



Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

Vol.2 nº1, invierno 2014



Experiencias en AP

**Cuidados post-infarto: necesarios pero no
suficientes 12**

Editorial

El testamento vital y
las enfermeras 3

Original

Experiencia en cirugía menor
en un centro de salud:
estudio de intervenciones
realizadas en el Centro de
Salud de Natahoyo-Tremañes
en 2001-2012 5

Entrevista

Entrevista con Hilario
Paz García,
presidente del
Teléfono de la
Esperanza de
Asturias 17



sumario

Entidad editora:

SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias)

Directora:

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Coordinador técnico:

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)

Teléfono: 615 761 501

E-mail: revistaseapa@seapaonline.org
comiteeditorial@seapaonline.org

Web: www.seapaonline.org

Maqueta: Javier González Pisano
María Rodríguez Fernández

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano
Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez
Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Comité de Redacción:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano
Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez
Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Marta Pisano González
Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez
Centro de Salud de Llanera (Llanera)

Carmen Teresa Velasco González
Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud de Asturias

Rosario Riestra Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

Fernando Alonso Pérez
Centro de Salud de Moreda (Aller)

Emilio Velasco Castañón
Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega
Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo

Emilia Romero de San Pio
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Sofía Osorio Álvarez
Hospital de Cabueñes (Gijón)

Comité Científico:

Belén Fernández Suárez
Servicio de Planificación, Calidad y Aseguramiento. D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud.

M^a Victoria Inchaustegui
Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio. Área IV de Salud Oviedo). SESPA. Asturias

Marta Pisano González
Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez
Centro de Salud de Llanera (Lugo de Llanera)

Rosario Riestra Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

Emilia Romero de San Pio
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias

Fernando Alonso Pérez
Centro de Salud de Moreda (Aller)

Carmen Teresa Velasco González
Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Calidad e Innovación en los servicios de salud de la Consejería de Salud de Asturias

Emilio Velasco Castañón
Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega
Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo
Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo

Sofía Osorio Álvarez
Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia
UGC de Sotroñdio

Charo G^a-Cañedo Fernández
Centro de Salud Otero (Oviedo)

El Testamento vital y las enfermeras



“¿Qué sabes tú de lo que fue mi vida?

*Ahora sólo ves estos últimos años
que son como la empuñadura de un cuchillo
clavado hasta el final en mi costado.*

*Arráncalo de golpe y un borbotón de sueños
salpicará tu rostro.*

Podría dejarte ciega. Ten cuidado.”

Ángel González

Muchas veces durante nuestra vida profesional los sanitarios nos enfrentamos con la muerte. Procurando no nombrarla, sin ni siquiera permitirnos pensarlo, nos erigimos en fieros defensores de la vida de nuestros pacientes frente a ella. Luchamos con todas las armas a nuestro alcance, movilizamos ejércitos de profesionales y no escatimamos pruebas, en ocasiones cruentas, para intentar ganar algo de tiempo de vida. Nos sentimos fuertes en esta lucha porque ponemos el escudo de nuestros conocimientos junto a la armadura de haber jurado pelear por esa vida que sentimos en nuestras manos.

Lo vemos todo, la enfermedad, el sufrimiento, el dolor,...según nuestro propio “filtro” profesional y personal, ético y moral. Creemos firmemente que hacemos lo mejor en cada caso y valoramos las medidas a adoptar con la mejor intención pero también, a veces, con miedo a ser juzgados, a que nos acusen de no ser buenos guerreros.

¿Dónde queda en esta guerra la voluntad de nuestro paciente?, ¿a quién pertenece esa vida? y sobre todo ¿a quién pertenece esa muerte?

La sociedad en general tiene una especie de miedo visceral a tratar el tema de la muerte cara a cara, como una superstición, mejor ni pensar en ella, viviendo como si fuéramos a hacerlo para siempre. En el ámbito sanitario esto hace que se medicalice hasta el último momento de la vida, intentando buscar esperanza a cualquier precio con tal de no enfrentar la realidad y que lleva a formas y lugares de muerte muchas veces poco dignas y dolorosas.

Esto ocurre porque no es el paciente el que decide cómo desea finalizar su vida.

Muchas enfermeras de Atención Primaria, acompañamos a lo largo de muchos años a nuestros pacientes, les enseñamos sobre hábitos saludables, enfermedades, medicamentos, curamos sus heridas... les cuidamos, al igual que hacemos cuando llega la etapa final de la vida. Sin embargo, pocas veces hemos hablado directamente de la muerte con ellos, incluso cuando ésta está cerca. A pesar de que las leyes hayan ido avanzando y dan más autonomía y capacidad de decisión al paciente, esto se ve frenado u obviado si él no cuenta con la información adecuada. Es uno de nuestros deberes, según la ley, respetar esa voluntad y autonomía. Ello pasará por tanto por explicarles sus opciones en un lenguaje adecuado, si es preciso, y cómo pueden hacerlas valer.

Porque, ¿qué sabemos nosotros sobre los sentimientos y deseos de los demás?, ¿conocemos sus valores, creencias o miedos? y sobre todo ¿quién somos para juzgarlos y decidir “lo mejor”?

Ahora mismo, todos los asturianos, tenemos a nuestro alcance, un documento que permite dejar por escrito nuestra voluntad sobre el cuidado y tratamientos de nuestra salud si llegara el momento de no poder expresarla personalmente: "Documento de Instrucciones Previas" o Testamento vital.

