente como A.T.S./D.U.E. del equipo básico de Atención Primaria del Centro de Salud "Plaza de Toros" de Almería y desde la entrada en vigor del Decreto 257/1994, de 6 de septiembre, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que regula la libre elección de Médico General o Pediatra, se obliga a prestar asistencia sanitaria domiciliaria fuera del ámbito territorial de su zona, a aquellos enfermos que viviendo en barrios alejados del territorio de su zona básica de salud han elegido a médico general o pediatra que forma parte del equipo básico de Atención Primaria de la zona en que trabajan las actoras. Las sentencias de instancia estimaron las demandas de las actoras que solicitaban se declarase su derecho a no tener que trasladarse a realizar servicios domiciliarios fuera de su zona de salud. La sentencia recurrida desestima los recursos de suplicación y confirma las sentencias estimatorias de la demanda. Como sentencia contradictoria, aporta el recurso la de 21 de mayo de 1996, dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que al igual que la recurrida trata de una demanda de un A.T.S. que presta sus servicios al Servicio Andaluz de la Salud como sanitario de zona, en el consultorio "C" y que, obligado a prestar asistencia domiciliaria a enfermos no pertenecientes a su zona que, eligieron médico perteneciente al centro donde él trabaja, solicitó, tras serle desestimada la reclamación previa, que se

declarara su derecho a no tener que trasladarse a prestar servicios domiciliarios fuera del ámbito territorial de su zona. La sentencia desestima el recurso de suplicación y confirma la de instancia que desestimó la demanda; por ello las sentencias comparadas en el recurso son contradictorias en los términos del artículo 217 de la Ley de Procedimiento Laboral pues ante hechos, pretensiones y fundamentos sustancialmente iguales contienen fallos incompatibles entre sí, pues la diferencia que subraya el escrito de impugnación de que el auxiliar sanitario de la sentencia de referencia lo sea de zona mientras que los trabajadores de la sentencia recurrida lo sean de atención primaria es cuestión accidental a los efectos del litigio, ya que las diferencias en el modo de retribución y horario que implican esta distinción no inciden en la materia decisiva de lo discutido que es si teniendo ambos tipos de A.T.S. que atender a una población determinada por el territorio han de extender la asistencia domiciliaria a enfermos que residen fuera del mismo en función de la elección de facultativo.

SEGUNDO: El recurso denuncia infracción del artículo 10.13 en relación con el 14 de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, del Decreto 257/94, de 6 de septiembre, y Orden de 5 de octubre de 1994, ambos de la Junta de Andalucía, y artículo 62 del Estatuto Jurídico del Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 20 de abril de 1973. La infracción genérica del Decreto 257/94 y Orden de 5 de octubre de 1994, en el cuerpo del recurso se concreta en las disposiciones adicionales primera y segunda de la Orden de 5 de octubre de 1994. La cuestión que plantea el recurso es si las consecuencias que la elección de médico tiene en las prestaciones sanitarias anejas a la

estricta atención médica comprende también el que los practicantes y enfermeros hayan de realizar las prestaciones domiciliarias fuera del ámbito territorial de la zona que tienen asignada.

La libre elección de médico

Esta cuestión no es abordada directamente por ninguna de las normas citadas como infringidas en el recurso, pues los artículos 10, 13 y 14 de la Ley General de Sanidad consagran el derecho de la elección de médico y la necesidad de proceder al desarrollo normativo para que tenga efectividad dicho derecho en la Atención Primaria del Área de Salud, y tanto el Decreto 257/94 como la Orden de 5 de octubre de 1994 de la Junta de Andalucía dan normas para la elección de médico general y pediatra en el nivel primario de atención sanitaria, y el artículo 62 del Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo describe las funciones de los practicantes -ayudantes técnicos sanitarios en la zona médica. De estas normas sólo las disposiciones adicionales de la Orden de 5 de octubre de 1994 rozan la cuestión controvertida al ordenar la disposición primera, que Producida la asignación de nuevo facultativo, el usuario quedará adscrito al correspondiente Equipo Básico de Atención Primaria o Centro Sanitario de Atención Primaria donde aquél preste sus servicios, para todas las prestaciones que tienen una base organizativa individual. No obstante, las funciones que realizan dichos centros y que tienen una base territorial o comunitaria, continuarán prestándose en la totalidad de su territorio y a la población que en él reside" y la disposición segunda que establece: "El personal sanitario de los distritos de Atención Primaria, prestará asistencia sanitaria a los usuarios que les sean adscritos, aun cuando transitoria y excepcionalmente rebasen los cupos máximos fijados en la presente Orden, y hasta tanto se produzca la adscripción a otro facultativo".

