

Susan A. Salladay, PhD, RN

### CAPACITACIÓN DEL PACIENTE

## Es necesaria una mayor educación

Tras una apendicectomía, mi paciente, que tiene 36 años, ha sufrido complicaciones, entre las que se incluye una infección del sitio quirúrgico y una dehiscencia de la herida. Tiene un índice de masa corporal de 34 y ha luchado contra el sobrepeso durante toda su vida. Al hablar ayer con ella, el cirujano hizo de improviso la observación de que «no es raro que los pacientes con obesidad mórbida sufran complicaciones de este tipo». Tan pronto como el doctor salió de la habitación, ella rompió a llorar. «Ha dicho que soy una obesa "mórbida". ¿Me voy a morir?». Me di cuenta de que no entendía la terminología ni el modo en que su peso podría afectar a su recuperación y a su salud. ¿Tengo yo una obligación ética de pedirle al cirujano que hable con ella sobre estos temas? —M.J., TENN.

Dado que esta cuestión no está directamente relacionada con el consentimiento informado (al menos todavía no), enseñar al paciente cosas relacionadas con sus problemas de salud casi nunca



ROY SCOTT

entra dentro del ámbito de lo que se entiende como educación al paciente en la práctica de enfermería. Por supuesto, usted documentará tanto lo que enseña como la respuesta del paciente, y señalará cualquier cuestión que el cirujano debería tener en cuenta en el historial médico del paciente. Si su paciente necesita una cirugía adicional o procedimientos especiales, debería facilitar un consentimiento informado, lo que requeriría instrucciones por parte del personal sanitario.

Explíquelo que el término «mórbido» se refiere a los procesos de la enfermedad y no a la muerte o al hecho de estar muriéndose. Ayúdele a entender por qué la cura de la lesión puede complicarse

debido a problemas de peso que interfieren en actividades básicas como toser y moverse. Asimismo, ayúdele a entender por qué el exceso de peso puede limitar su capacidad de autocuración, tanto en el hospital como en su domicilio. Si está dispuesta a seguir valorando la cuestión del sobrepeso, repase con ella su historial médico, señalando los intentos anteriores de bajar de peso. Considere contar con la ayuda de un dietista en el equipo de atención sanitaria. Reúna las herramientas de enseñanza y la información que es posible que su paciente no haya tenido en cuenta pero que, gracias a su esfuerzo, es posible que le interese a partir de ahora.

### CONFLICTO FAMILIAR

## Dilema de disfagia

Como consecuencia de una disfagia posterior a un ictus, a mi paciente, de 87 años, se le aplicó una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea. Durante su estancia en rehabilitación, sufrió dos graves episodios de neumonía por aspiración causados por secreciones orofaríngeas. Ahora está ingresada en el centro de atención a largo plazo en el que trabajo. El profesional sanitario recomienda encarecidamente que no vuelva a ingerir alimentos. Por consiguiente, ella se siente deprimida y retraída.

Mi paciente desea comer y está dispuesta a firmar un documento de exoneración de responsabilidad al centro en el caso de que se aspire. Pero sus hijos mayores temen que otro episodio de neumonía pueda acelerarle la muerte, por lo que han pedido al centro que no acepte la renuncia escrita. Mi paciente me ha pedido que convenga a su familia para que le deje hacer lo que quiera. ¿Cómo puedo defender a mi paciente en estas circunstancias? —W.W., NEV.

Antes de tomar una decisión, es fundamental saber si el médico y el patólogo de lenguaje-lengua han realizado una evaluación exhaustiva de la capacidad de tragar, como una videofluoroscopia con deglución modificada de bario. Según el

estado clínico de la paciente, entre las intervenciones efectivas para la disfagia que pueden tener un efecto devastador en la calidad de vida de la paciente pueden incluirse medidas menos drásticas, como las alteraciones en la posición de la cabeza y la modificación de la dieta<sup>1</sup>. Las evaluaciones de la deglución deben repetirse de forma periódica para analizar los cambios en la función.

Comience su defensa observando cuidadosamente la información práctica basada en la evidencia sobre la disfagia y consulte a otros miembros del equipo de atención sanitaria. Si se asume que la paciente puede tomar sus propias decisiones, considere la posibilidad de organizar una reunión con la paciente, su familia y los miembros del equipo para asegurarse que tanto ella como la familia están plenamente informadas sobre las alternativas al tratamiento y los riesgos y los beneficios asociados con comer en esas circunstancias. Trabajar en equipo le ayudará a evitar que le coloquen en una posición de confrontación entre su paciente y la familia. ■

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia JM, Chambers E. Managing dysphagia through diet modifications. *Am J Nurs.* 2010;110(11):26-33.

Susan A. Salladay es enfermera docente, especializada en bioética y en enfermería de salud psiquiátrico-mental. Es profesora adjunta del programa MSN en la Liberty University Online.