



Actividades y cuidados básicos de enfermería en el hospital de día reumatólogico

Alejandro Romero^a y Rocío de Luis^{b,*}

^aServicio de Medicina Interna, Hospital de la Cruz Roja, Madrid, España

^bServicio de Quirófano, Fraternidad-Muprespa, Madrid, España

Guía de actividades enfermeras en el hospital de día reumatólogico

Información general previa

Informar al paciente acerca de las normas generales del hospital de día reumatólogico (HDR) (horarios, comidas, etc., recogidas en el capítulo 1) y números de teléfono.

Enseñarle la unidad y presentarle al personal que trabaja en ella.

Informarle acerca de su enfermedad y del tratamiento a seguir.

Valoración de enfermería

Se debe realizar una valoración de enfermería (mediante entrevista, observación y exploración) que nos permita identificar los problemas de salud, para realizar después una correcta aplicación de los cuidados¹⁻³:

Percepción-control de la salud

Salud en general, hábitos y conocimientos acerca de su enfermedad, medicamentos y consumo de alcohol o estimulantes.

Nutricional-metabólico

Dieta habitual, ingesta hídrica, pérdida de peso, anorexia, tolerancia alimentaria, problemas digestivos, en la deglución, cicatrización, cutáneos o dentales.

Exploración física: peso (medido con regularidad), talla, índice de masa corporal, temperatura (en artritis reumatoide [AR] puede aparecer fiebre escasa pero persistente), mucosa oral, dentadura y piel: aspecto, color, grado de humedad y lesiones.

Eliminación

Frecuencia de diuresis y deposiciones, control de esfínteres y molestias o dificultades. También si tiene sudoración excesiva o problemas de olor.

Actividad-ejercicio

Dificultad para realizar actividades, ejercicio habitual y tolerancia, fatiga, malestar, debilidad muscular, parestesias en pies y/o manos, espasmos, atrofia, contracciones y presencia de rigidez matutina (relacionado con el grado de inflamación articular, cuya duración constituye un indicador clínico fiable del grado de actividad de la enfermedad). Valorar el grado de limitación del movimiento en cada visita.

Exploración física: frecuencia cardíaca (FC), presión arterial (PA), SpO₂, respiración, ruidos respiratorios, fuerza muscular (¿puede cojer un lápiz?), marcha y nódulos linfáticos (en AR pueden estar aumentados de tamaño), tendones, bolsa sinovial y prominencias óseas (en AR pueden aparecer nódulos reumatoideos sobre todo en manos, codos y rodillas). Movimientos pasivos de articulaciones, observando limitación del movimiento, rechinamiento de la articulación y dolor asociado al movimiento.

Reposo-sueño

Descanso, problemas para conciliar el sueño o durante el sueño y qué hace para remediarlo. También si tiene períodos de reposo y relajación.

Cognitivo-perceptual

Molestia o dolor, su localización, características e intensidad (en AR suele aparecer dolor que se agrava con el movimiento), y qué hace para remediarlo. Dificultades en la audición y/o visión.

Exploración física: grado de orientación (espacio, tiempo y persona).

Autopercepción-autoconcepto

Cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer, o en sus sentimientos hacia sí o hacia su cuerpo.

Rol-relaciones

Le consultamos cómo vive su familia la enfermedad o el tratamiento.

Sexualidad-reproducción

Cambios en sus relaciones personales con relación a la enfermedad y/o al tratamiento.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: larocix@hotmail.com (R. de Luis).

Afrontamiento-tolerancia al estrés

Cambios en su vida en los últimos meses y si tiene alguien con quien compartir sus pensamientos. Tensión y nivel de estrés, y métodos de afrontamiento.

Valores-creencias

Si la estancia en el HDR puede interferir con alguna práctica religiosa.

Guía de cuidados genéricos en el hospital de día reumatólogico

Toma y registro de constantes vitales

En el HDR se establece un protocolo de toma de constantes vitales (PA, FC y temperatura) cuando se administra un fármaco, el cual puede alterarlas, de tal forma que nos permite observar si ha habido cambios conforme se modifica la velocidad de perfusión del fármaco² (tabla 1).