La libre elección de médico afecta a todo el equipo, salvo en funciones de base organizativa territorial

TERCERO: De las normas citadas en el precedente fundamento, se infiere con claridad que la elección de médico arrastra que el beneficiario quede adscrito al equipo básico de Atención Primaria donde preste sus servicios el médico elegido y que por ello todo el personal que lo integra ha de prestar sus servicios al usuario adscrito, pero de esta adscripción quedan excluidas las funciones que tienen una base organizativa territorial, que seguirá prestándose exclusivamente a la población que reside en dicho territorio. Es pues necesario discernir, si en la asistencia domiciliaria prima el carácter organizativo individual o el territorial. A favor del primer término de la alternativa, esgrime el recurso el artículo 62.2 del Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo que asigna como función de los A.T.S. La asistencia ambulatoria y domiciliaria, en la esfera de su competencia, de las personas protegidas por la Seguridad Social que les hayan sido asignadas. Los tratamientos podrán ser ordenados por los médicos de medicina general que tengan asignado el practicante-ayudante técnico sanitario..." y de cuyo precepto concluye el recurrente que el practicante-ayudante técnico sanitario, está adscrito a un médico, por lo que lo lógico es que la asistencia de aquél al enfermo, aunque sea domiciliaria,

debe estar ordenada de acuerdo con la adscripción del enfermo al médico y no al territorio.

Primacía de la organización territorial

Ahora bien, las actividades de enfermería y la asignación de funciones a los ayudantes técnicos sanitarios en el Servicio Andaluz de la Salud son organizados y coordinados no directamente por los médicos sino por el adjunto de enfermería que bajo la dependencia del director del centro de salud es el responsable de estas funciones en los equipos básicos de Atención Primaria, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6 del decreto de 28 de agosto de 1985 de la Junta de Andalucía, que regula y ordena los Servicios de Atención Primaria. Por otra parte el artículo 63 de la ley 14/1986, y el artículo 2 del Decreto últimamente citado configuran la zona básica de salud como el marco territorial elemental y la demarcación poblacional y geográfica fundamental para proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible desde todos los puntos, coordinando las funciones sanitarias afines. Esta primacía de la zona básica de salud, debe prevalecer en unas prestaciones en las que el territorio es decisivo, pues la asistencia domiciliaria por parte del practicante, aunque ha de realizarse bajo la instrucción escrita del médico, goza de una autonomía en la que la localización del domicilio tiene carácter preeminente a efectos de una organización fácil, eficiente y eficaz del servicio, lo que obliga a entender que en ella prevalece la índole organizativa territorial sobre la individual.

CUARTO: Lo razonado en los precedentes fundamentos evidencia que en la contradictoria doctrina de las sentencias comparadas es la recurrida la que siguió una recta interpretación de las normas aplicables lo que obliga de acuerdo con lo dispuesto en los núm. 1, y 3 del artículo 226 de la ley de Procedimiento Laboral a desestimar el recurso, sin que esta sentencia afecte a lo ya decidido por la sentencia de referencia que sigue doctrina contraria a la que hoy se consagra como recta.