Desde Atención Primaria, la enfermera comunitaria es en muchas ocasiones la que trata este tema con sus pacientes, ya que en nuestra herramienta informática, OMI-AP, el único lugar donde podemos acceder a imprimir el modelo de documento para realizar el testamento vital es en "valoración enfermera" en su apartado "valores y creencias", dentro de los Planes Personales de Cuidado. Nosotras, que estamos en contacto directo con cada persona, conocemos a sus familias, su casa, si cuenta o no con apoyos sociales, podemos orientar y apoyar el otorgamiento de forma que esta decisión sea de verdad entendida y meditada. Una vez realizado el registro, nadie puede modificar este documento, excepto el propio paciente que podrá hacerlo siempre que desee. La voluntad en él expresada puede influir en las actuaciones médicas y también en las de enfermería, que no siempre son el resultado de una orden médica.

Toda esta realidad cotidiana me lleva personalmente a sentir una enorme perplejidad ante la imposibilidad que tengo como enfermera de poder consultar este documento una vez que se halla registrado en la Historia Clínica del paciente. No entiendo los motivos.

El artículo 9 de la Resolución del 29 de abril de 2008 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de desarrollo y ejecución del Decreto 4/2008, 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas regula el acceso al Registro, en su punto 1 dice "Los profesionales sanitarios responsables de la asistencia sanitaria del otorgante podrán acceder al contenido del documento de instrucciones previas".

Sin duda alguna, las enfermeras somos personal sanitario, y sin duda también responsables de la asistencia sanitaria a nuestros pacientes... ¿Cuál es el problema?

Nuestro sistema por una parte, quiere enfermeras comprometidas, cada vez con más responsabilidades, en polimedicados, terminales, crónicos, etc. y sin embargo por otro lado no nos considera "responsables" o "capaces" de realizar cuidados "sanitarios" al hacer esa interpretación de la ley que nos impide el acceso al documento de Instrucciones Previas de nuestros pacientes.

Para mí incomprensible.

Marta Isabel Villamil Díaz
D.U.E. C.S. Cudillero (Asturias)

Experiencia en cirugía menor en un centro de salud: estudio de intervenciones realizadas en el Centro de Salud de Natahoyo-Tremañes en 2001-2012

Experience in minor surgery in a health center: study interventions in the
Health Center Natahoyo-Tremañes in 2001-2012

Isabel Cecilia Cueto Puente

Carmen Álvarez Moral

Pablo Pérez Solís

Cristina Obaya Prieto

Raquel Pérez Otero

Juan Casariego Cueto

C.S Natahoyo-Tremañes (Gijón)

Manuscrito recibido: 18-02-2013

Manuscrito aceptado: 21-01-2014

Cómo citar este documento

Cueto Puente I C, Álvarez Moral C, Pérez Solís P, Obaya Prieto C, Pérez Otero R, Casariego Cueto J. Experiencia en cirugía menor en un centro de salud: estudio de intervenciones realizadas en el Centro de Salud de Natahoyo-Tremañes en 2001-2012. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 Feb; 2 (1): 5-11

Resumen

La cirugía menor es una técnica común que debe ser aprendida y tutelada durante el periodo de formación en Atención Primaria, para las Enfermera Interna Residente (EIR), el Médico Interno Residente (MIR) y estudiantes de enfermería. Los datos de la actividad en cirugía menor recogidos comprenden el periodo desde enero de 2001 hasta julio de 2012, en el centro de salud Natahoyo-Tremañes, Asturias. Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Los procesos estudiados en el centro fueron 5.546 actos quirúrgicos, efectuados a 2.814 pacientes. Aproximadamente uno de cada 20 pacientes de nuestro centro, ha sido atendido mediante esta modalidad asistencial. El 57 % de las personas atendidas en cirugía menor son mujeres frente al 43 % que son hombres. La cirugía menor es una actividad factible dentro de los servicios que ofrece la Enfermería de Atención Primaria, para resolver motivos de consulta frecuentes en ese ámbito.

Palabras Clave

Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, Procedimientos quirúrgicos menores, Atención Primaria de salud

Abstract

Minor surgery is a common technique that must be learned and supervised during the training in primary care, for the EIR, MIR and nursing students. The activity data on minor surgery evaluated include the period from January 2001 to July 2012, in the health center Natahoyo-Tremañes, Asturias. This is descriptive, longitudinal and retrospective. The processes studied in the middle were 5.546 surgical procedures, performed to 2.814 patients. Approximately one in 20 patients at our center has been addressed by this healthcare modality. 57% of the patients treated in minor surgery are women compared to 43% who are men.

Minor surgery is a feasible activity included in the health care nursing services, to solve one frequent cause of consultation.

Keywords

Ambulatory surgical procedures, Surgical procedures minor, Primary health care.

Introducción

La cirugía menor ambulatoria forma parte de la oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud¹, siendo ya contemplada entre las prestaciones de Atención Primaria en 1995², e incluida en la Cartera de Servicios Comunes de éste ámbito asistencial en 2006³. Los usuarios se benefician, al realizarse en los propios centros de salud, de una buena accesibilidad, normalmente con menos demoras, atendidos por los profesionales encargados de sus cuidados de forma habitual, propiciándose por todas estas características, un clima de mayor confianza⁴.