Vías venosas

Utilizadas para administrar fluidos al torrente sanguíneo a través de un catéter insertado en la luz del vaso. Según su localización anatómica se distinguen: vía venosa periférica y vía venosa central^{4,5}.

Vía venosa periférica

Inserción con catéter corto (menor de 7 cm) por venopunción percutánea, para tratamientos inferiores a 3 semanas o no irritantes⁶. Presenta pocas complicaciones, pero su frecuente uso hace que debamos realizar unos cuidados adecuados (fig. 1).

Cuidados. La inserción se realiza en extremidades superiores, lo más distal posible, evitando articulaciones móviles y teniendo en cuenta la actividad del paciente y sus preferencias. Procurar canalizar venas adecuadas, ya que algunos tratamientos utilizados en el HDR pueden ser prolongados. Seguir una técnica aseptica. De la misma forma, se debe manipular la vía y administrar medicación para evitar infecciones. Mantener la zona de inserción limpia y seca y utilizar tapones Luerlock para minimizar el número de desconexiones. Salinizar (20-30 ml) al finalizar la administración de medicación. Vigilar signos y síntomas de infección. Utilizar apósoitos, preferentemente transparentes, que permitan la visualización del punto de inserción y un perfecto sellado del catéter (fig. 2).

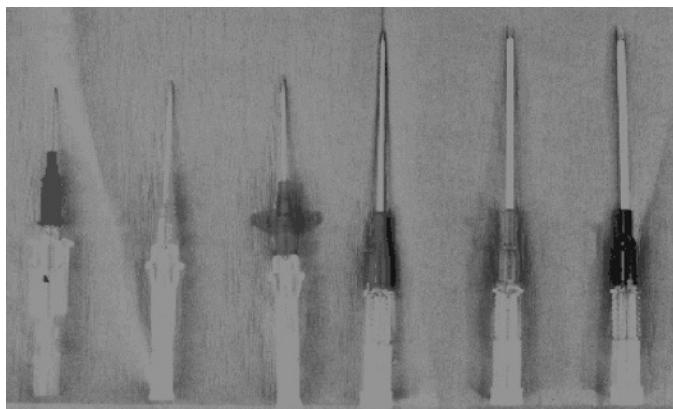


Figura 1. Calibres de catéter periférico.



Figura 2. Vía periférica con apósito transparente.

Complicaciones. Suelen obligar a la retirada del catéter. Las más importantes son:

- Obstrucción: por coágulos o precipitados medicamentosos. Se puede intentar aspirar el coágulo con jeringuilla, pero nunca ejercer presión positiva.
- Extravasación: si ocurre, interrumpir la perfusión, y si se trata de fármacos muy irritantes, aplicar el protocolo de extravasación (capítulo 3).
- Flebitis: inflamación de la vena canalizada provocada por infección, trombosis, traumatismo o por fármacos (por su capacidad irritativa). Aplicar frío local y administrar pomada antitrombótica con efecto analgésico, elevar el miembro afectado y favorecer la movilidad de las zonas distales. Valorar los signos de una flebitis infecciosa.

Cuando se cumpla cualquiera de las complicaciones anteriores se debe retirar el catéter. Presionar durante unos minutos y registrarlo.

Educación del paciente. Recomendarle que no moje ni sumerja la zona de inserción del catéter. Puede ducharse si toma precauciones para que el agua no moje el apósito.

Educarle para que reconozca los signos o síntomas de las posibles complicaciones y lo comunique al personal sanitario.

Vía venosa central

Del abordaje de este tipo de accesos venosos se encarga el personal facultativo y se suele hacer en quirófano. Existen muchos tipos de vías venosas centrales, pero los más utilizados en el HDR son Hickman y Port-a-cath.

A. Catéter Hickman. Es un catéter subcutáneo que consiste en un tubo largo flexible de silicona radiopaca cuyo extremo proximal se aloja en una vena gruesa del tórax o abdomen (yugular, subclavia, axilar) y el distal en cava superior o cava inferior, dependiendo de si la implantación es torácica, abdominal o inguinal^{6,7}.

Una parte del catéter se sitúa subcutáneamente (dacrón) entre la vena canalizada y la salida a la piel. Requiere técnica quirúrgica (fig. 3).

Cuidados

- Extraluminariales: vigilar que la piel esté limpia y no se produzca hematoma del túnel subcutáneo.