FALLO

Desestimamos el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por la letrado D^a M^a P.M.M. en nombre y representación del Servicio Andaluz de la Salud, contra la sentencia dictada el 23 de noviembre de 1998 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, sede en Granada, en recursos de suplicación números 1911, 1912 y 1925/96 formulados contra las dictadas por el Juzgado de lo Social núm. 1 de Almería el 30 de mayo de 1996, en autos sobre "Derechos", seguidos a instancias de D^a María, D^a María del Carmen y D^a Evangelina.

Cfr.:

- LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD: art. 63.
- REAL DECRETO 257/1994, DE 6 DE SEPTIEMBRE, DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, QUE REGULA LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO GENERAL O PEDIATRA.
- ORDEN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA DE 5 DE OCTUBRE DE 1995, SOBRE NORMAS PARA LA ELECCIÓN DE MÉDICO GENERAL Y PEDIATRA: Disposiciones Adicionales Primera y Segunda.
- ESTATUTO JURÍDICO DEL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, APROBADO POR ORDEN DE 20 DE ABRIL DE 1973: art. 62.
- DECRETO DE 28 DE AGOSTO DE 1985, DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, QUE REGULA Y ORDENA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: art. 6.



Agenda - Avisos

G I J Ó N - A S T U R I A S - E S P A Ñ A

II CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

INTERNATIONAL CONGRESS ON GERIATRIC AND GERONTOLOGY NURSING

10, 11 y 12 de Mayo de 2001

Secretaría Técnica:

Viajes El Corte Inglés, S.A.
División de Congresos, Convenciones e Incentivos
Princesa, 47- 4ª planta • 28008 Madrid
Edificio Laurel • Tel.: 91 204 26 00
Fax (dirección): 91 541 46 40
E-mail: congreso@viajeseci.es
<http://www.era.princast.es/congreso>



Agenda y Avisos

Departamento de Formación. Tel.: 986 84 04 63

CURSOS A DISTANCIA DE

- ▼ PATOLOGÍA DE URGENCIAS I
- ▼ PATOLOGÍA DE URGENCIAS II
- ▼ PATOLOGÍA DE URGENCIAS III
- ▼ PSIQUE Y SALUD
- ▼ PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
- ▼ MEDICINA PREVENTIVA I *
- ▼ ENFERMERÍA EN LA U.C.I. *



BAREMABLES PARA SERGAS Y SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ACTIVIDADES ACREDITADAS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO)



Dirigidos a: ATS / DUE

• 110 horas cada curso



Hospital Miguel Domínguez



* Solicitada Acreditación, comienzo noviembre

Precio especial para los colegiados en La Rioja: 7.000 pts. por curso.

Avisos

- Se recuerda a los Colegiados que tengan títulos y carnets pendientes de recoger, pasen a retirarlos.
- Es conveniente registrar los títulos de Especialidades en la secretaría del Colegio (Empresa, Matronas, etc.) a fin de que les llegue puntual información.
- Del mismo modo se agradecerá que se comuniquen los cambios de dirección o teléfono.
- Se recuerda que los trabajos de los cursos deben ser entregados dentro de los plazos fijados.
- Para renovar el carnet de colegiado es imprescindible una fotografía.

HORARIO DEL COLEGIO

De Lunes a Jueves: de 9 h. a 14 h. y de 17h. a 20 h.
Viernes: de 9 h. a 14 h.

Durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre, el Colegio permanecerá cerrado todas las tardes.

Dirección: Plaza Tomás y Valiente, nº 4 bajo, Logroño.
Teléfono: 941 23 92 40



XII^a Convocatoria Premio

“Enfermería Riojana”