La demanda de este servicio por la población es importante⁵. En la actualidad, la cirugía menor fuera del hospital se ha constituido como un tema frecuente de investigación, tanto para médicos como para enfermeras, incluyendo aspectos como la seguridad, la concordancia clínico-patológica, o el ahorro económico, cuando ésta se realiza dentro del propio centro de salud y no se deriva a otros niveles de atención^{6,7,8,9,10}.

La palabra *menor*, cuando nos referimos a la cirugía, se aplica a aquella que utiliza técnicas quirúrgicas u otros procedimientos sencillos, que se realizan por lo general en tejidos superficiales y accesibles, precisando habitualmente anestesia local, con bajo riesgo y escasas complicaciones postquirúrgicas, practicada de manera ambulatoria y sin requerir cuidados postoperatorios especiales^{3,11}. Por lo tanto, si el centro de salud no asume su realización, se suelen demorar meses, al tener prioridad otras patologías de mayor entidad para la utilización de la estructura quirúrgica del segundo y tercer nivel asistencial.

La cirugía menor es una técnica encuadrada en las competencias de enfermería^{12,13}, que debe ser aprendida y tutelada en la formación durante un periodo de tiempo suficientemente amplio para adquirir la necesaria destreza. Tanto la Enfermera Interna Residente (EIR), como el Médico Interno Residente (MIR) y los estudiantes de enfermería deberían tener en el centro de salud un referente formativo y un potencial que no deberíamos desperdiciar^{14,15}.

La actividad de cirugía menor en nuestro centro se retrotrae, de forma sistemática, y con agenda propia, al comienzo de la década de los años 90.

"La cirugía menor es una técnica encuadrada en las competencias de enfermería"

Desarrollo

1. Objetivo

Describir la actividad quirúrgica programada realizada en el Centro de Salud Natahoyo-Tremañes en Gijón (Asturias) en el período 2001-2012. Conocer las características de la demanda asistencial de la cirugía menor en el centro de salud.

2. Método

Estudio observacional descriptivo de los registros en el programa OMI-AP de la actividad de cirugía menor programada, desde enero de 2001 hasta julio de 2012, en el Centro de Salud Natahoyo-Tremañes.

El Centro de Salud Natahoyo-Tremañes está situado en la zona oeste de la ciudad de Gijón, siendo el Consultorio de Tremañes el centro periférico adscrito. Atiende a más de 18.000 habitantes, en un barrio con una población relativamente estable en los últimos 10 años.

Se definió como caso a todo paciente atendido en la consulta de cirugía menor ambulatoria del centro en el período de estudio. Se tuvieron en cuenta los procedimientos registrados en la plantilla predeterminada en el programa OMI-AP del Protocolo de Cirugía Menor, que se utiliza tras cada acto quirúrgico.

Se consideró criterio de exclusión aquella cirugía programada que no llegaba a realizarse, y los actos quirúrgicos realizados en otros centros (aunque se les realizase algún procedimiento posterior por nuestra parte).

Hemos revisado y extraído los datos de la historia clínica informatizada OMI-AP registrados mediante la dicha plantilla. De los datos obtenidos hemos realizado análisis estadístico de las siguientes variables demográficas y clínicas: sexo, edad, diagnóstico, técnica utilizada, categoría del profesional (médico o enfermera) y uso de anestésico.

3. Resultados

Durante el período de estudio (algo más de 11 años) hemos realizado en el centro 5.546 actos quirúrgicos, sobre 2.814 pacientes, lo que corresponde a un promedio de 1,97 intervenciones por paciente. El número de lesiones tratadas fue 3.591 (algunas de ellas precisaban más de una sesión o acto quirúrgico).

En cuanto a la distribución por sexos de la población estudiada, el 57% de las personas atendidas en cirugía menor son mujeres. La edad media de los pacientes es de 46,7 años, con un rango intercuartílico de 61 a 23 años y una mediana de 47 años.

Los diagnósticos más frecuentes (**Figura 1**) se concentran en 5 categorías, que suponen más del 70% de las intervenciones realizadas: verruga vulgar 32,6%, fibroma blando 18,1%, queratosis seborreica 9,1%, uña encarnada 6,1% y verrugas plantares 5,5%. En menor proporción, se han intervenido otras lesiones: quiste epidérmico 3,1%, nevus melanocítico 2,8%, herida cutánea 2,4%, absceso 2,2% y molusco contagioso o queratosis actínica, en menos del 2% de los casos. Otros diagnósticos no especificados en la plantilla de cirugía del programa OMI-AP constituyeron el 11,5%.