Tabla 1. Registro de constantes vitales

Hora	PA	FC	T	Medicación	Velocidad perfusión	Observaciones
------	----	----	---	------------	---------------------	---------------

PA: presión arterial; FC: frecuencia cardíaca; T: temperatura.

– Intraluminales: manipular y desconectar el catéter por debajo de la altura del corazón y con las pinzas de clampado cerradas (para evitar embolismo aéreo).

Para minimizar el número de desconexiones (sobre todo las proximales), utilizar tapones Luerlock (cambio cada 7 días).

Antes de administrar medicación, retirar la heparina del último sellado.

Lavar entre medicaciones y asegurarse de que éstas son compatibles si se administran simultáneamente, para que no formen precipitados. Lavar al finalizar y heparinizar, y sellar las luces cuando no se usen.

Complicaciones

- Trombosis venosa: por estasis venoso (usar bombas y heparinizar); cursa con edemas en las extremidades afectadas por el recorrido venoso del catéter (brazo, cuello, etc.).
- Obstrucción de las luces del catéter: por coágulo sanguíneo en el catéter (intentar aspirar el trombo, desecharlo y lavar); precipitación de fármacos (salinizar entre medicaciones para evitarlo); migración del catéter por movimiento de la cabeza del paciente (avisar al médico y hacer examen radiológico) y porque la punta del catéter esté situada contra la pared del vaso (cambiar de posición al paciente, provocar maniobra de valsalva con la tos).
- Embolia aérea: si se produce, colocar al paciente sobre el lado izquierdo con los pies elevados y avisar al médico.
- Rotura del catéter: evitar sobrepresiones. El catéter se puede reparar si la rotura es a una distancia mayor de 4 cm de la salida del subcutáneo (hay kits de reparación).
- Infección sistémica y/o local.
- Dacrón situado fuera de la piel: por una mala práctica quirúrgica. Inmovilizar el catéter por el exterior sobre el tejido subcutáneo y utilizar apó�itos transparentes, para poder visualizarlo (fig. 4).
- Hematoma del túnel subcutáneo: aplicar frío local y crema antitrombótica. Vigilar la zona y evitar la infección del túnel.

Retirar el catéter por rotura, sospecha de infección o fin del tratamiento. Tirar del catéter presionando durante 2 o 3 min hasta que el dacrón aparezca por el orificio de salida (si precisa, usar anestesia local), una vez fuera de la piel el catéter se retira fácilmente. Presionar sobre la zona con una gasa con antiséptico, y colocar apósito. Registrar.

Educación para la salud. Enseñar al paciente y su familia los cuidados del catéter para promover su autonomía, así como a reconocer los signos y síntomas de las complicaciones.

Para ducharse, se debe quitar el apósito una vez mojado, enjabonar sin esponja y secar con toalla limpia.

Para la cura, se desinfectará con antiséptico el orificio de salida y el catéter desde aquí hasta los extremos. Después se procederá a la sujetación y tapado con apósito estéril (preferiblemente transparente, de cambio semanal), variando cada día su posición para evitar lesiones en la piel.

Enseñarle a heparinizar la vía.

B. Port-a-cath. Es un catéter central interno de silicona, situado por debajo del tejido subcutáneo⁷. Consta de un reservorio o portal

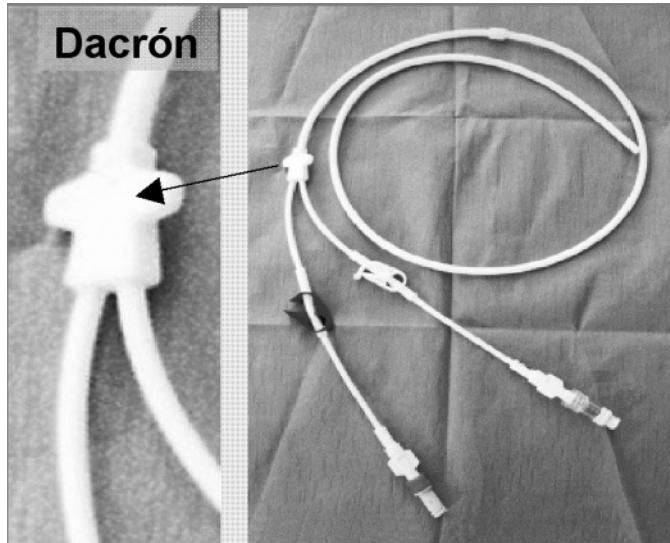


Figura 3. Catéter Hickman.