- 1.** Pueden optar a esta convocatoria todos los profesionales colegiados en el Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja, pudiendo hacerlo de forma individual o colectiva.
- 2.** Es condición necesaria que el trabajo o trabajos que se presenten no hayan sido publicados en ningún medio de comunicación.
- 3.** Los trabajos deberán ser remitidos mecanografiados a doble espacio en papel blanco, tipo Din A4 y correctamente paginadas.
- 4.** El tamaño del trabajo oscilará entre un mínimo de 25 hojas y un máximo de 100 escritas por una sola cara, sin contabilizar material fotográfico, estadístico o bibliografía.
- 5.** Deberá remitirse original y cinco copias a la Sede del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja con la indicación de PREMIO DE INVESTIGACIÓN “ENFERMERÍA RIOJANA”. El material fotográfico y estadístico deberá ser incluido en un anexo aparte.
- 6.** El plazo de recepción de los trabajos y documentación debidamente cumplimentados, finalizará el día 31 de Enero del 2001.
- 7.** Los premios serán concedidos por un jurado, nombrado al efecto por la Junta de Gobierno Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja.
- 8.** Los trabajos serán presentados bajo lema, y en su interior, en una hoja, escrito el nombre, Nº Col., domicilio y teléfono del concursante.
- 9.** El fallo del jurado será inapelable y no recurrible. Si en opinión del jurado se considerase que alguno de los premios no deben ser adjudicados por no reunir los trabajos los méritos suficientes, éste podrá declarar desierta la concesión de dicho premio. El fallo del jurado se dará a conocer dentro de los 45 días siguientes al término de la convocatoria.
- 10.** El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja se reserva el derecho a la publicación de los trabajos premiados en aquellos medios de comunicación que estime oportunos, haciendo siempre referencia al autor de los mismos. Asimismo, el Colegio se reserva la posibilidad de crear accésits ante la concurrencia de trabajos de relevante interés y calidad.
- 11.** La correspondencia sobre el premio debe dirigirse a:
“PREMIO INVESTIGACIÓN RIOJANA”
COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN ENFERMERÍA DE LA RIOJA.

Plaza Tomás y Valiente, 4 bajo
26004 LOGROÑO (LA RIOJA)
- 12.** El hecho de la presentación de trabajos implica la aceptación de las normas desarrolladas en estas bases.
**AL MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO
DE ENFERMERÍA**
Dotaciones de los Premios :
1^{er} PREMIO : 150.000 Pts.
2^{er} PREMIO: 100.000 Pts.

COPATROCINADO POR IBERCAJA



2^a CONVOCATORIA DE ENFERMERIA RIOJANA PARA:

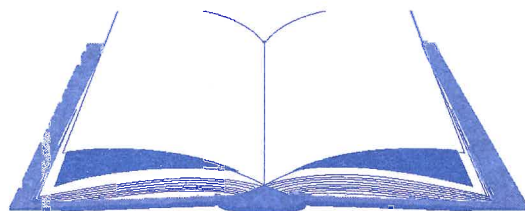
Certamen Fotográfico

Bases

- Se establecen cuatro modalidades diferentes:
 - Tema libre en color.
 - Tema libre en blanco y negro.
 - Tema de enfermería en color.
 - Tema de enfermería en blanco y negro.
- Cada apartado será premiado con 20.000 pts. para la mejor instantánea, pudiendo quedar desierto alguno de ellos si el jurado lo considera oportuno.
- Cada participante deberá estar colegiado en esta región y sólo podrá presentar 2 fotografías como máximo entre todas las modalidades.
- Las fotografías se entregarán en sobre cerrado, identificadas tan sólo por el título de la composición. Se adjuntará otro sobre también cerrado con el título de la composición y los datos del autor en el interior: nombre, nº de colegiado y el negativo.
- Las fotografías presentadas pasan a ser propiedad del Colegio, el cual podrá hacer uso de ellas sin carácter lucrativo y especificando el autor. Los negativos serán devueltos al mismo.
- Las fotografías ganadoras, así como la convocatoria de entrega de premios serán publicadas en Crónicas de Enfermería.
- Fecha límite de entrega de originales hasta el 31 de Enero de 2001.

Relatos Breves

La dirección de Crónicas recuerda que sus páginas siguen abiertas a cualquier tipo de colaboración por parte de los colegiados. Se admite la entrega de relatos cortos, si alguno, sea ficción o real, se considera interesante será publicado y recompensado con un único premio de 20.000 pts. siempre que éstos tengan relación con el mundo sanitario preferentemente con el enfermo.