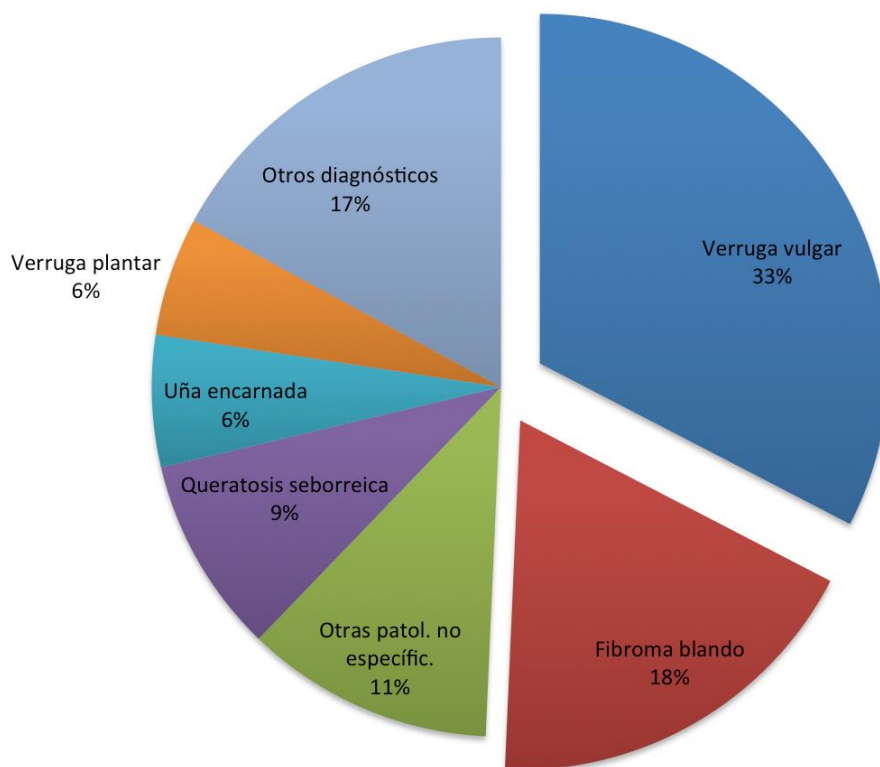


Figura 1: Diagnósticos más frecuentes

Se obtuvo registro sobre utilización de anestésico en el 79% de las lesiones tratadas (2.840). El 50,1% de éstas precisaron utilización de anestesia. En el protocolo utilizado de cirugía menor, solamente era posible reflejar la utilización o no de anestesia, como variable dicotómica. En relación al porcentaje de anestésicos por sexos, no se encontraron diferencias estadísticas relevantes.

Las técnicas empleadas en más del 70% de los casos fueron la criocirugía (37,5%), seguida de la escisión superficial (19,9%) y la utilización de bisturí eléctrico (electrocirugía), en el 16%. Se remitió muestra a anatomía patológica en el 10,9% de los casos.

En cuanto a los colectivos profesionales implicados, el 81,7% de las intervenciones fueron realizadas por personal de enfermería, y el 18,3% por el personal médico del centro.

Conclusiones

Este estudio muestra, en el Centro de Salud Natahoyo-Tremañes, un volumen de actividad apreciable en el tratamiento de lesiones cutáneas benignas mediante cirugía menor, en este caso practicado mayoritariamente por personal de enfermería. Además del número de lesiones tratadas, es interesante el número de pacientes beneficiados.

La proporción de las lesiones más frecuentes no difieren en exceso de otras series¹⁶⁵, siendo las verrugas simples y los fibromas blandos las más habituales. Puede llamar la atención el bajo porcentaje de heridas cutáneas registradas o abscesos (poco más del 2%) en el estudio. La razón fundamental es que nuestro estudio se basa en el registro en el Protocolo de Cirugía Menor OMI-AP, diseñado para actividad programada, no contemplando la mayor parte de la actividad urgente (de la que son susceptibles la mayor parte de intervenciones sobre heridas y abscesos), en los que se utiliza un protocolo diferente. Sí es destacable el protagonismo de

enfermería en nuestro equipo de Atención Primaria, en la actividad programada (más del 80%), que precisamente es aquella cirugía menor en la que tiene menor actividad en nuestra comunidad autónoma⁵.

Observamos que en algo menos de la mitad de los casos se utilizó anestesia local (el 50,1% si solo tenemos en cuenta los casos en los que se registró su utilización o no). El tipo de registro no discriminaba la técnica empleada (que habitualmente es la inyección local, y ocasionalmente troncular o aplicación tópica en crema). A nuestro juicio, teniendo en cuenta la práctica habitual del centro, en muchos casos se debe al uso frecuente del nitrógeno líquido, que no requiere la complementariedad de la anestesia.

El propio diseño del estudio (de tipo observacional) en el que analizamos los datos recogidos en una plantilla ya diseñada (Protocolo de Cirugía Menor OMI-AP), da lugar a varias limitaciones, que no se han podido solventar con las anotaciones libres de los profesionales. El listado de diagnósticos está prefijado (de ahí el volumen del apartado "Otros"), el uso de anestésico anota como variable dicotómica, sin opciones en cuanto a la técnica utilizada, y el registro de la intervención realizada es también poco flexible. En este sentido, sería interesante la mejora de la herramienta de registro, y el diseño de un estudio prospectivo para evaluar el proceso.

Este estudio muestra una actividad consolidada de cirugía menor protagonizada por enfermeras de un centro de salud de Atención Primaria. Estas técnicas siguen formando parte de la Cartera de Servicios Comunes del primer nivel¹⁷, y puede considerarse, como señalábamos en la introducción, una de las competencias de enfermería.

En nuestra zona básica, la actividad de cirugía menor se concentra en unos pocos profesionales, situación que parece ser común en Atención Primaria^{7,18}. Por otro lado, puede considerarse que la eliminación de lesiones asintomáticas y de carácter estético no debe ser ofertadas en el sistema público y, paradójicamente, algún estudio muestra una tendencia creciente a procedimientos sencillos con poca trascendencia clínica⁷. En nuestro caso, sería interesante reflexionar sobre si intervenimos lo suficiente sobre aquellos procesos que provocan mayor discomfórt al paciente, como la uña encarnada o las verrugas plantares.