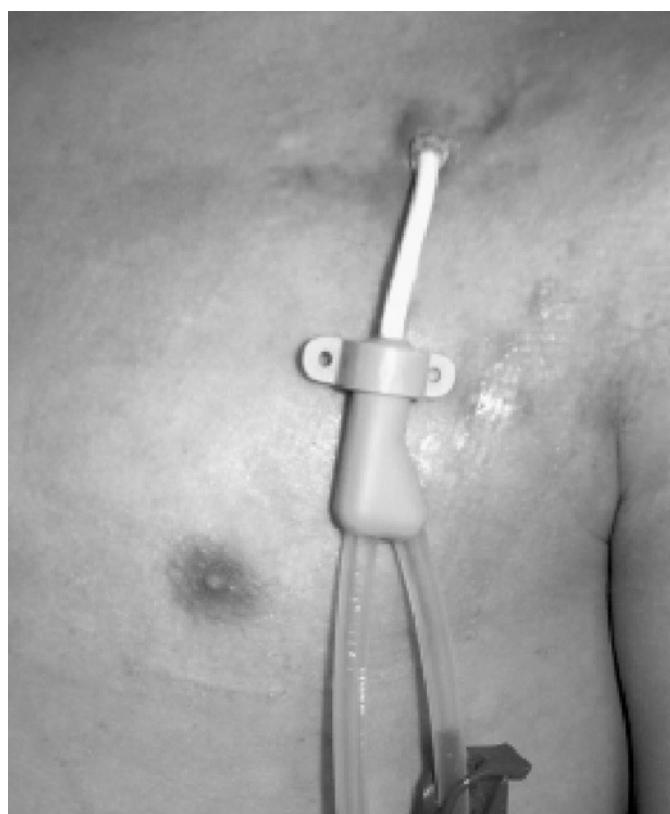


Figura 4. Dacrón fuera de la piel.

de titanio (que permite el acceso a través de unas agujas llamadas *gripper*) y el catéter introducido en vena (yugular, subclavia o cefálica). Se puede mantener durante años (fig. 4).

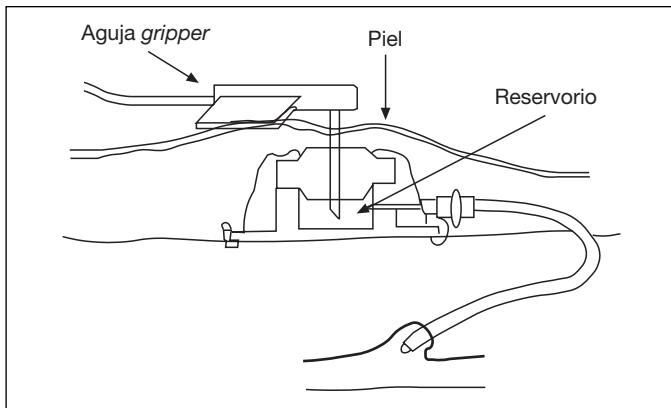


Figura 5. Port-a-cath. Esquema.

Cuidados

- Técnica de punción y administración de medicamentos: informar al paciente. Utilizar técnica estéril, desinfectando la zona de punción.

Localizar el reservorio por palpación y fijarlo con el dedo pulgar e índice de la mano no dominante (fig. 5). Puncionar de forma vertical, hasta notar el roce de la punta de la aguja contra el suelo metálico del portal (fig. 6).

Retirar la heparina del último sellado.

Una vez puesta la medicación, lavar con 10 ml de suero salino y sellar el catéter con 3-4 ml de solución heparinizada. Al retirar la aguja, tapar con un apósito.

– Cuidados intraluminales: serán los mismos que para el catéter Hickman.

No dejar la aguja gripper conectada si no se va a usar el catéter.

– Cuidados extraluminales: tener en cuenta que se puede producir una alteración de la imagen corporal del paciente. Cuando éste acude al HDR ha pasado un tiempo desde la implantación del catéter, con lo que suele tener la herida cerrada. Si no fuera así, proceder como con cualquier herida quirúrgica.