Esta convocatoria se hace extensiva a cada número de esta revista.

Dirigir los trabajos a:

**Colegio Oficial de Enfermería
de La Rioja.
Relatos Breves
Plaza Tomás y Valiente, 4 bajo
26004 Logroño**



Programa Docente 2000/2001

CURSOS FINANCIADOS

Lactancia materna

SEMANA DEL 27 DE NOVIEMBRE AL 1 DE DICIEMBRE DEL 2000
Nº. DE PLAZAS: 20

Técnico en prevención de riesgos laborales, nivel básico

SEMANA DEL 11 AL 15 DE DICIEMBRE DEL 2000.
Nº. DE PLAZAS: 40

Enfermería en el deporte

SEMANA DEL 15 AL 19 DE ENERO DEL 2001
Nº. DE PLAZAS: 40

Hospitalización a domicilio

SEMANA DEL 5 AL 9 DE FEBRERO DEL 2001
Nº. DE PLAZAS: 40

Manejo del paciente politraumatizado en el ambiente rural

SEMANA DEL 5 AL 9 DE MARZO DEL 2001
Nº. DE PLAZAS: 40

Alteraciones nutricionales: Anorexia y bulimia

SEMANA DEL 2 AL 6 DE ABRIL DEL 2001
Nº. DE PLAZAS: 40

Atención de enfermería ante las nuevas adicciones

SEMANA DEL 7 AL 11 DE MAYO DEL 2001
Nº. DE PLAZAS: 40



TELÉFONO AZUL

Tu Colegio de Enfermería,
a tu servicio

TELÉFONO AZUL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Las 24 horas del día,
los 365 días del año

902 50 00 00

INFORMACIÓN SOBRE:

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA

Consejo General
Consejos Autonómicos
Colegios Provinciales

FORMACIÓN

Continuada
Expertos y Máster universitarios
Prevención de riesgos laborales
Inscripciones
Cursos financiados

ASESORÍA JURÍDICA

Asuntos corporativos
Asuntos sociolaborales
Normativa y legislación sanitaria

SEGURO GRATUITO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL

Póliza de 200 millones de pts. de cobertura por
siniestro
Asesoría personal
Defensa y asistencia jurídica
Fianzas

INTERNET GRATUITO

Solicitud de acceso
Solicitud de correo electrónico
Ayuda a la navegación

PÁGINA WEB ENFERMUNDI

Información especializada
Documentos y publicaciones a texto completo
Acceso a otras páginas Web sanitarias

AYUDA A PARADOS

Oposiciones
Bolsa de trabajo

INSTITUCIONES E INDICADORES

SANITARIOS
Hospitales
Centros de Salud
Escuelas de Enfermería
Sociedades científicas de especialidades

ONG ENFERMERAS PARA EL MUNDO

Proyectos
Noticias
¿Cómo colaborar?

PERIÓDICO ENFERMERÍA ACTUAL

Nuevas suscripciones
Cambios de domicilio

INTERNACIONAL

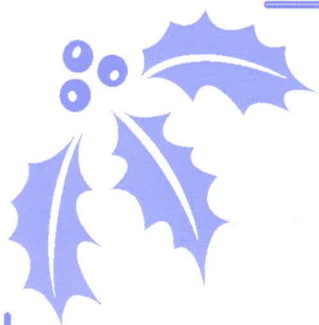
Organizaciones de Enfermería de la U.E. y la
O.M.S.
Asociaciones nacionales e internacionales
Organizaciones especializadas