Los profesionales que asumimos este servicio, a pesar de esta contradicción latente, hemos optado por ofrecer a los usuarios esta actividad, a costa de una sobrecarga de nuestra agenda habitual, dado las mejoras que entendemos que podemos proporcionar a nuestra población de referencia. La ubicación de la cirugía menor dentro de la Atención Primaria aporta una mejora en nuestra capacidad resolutoria, ante motivos de consulta que podemos considerar razonables.

Por otro lado, algunos estudios en España muestran un menor coste y un menor tiempo de espera de la cirugía menor practicada en Atención Primaria^{8,10,19}, llegando a ser los costes totales (costes directos sanitarios y no sanitarios, más costes indirectos) hasta tres veces menores⁹. La cirugía menor realizada en el centro de salud también alcanza resultados positivos en la satisfacción para el usuario²⁰.

En definitiva, tenemos ante nosotros un volumen de actividad a tener en cuenta, de una prestación reconocida en la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud e incluida dentro de las competencias de enfermería que, como muestra este estudio, puede asumir gran parte de la actividad programada. En ese contexto y, dadas las ventajas para la población y el Sistema Sanitario de un mayor protagonismo de los centros de salud en la cirugía menor ambulatoria, debería potenciarse su formación tanto en etapas pregrado, como en los programas de especialización postgrado en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria (EIR y MIR), así como la planificación y la asignación de recursos para su aplicación generalizada en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 254, de 23 de octubre de 2003 [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-19572
2. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 35, de 10 de febrero de 1995. [Internet]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-3554
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. [Internet]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=097419
4. Gómez Langley SL, Sánchez Laguna FJ, Portero Bolaños Á, Martín Blanco R. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2008;40(5):267-8.
5. Oltra Rodríguez E, Fernández García B, Cabiedes Miragaya L, Riestra Rodríguez R, González Aller C, Osorio Álvarez S. Epidemiología de la cirugía menor en atención primaria. Estudio descriptivo de 50.000 intervenciones. Oficina Investigación Biosanitaria Principado Astur [Internet]. 2012 [citado 9 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/1901>
6. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. Minor surgery activity in primary care. JRSM Short Rep. 9 de enero de 2010;1(4):36.
7. Arribas Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. Aten Primaria. 2011;43(2):58-60.
8. Tarraga López PJ, Pérez Rodríguez MT, Ocaña López JM, Cerdan Oliver M, López Cara MA, Palomino Medina MA. Análisis de los costes de la cirugía menor en Atención Primaria. Rev Esp Econ Salud. 2005;4(5):266-72.
9. Oltra Rodríguez E. Análisis de efectividad y eficiencia de la cirugía menor en costes, calidad técnica y calidad percibida, según profesionales y niveles asistenciales donde se realiza [Tesis Doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo, Programa de Doctorado en Morfología y Evaluación en Ciencias de la Salud; 2013.
10. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un Centro de Atención Primaria rural. Semergen. 2004;(4):164-8.
11. Menon, N K. Minor surgery in general practice. The Practitioner. 1986;230(1420):917-9.
12. Domínguez Guerrero F, García Juárez M del R, Padilla Marín C, Rodríguez Bouza M. Cirugía menor: desarrollo de nuevas competencias enfermeras [Internet]. Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía; 2012 [citado 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1108>
13. Editorial. Marco legal de la enfermería en cirugía menor. Tu Cuid Rev -Line [Internet]. 2013 [citado 9 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/552>

14. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº 157 (29 de Junio de 2010).
15. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº 105 (3 de mayo de 2005) [Internet]. Disponible en:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7188
16. Consejería de Sanidad de Madrid. Los Centros de Salud realizaron 86.016 intervenciones de cirugía menor en 2012 [Internet]. Comunidad de Madrid. 2013 [citado 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/vBxfy6>
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cartera de servicios comunes de atención primaria [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 9 de diciembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-IndicacionProcedimientos.htm>
18. Puche JFM, Muñoz PAA, Cánovas AG, Quevedo JC, Caballero JDG, Piñera ML. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad? Aten Primaria. 2003;31(1):23-31.
19. Delgado Zafra S, Casas Nicot B, Gavira Iglesias J. Análisis de un programa de salud: cirugía menor en Atención Primaria. Med Fam Andal. 2012;13(1):28-33.
20. López Santiago A. Cirugía menor en atención primaria : la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2000;26(2):91-5.

Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes

Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria

M^a Jesús Rodríguez García (Enfermera Comunitaria)

C.S. Infiesto (Piloña)

Cómo citar este documento

Rodríguez García M J. Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes. Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 Feb; 2 (1): 12-16

*"Sea lo que fuere que estás destinado a hacer, hazlo ya!
las condiciones son siempre imposibles". Doris Lessing*

Cuando la revista me pidió contar mis percepciones y experiencias vividas en el programa que llamo indistintamente **"Rehabilitación cardíaca en el paciente postinfartado"** o **"Educación para el autocuidado de la cardiopatía isquémica"**, estuve tentada a rechazar la invitación. Motivos no me faltaban pues otros compromisos y proyectos en marcha ocupaban ya las horas y los días, a lo que se añadía cierta sensación de *"a quién le importa lo que yo diga, a quien le importa lo que yo haga"*, pero una vez que puse el foco de interés en los pacientes y no en mí, pensé que era una buena ocasión para animar a las enfermeras comunitarias a que incluyeran en su agenda a estas personas, que suelen pasar por delante de nuestra puerta y de las que apenas sabemos de ellas si no son población diana de los factores de riesgo cardiovascular y no de todos .