Complicaciones. Las derivadas de la mala aplicación de los cuidados intraluminales, son comunes a las del catéter Hickman (trombosis, obstrucción, embolia aérea, rotura del catéter e infección sistémica), y la actuación de enfermería será la misma. Además, puede ocurrir: rotación e infección del reservorio subcutáneo. Avisar al médico en ambas para posible tratamiento antibiótico. Cambiar el punto de punción si hay irritación.

La retirada del catéter la hará el médico con anestesia local al finalizar el tratamiento.

Educación para la salud. Una vez curada la herida del implante, el paciente tendrá cuidado en mantener la piel del reservorio limpia, manipulándola lo menos posible; puede ducharse normalmente. Educarle para que identifique los signos y síntomas de una posible infección de la zona dérmica del reservorio.

Si la herida aún no ha cerrado del todo, enseñarle los cuidados de la herida quirúrgica y los signos y síntomas de las posibles complicaciones.

Preparación para días próximos

Cuando finaliza la visita del paciente al HDR, se prepara lo siguiente: lo primero es confirmar con él la fecha y hora, facilitándole el teléfono de la unidad por si le surge alguna duda o algún problema que obligue a anular la cita; recordarle que traiga consigo toda la



Figura 6. Port-a-cath. Palpación del reservorio.

documentación disponible (volantes, citas para otras pruebas, indicaciones médicas, etc.) y si requiere algún tipo de preparación (ayunas, traer muestra de orina, etc.).

Informarle del tipo de procedimiento que se le va a realizar en la próxima cita, si precisa encamamiento y el tiempo de duración. Si se le administra rituximab, le recordamos que no tome antihipertensivos 12 h antes del tratamiento.

Entre las recomendaciones que les damos al alta a los pacientes en el HDR, les informamos de los problemas que puedan surgir derivados del tratamiento y/o procedimiento y qué medidas deben tomar en caso que aparezcan.

Cura de heridas

El paciente reumatólogo puede presentar heridas o úlceras, ya sea por caídas o por ciertas enfermedades reumáticas (enfermedad de Raynaud).

El objetivo de las curas es facilitar la cicatrización y prevenir infecciones.

El procedimiento debe ser estéril:

- Informar al paciente, facilitarle un ambiente confortable, seguro e íntimo.
- Lavar la herida con suero fisiológico, desde el interior al exterior, y de proximal a distal, sin pasar 2 veces por la misma zona, y secar de igual manera. Desbridar si es necesario.
- Aplicar antiséptico, pomada, gel o parche, según el tipo de herida (profundidad, extensión, infección, presencia de tejido necrótico, etc.).
- Tapar con apósito estéril.
- Registrar el procedimiento así como el aspecto y la evolución de la herida.

Educación para la salud. Educar al paciente para que realice sus propias curas si está capacitado para ello y si éstas no son complejas. Lo podrá hacer con guantes limpios, tras lavado de manos, según el procedimiento indicado.

Enseñarle a identificar los signos y síntomas de infección.

Guía de cuidados específicos en el hospital de día reumatólogico

Paciente diabético

Como consecuencia del tratamiento con corticoides se producirá una modificación de los valores de glucemia en el paciente. Por lo

tanto, en el HDR les damos una serie de indicaciones para que mantenga el valor adecuado de glucosa en sangre y que así no sufra las consecuencias que conllevaría lo contrario.

El punto más importante y, en muchos casos, el único tratamiento necesario es la dieta equilibrada, baja en grasas y con las calorías repartidas a lo largo del día en varias comidas más ligeras pero más frecuentes que los típicos desayuno, comida y cena.

Otro aspecto fundamental es el ejercicio. Es conveniente realizarlo 3 o 4 veces por semana teniendo en cuenta las limitaciones producidas por la enfermedad reumatoide.

Otros cuidados especiales que deben tener son: no fumar (el tabaco junto con la glucosa dañan los vasos sanguíneos a largo plazo), mantener el colesterol en valores adecuados (dieta baja en grasas y equilibrada), mantener cifras normales de PA y mantener una buena higiene bucal, cepillándose los dientes a diario (y una visita al dentista al menos una vez al año).