DOCUMENTACIÓN SANITARIA

Biblioteca y publicaciones de salud y
enfermería
Consultas bibliográficas

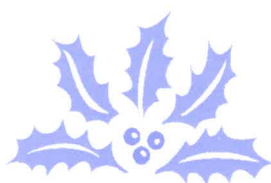
SEGURO DEL AUTOMÓVIL

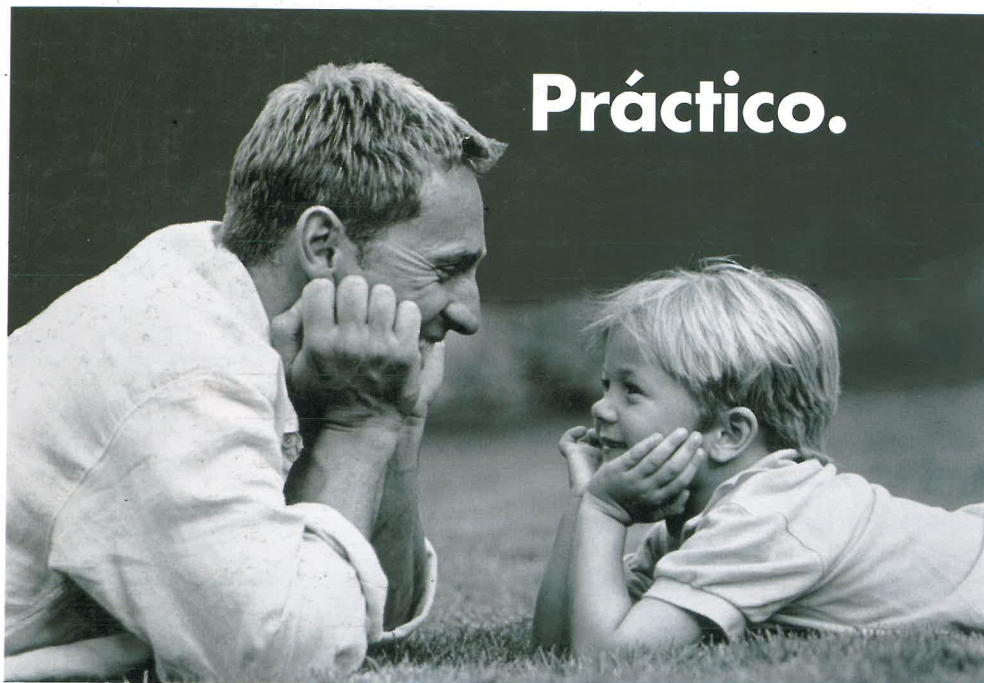
Exclusivo para profesionales de enfermería
Gestión de reclamaciones de infracciones de
tráfico
Asesoría en gestiones
Nuevas coberturas



*El Colegio Oficial de Enfermería de
La Rioja les desea:*

*Una Feliz Navidad
y un Próspero Año
2001*





Práctico.

Ahorro Combinado Ibercaja.

Depósito a Plazo y Fondo Garantizado, la combinación perfecta para ganar.
Inversión mínima 1.000.000 ptas.

Depósito a Plazo
12 meses*.

T.A.E.
6%

Hasta el 50% del total
de la inversión.

Con total liquidez,
sin costes de cancelación.

Fondo de Inversión
Garantizado INDEX 3.
Plazo 36 meses.

60%

de la revalorización media
del índice D.J. Euro Stoxx,
entre el valor inicial y final.**

Desde el 50%
de la inversión total.

Reembolso del Fondo durante
el período de garantía:
comisión 5% desde 16-10-2000.

Si usted busca una excelente rentabilidad, pero ante todo piensa en la seguridad, esta es su línea de inversión, porque combina dos excelentes productos, por un lado le proponemos invertir hasta el 50% de su inversión en un Depósito a Plazo, a 12 meses al 6% T.A.E., y que usted puede cancelar cuando quiera y sin penalización. El resto lo invertiremos en un Fondo Garantizado INDEX 3, con una garantía de 3 años, en el que usted recibe el 100% de su inversión inicial y un rendimiento del 60% de la posible revalorización del índice "Down Jones EURO STOXX Bank". La contratación y reembolsos de este Fondo fuera del período de suscripción, tiene una comisión del 5%. Consulte con nuestros asesores en su oficina de Ibercaja.



iberCaja

Uno de los primeros Grupos Financieros
en Gestión de Patrimonios