Asociar **Rehabilitación cardíaca y enfermeras comunitarias** puede parecer desmesurado a primera vista , pero no lo es tanto cuando nos acercamos a la definición que propuso la Asociación Americana del Corazón (AHA) en el año 2005: *"La Rehabilitación cardíaca es el conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del cardiópata y para facilitar su integración social"*. Existe suficiente evidencia científica que demuestra los beneficios de los Programas de Rehabilitación Cardíaca sobre la morbimortalidad, la disminución de las complicaciones y el aumento de la supervivencia y la calidad de vida. Por su parte, la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud (2006) considera la realización de estos programas en los centros de salud, como ejemplo de acciones de buena práctica clínica dentro de la Prevención Secundaria de la cardiopatía isquémica.

Estos programas tienden a diferenciarse en tres fases: la fase I, intrahospitalaria, la fase II, extrahospitalaria temprana, y la fase III, extrahospitalaria tardía y es la que deberá continuar el paciente en su domicilio durante toda su vida.

Con estos y otros antecedentes teóricos, pongo en marcha la experiencia que paso a comentar y que tuvo su origen en la elaboración de la Guía de Rehabilitación Cardíaca en Atención Primaria por el grupo de ReccAP- Astur (Red de Enfermería de Cuidados Cardiovasculares de Asturias) con el fin de orientar a las enfermeras en el proceso educativo de pacientes y cuidadores para el autocuidado y el manejo de la cardiopatía isquémica. Contando con la participación del resto de profesionales sanitarios que requiere la atención de estos pacientes, las enfermeras tenemos aquí el campo abonado para desempeñar lo que mejor sabemos hacer, esto es, asesorar, apoyar, educar, motivar, acompañar, entrenar, aliviar, escuchar, orientar...

Según testimonios de personas que han padecido un infarto agudo de miocardio, una vez superada la fase próxima al evento, experimentan sensaciones de miedo, preocupación, inseguridad ante el futuro, negación de la enfermedad, soledad, incertidumbre, pérdida de salud y de la autoimagen, restricciones de la actividad que venían desarrollando y del tipo de ocio..., una brusca sacudida, que altera su equilibrio y que hace necesario un proceso de adaptación en el plano personal, familiar, social y laboral.

Partiendo de estas premisas y de que en el ser humano, lo biológico, lo psicológico y lo comunitario forman un todo que es más que la suma de las partes, me propuse ayudar al paciente para que se adaptara asertivamente a la nueva situación creada por la enfermedad, se sintiera competente y se percibiera autoeficaz en la incorporación y mantenimiento de los nuevos hábitos y modos de vida a adoptar, recuperara la confianza en el funcionamiento de su cuerpo, tomara conciencia del estado anímico y emocional como respuesta a la situación vivida y adquiriera los recursos necesarios para controlar su enfermedad y mejorar su pronóstico en colaboración con los profesionales. Que el paciente alcanzara estos objetivos, iba a depender en buena parte también, y por lo tanto a tener muy en cuenta, del papel fundamental desempeñado por la pareja, la familia, su entorno social y la situación laboral en que se encontraba.

Cuando decidí que era el momento de pasar de lo escrito a la acción, solicité una entrevista con los cardiólogos del Área Sanitaria VI para presentarles el proyecto, darles a conocer la Guía antes mencionada y pedirles su colaboración en el mismo, que en ese momento consistía básicamente en establecer el proceso de derivación de los pacientes de mi zona básica, que hubieran sido ingresados por padecer un infarto agudo de miocardio, y en acordar los criterios de inclusión en el programa.

Con su aceptación e informados también los compañeros del Centro de Salud, empecé a elaborar **el material de apoyo para el paciente** que le entregaría al final de cada sesión, **la metodología y el contenido** de las 9 sesiones de las que constaría el programa. Con la redacción de un manual de ayuda, buscaba ofrecer información relevante, fiable, amena y comprensible, para el paciente y su familia sobre los **componentes** específicos recomendados en los programas de rehabilitación cardíaca extrahospitalarios:

- Qué es la cardiopatía isquémica, cómo se manifiesta, diagnostica y se trata.
- Conocimiento y manejo de la medicación.
- Actividad y ejercicio físico.
- Alimentación.

*"El papel
desempeñado
por la pareja, la
familia, el
entorno social y
la situación
laboral es
fundamental"*

- Factores de riesgo cardiovasculares.
- Influencia de los aspectos psicoemocionales en el proceso de adaptación y recuperación.
- Información sobre la actividad sexualidad postinfarto.
- Síntomas de alerta y pautas de actuación.
- Familia (pareja, familiares, cuidador). Sesión opcional.

El programa se inició con un varón de 45 años, padre de dos hijos de 13 y 3 años. Presentó el primer infarto de miocardio hacía 9 años, desde entonces ha padecido varias crisis de angor, reinfarto y pluripatología (16 CIAP activos crónicos) causantes de minusvalía, incapacidad y no poco sufrimiento como reconoce, *"he pasado unos años muy jodido, pero ahora vivo el presente y lo que tenga que venir que venga. Procuero hacer lo que está en mi mano, lo que no depende de mí...tengo una buena autoestima y me acepto como soy"*. Su esposa trabaja fuera de casa y él se ocupa de llevar a sus hijos a la escuela, realizar las tareas domésticas, caminar casi todos los días una hora, acudir a las revisiones, bricolar y reparar los juguetes de los niños.