Por último, es necesario educar al paciente en el cuidado de una de las principales complicaciones diabéticas: la polineuropatía crónica (el pie diabético). Debe conocer, de forma básica, los estadios de la herida para que pueda describir la evolución que ha presentado y así poder aplicar el tratamiento adecuado.

Técnicas diagnósticas y terapéuticas

Las pruebas diagnósticas más frecuentes en el HDR son las analíticas³. La extracción de sangre de los catéteres venosos se realizará de esta forma:

- Canalizar vía venosa periférica.
- Conectar al catéter la campana de extracción.
- Extraer la muestra sanguínea con el tubo adecuado.
- Lavar con suero salino y sellar el catéter con tapón Luerlock.

Educación para la salud y recomendaciones al alta

Los profesionales de enfermería del HDR diseñan unas actividades y recomendaciones dirigidas al aumento de los conocimientos, que son la base de la educación para la salud^{2,8}:

- Eliminar esfuerzos de las articulaciones afectadas y conservar la energía, utilizando ayudas para deambular o dispositivos ortopédicos como férulas inmovilizadoras. Evitar levantar objetos pesados.
- Prevenir contracturas y mantener la función de la articulación, realizando ejercicios de amplitud de movimientos y de fortalecimiento y resistencia muscular, usando dispositivos que permitan a la persona valerse por sí misma, como cubiertos adaptados y corchetes para abrocharse la ropa. Mantener las articulaciones en

posición funcional. Realizar ejercicios isométricos y contra resistencia.

- Distribuir las actividades diarias, descansando unos 5 o 10 min cada hora y alternando las actividades sedentarias con las de bipedestación, sobre todo en pacientes con enfermedad activa y con astenia.
- Tener en cuenta la tolerancia del paciente a los programas de ejercicios y realizar cambios según dicha tolerancia.
- Aplicar calor local: hace disminuir el dolor y la inflamación. El frío puede de estar indicado en casos de inflamación aguda de la articulación.
- Usar protecciones articulares. Las férulas y ortesis disminuyen el dolor y la inflamación y pueden prevenir deformidades. Los bastones facilitan ciertos movimientos.
- Usar calzado adecuado. Elástico pero firme, con el talón y tobillo sujetos. Si se detectan anomalías en el apoyo plantar, se puede aconsejar el uso de plantillas.
- Informar al paciente de los signos y síntomas de parestesias en manos y pies.
- Mantener un patrón de sueño adecuado y una correcta postura para dormir; dormir en colchón duro y utilizando una pequeña almohada. No se debe poner la almohada debajo de las rodillas ya que favorece las deformidades por flexión.
- Evitar el uso de ropa de cama muy pesada; no es conveniente mantener mucho peso sobre los pies. Evitar la rotación externa de las extremidades utilizando para ello rollos trocantéreos.
- Prevenir una ganancia de peso. Mantener una dieta adecuada.
- Ayudar a afrontar la depresión y el deterioro de la imagen corporal, proporcionando un apoyo emocional individual. Mitigar el estrés emocional con técnicas de relajación.
- Informar a los pacientes que han sido tratados con ciclofosfamida que tengan especial precaución al orinar, ya que la forma de eliminación del metabolito (activo) de dicho fármaco es renal. Recomendar limpiar el urinario con lejía.

Bibliografía

1. Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3.^a ed. Madrid: Mosby; 1996.
2. León MJ. La consulta de enfermería en reumatología. E-ducare21. 2007;35 / ISSN 14582-214 (consultado el 27/12/2008). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com>
3. Sociedad Española de Reumatología. Guía de práctica clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide. Marzo 2007. Disponible en: www.ser.es
4. Carrero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Madrid: DAE; 2008.
5. Torné E. Canalización venosa. Disponible en: www.enferpro.com
6. Galán MJ, Del Pino M, Reina V. Terapia intravenosa: port-a-cath. Boletín de Enfermería de Atención Primaria. 2005;III(2). Disponible en: www.gaptalavera.sescam.jccm.es
7. García Bachiller P. Decálogo de cuidados de la vía periférica. Revista Rol de Enfermería 2006;29:601-2.
8. De la Torre J, Hill J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. La artritis reumatoide. Metas de Enfermería. 2008;11:20-5.