Unos días después, acude otro varón de 42 años que haciendo una ruta en bicicleta, se sintió mal, perdió la conciencia y tras colocarle el DESA pasó unos días en cuidados intensivos. Le colocaron dos injertos coronarios y en estos momentos *"se siente como nuevo, aburrido porque el día se hace largo, pero esperanzado de que me den pronto el alta e irme al extranjero a trabajar"*.

El siguiente varón que se incorpora tiene 61 años, camionero jubilado, y según su relato, desde hacía un mes se sentía con malestar en el pecho, consultó y el médico le dijo que padecía bronquitis, como seguía encontrándose mal, acudió al servicio de urgencias del centro de salud y le derivaron al hospital con diagnóstico de infarto, *"creo que si me hubieran mirado bien, a lo mejor esto no me habría pasado"*. No olvida tomar la medicación, le gusta comer y dice *"no puedo caminar mucho por culpa de la rodilla. No pienso mucho en*

lo que me ha pasado, ahora me encuentro bien". Según su esposa, "tiene un humor de perros, le ve preocupado y no le gusta nada estar solo".

Remitido por el médico de AP, llegó un varón de 44 años, casado, padre de una hija de 18 años, trabajador de la madera al que *"el dolor en el pecho y el sudor me pillaron en el monte"*. Se siente muy apoyado por su familia, tiene una actitud bastante positiva hacia sí mismo, aunque a veces le preocupa no poder reincorporarse a su anterior trabajo, *"es lo que me gusta y lo que sé hacer"*. Entra en la consulta siempre sonriente y a la pregunta *"¿cómo estás?"* me responde *"cañón, nunca estuve mejor, ahora me cuido más"*.

El quinto paciente, hasta el momento de escribir este artículo, fue un varón de 51 años copropietario de una empresa de 9 trabajadores, que acudió al hospital conduciendo unos 100 Km. con dolor precordial, en brazo izquierdo y mandíbula. Se ha visto obligado a hacer cambios en su vida, entre otros, abandonar el tabaco y hacer algo de ejercicio físico además de encontrarse de baja laboral. Dice *"no tengo claro por qué me dio esto, sí que fumaba y tenía mucho estrés, pero sigo sin ver el motivo de por qué me pasó. Creo que en poco tiempo volveré a estar como antes y que podré hacer lo mismo que hacía"*. Se ve con capacidad para hacer frente a esta situación aunque ve difícil evitar la sobrecarga de trabajo.



Durante las 9 semanas que duró el programa, en sesiones individuales de unos 40-45 minutos, **el método** empleado fue el siguiente:

- Acogida, resumen de la sesión realizada y presentación del tema a tratar.
- Expresión del paciente de las experiencias y los cambios vividos durante la semana transcurrida. Dudas, aclaraciones, comentarios del contenido tratado el día anterior.
- Revisión de la presencia de síntomas cardiacos, de la adherencia al ejercicio físico, alimentación y tratamiento farmacológico.
- Evaluación de los conocimientos, comportamientos, habilidades, actitudes y recursos, en relación con la materia a tratar en la presente sesión.

- Desarrollo del tema de trabajo de forma interactiva y bidireccional, seleccionando para cada paciente los medios que tengo a mi disposición: folletos, presentaciones, galerías de imágenes, etc. y que mejor podían reforzar su disposición a los autocuidados, sus competencias y su compromiso con el cambio.
- Entrega del texto informativo sobre lo tratado.

La evaluación de los pacientes, según sus opiniones y expresiones de agradecimiento, manifestadas de forma espontánea en el transcurso de los encuentros, la califico de muy satisfactoria; sirva de indicador objetivo indirecto la asistencia de los 5 participantes a las nueve sesiones que componen el programa.

Por mi parte, considero que por tratarse de un servicio con amplia base de evidencia en la mejora de la calidad, cantidad de vida del paciente y en el pronóstico de la enfermedad, innovador, que responde a las necesidades de los pacientes, en unas circunstancias para ellos de incertidumbre y vulnerabilidad, las enfermeras tenemos una gran oportunidad de desarrollar y ejecutar nuestras competencias y responsabilidades, mostrando que somos útiles y resolutivas a la sociedad y al sistema sanitario. El resultado de este tipo de intervenciones es un paciente satisfecho, implicado en su autocuidado, capacitado, activado, empoderado, sin coste económico extra para el sistema sanitario, además de motivante y gratificante para los profesionales. Con esta herramienta llamada **Educación para** (la recuperación y mantenimiento de) **la salud**, aunque hoy denominarlo así no es "cool", ganamos valor y legitimidad ante los ciudadanos.

En este caso, como en tantos otros, lo más probable es que la implantación de esta iniciativa dependa de la voluntariedad de los profesionales (enfermeras comunitarias y hospitalarias, cardiólogos, médicos de familia, fisioterapeutas) pues tengo pocas esperanzas de que políticos ni gestores sanitarios tengan la intención de incorporarlo a las carteras de servicios que se deberían ofrecer a la población.

Agradecimientos

Agradezco a Vicente Jesús Albaladejo, cardiólogo del Área Sanitaria VI, su apoyo, confianza, colaboración y este germen de "continuidad asistencial"

Bibliografía

1. Red de Enfermería de Cuidados Cardiovasculares de Asturias (REccAP-Astur). Rehabilitación Cardíaca en Atención Primaria. Guía de apoyo para el profesional de enfermería. Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias; 2012.
2. Leon, A.S.; Franklin, B.A.; Costa, F.; Balady, G.J.; Berra, K.A.; Stewart, K.J., *et al*; Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2005;111: 369-76.
3. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia>.

Entrevista con Hilario Paz García, presidente del Teléfono de la Esperanza en Asturias

El Teléfono de la Esperanza de Asturias comenzó a funcionar en Asturias en 1975, aunque su origen se encuentra en Sevilla, unos años antes (1971), desde donde fue extendido a otras zonas de España.

¿Cuándo funciona el teléfono?

Es un servicio de atención las 24 horas del día, los 356 días del año. Cuando una persona está en crisis, en un mal momento no puede esperar a mañana. En sus orígenes el teléfono era el medio de comunicación más rápido, además mantiene la ventaja de poder preservar el anonimato del llamante. Con el anonimato quien llama se siente aliviado pues puede contar sus problemas y expresar su pensamiento con más libertad.

¿Para qué sirve?

Funciona como apoyo para muchas personas que no saben o no tienen con quién hablar. El sentimiento de angustia se reduce si tienes alguien con quien compartir lo que te sucede. La asociación fue declarada de Utilidad Pública apenas un año después de su fundación, y la ayuda que presta destaca por tres cualidades principales: anonimato, gratuidad y especialización en la atención.



¿Cómo se presta la ayuda?

En el año 2014 se han recibido más de 6500 llamadas. Personas que han dado el paso y han marcado el número 985.22.55.40 buscando un apoyo en una situación difícil. "Teléfono de la Esperanza, dígame" es la respuesta que reciben del otro lado de la línea, la voz de un orientador que ha pasado por un proceso de formación y sigue en continua formación, para poder escuchar de forma adecuada y ayudar a la persona que llama.

¿Quién llama?

Se reciben llamadas de todas las edades, si bien la mayoría de las personas tienen entre 26 y 45 años (un 70.41%). Por sexos, siguen siendo las mujeres las que más llaman (68.60%) aunque va aumentando el número de hombres que se abren a este tipo de servicio.

Los problemas son sobre todo de tipo psicológico (un 50.2%) y destaca la sensación de soledad e incompreensión de las personas que llaman. Muchas personas lo que realmente lo que necesitan es hablar, tener alguien que les escuche y que les pueda orientar. Algunas personas pueden pensar que solo aquellos que se encuentran en una situación extrema, recurren al Teléfono de la Esperanza. Aunque sí se interviene en crisis graves, se reciben muchas llamadas en las que el llamante simplemente necesita sentirse escuchado por la persona que está al otro lado del teléfono.

¿Qué ayuda presta?

A través del 985.22.55.40 se realiza una primera intervención en crisis, cuando una persona se siente desorientada, perdida y llama. Es el primer contacto que se tiene y los motivos de la llamada son diversos: por estar atravesando una recaída de alguna patología, tras haber recibido una mala noticia familiar o laboral, personas que están viviendo una pérdida de un ser querido o una separación afectiva... problemas que compartidos se asimilan mejor, problemas para que en muchas ocasiones es difícil saber con quién compartir.

No todos los problemas se resuelven con la llamada, a veces es preciso facilitar una cita con un psicólogo, psiquiatra o abogado. En este caso el servicio es presencial, pero manteniendo siempre la gratuidad, confidencialidad y anonimato que caracteriza la Asociación.

Otro recurso del Teléfono de la Esperanza de Asturias son los grupos y talleres organizados trimestralmente. Grupos terapéuticos para personas con problemas concretos (ansiedad, depresión, duelo) y otro tipo de talleres de desarrollo personal que ayudan a afrontar las situaciones complicadas y también a conocerse mejor (talleres como autoestima, resolución de conflictos, inteligencia emocional...).

En palabras del fundador del Teléfono de la Esperanza "Todo problema es relativo cuando se puede compartir con otro".

Conferencias y jornadas, un recurso abierto

Periódicamente los profesionales voluntarios del Teléfono de la Esperanza colaboran en conferencias sobre temas de interés relacionados con la psicología. Se realizan en lugares como el Auditorio Príncipe Felipe de Oviedo o el Centro Municipal Integrado de La Arena de Gijón. Siempre con entrada libre y gratuita, la alta asistencia de público demuestra la creciente implicación de los asturianos en el cuidado de su salud emocional.



¿Voluntariado en el Teléfono?

Todas las actividades del Teléfono de la Esperanza de Asturias son desarrolladas por voluntarios. Afrontar los distintos tipos de llamadas es una tarea compleja para la que se debe estar bien preparado. Los voluntarios pasan por un proceso de formación en los que se incluye conocerse a uno mismo, y es que resulta fundamental aprender a no involucrar en la atención de la persona que llama los propios sentimientos, prejuicios o experiencias. Saber escuchar la historia del otro sin valorar, juzgar o aconsejar.

Para ser voluntario basta con anotarse en el propio teléfono, para poder incorporarse al proceso de formación y vivir una experiencia en la que el voluntario acaba recibiendo mucho más de lo que da.

Toda la información sobre actividades en la web www.telefonoasturias.org o en el Teléfono de la Esperanza 985.22.55.40.



