

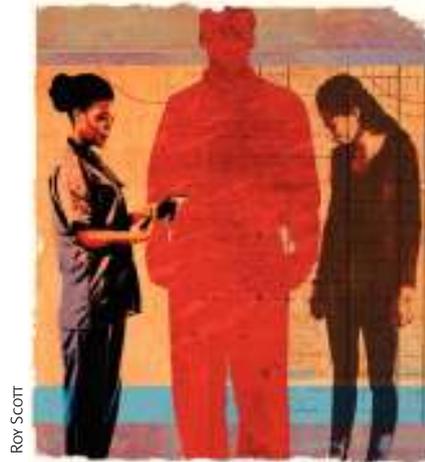
Susan A. Salladay, PhD, RN

VIOLENCIA DOMÉSTICA

La seguridad primero

Una joven de 21 años llegó a urgencias acompañada por su novio y presentando una posible fractura de muñeca. Observé equimosis reciente en su cara y brazos, junto a equimosis de hacía más tiempo en distintos estados de evolución. Estaba callada mientras su novio decía “es bastante patosa y siempre tropieza con cosas”. Evidentemente sospeche de un posible maltrato. Pero cuando le pedí que saliera de la sala para poder hablar en privado con la joven, se negó a gritos. Un médico residente nuevo oyó los gritos y calmó al chico prometiéndole que podría quedarse con su novia. Proseguí con mi valoración, pero tenía la sensación de que la presencia del chico bloqueaba una comunicación honesta entre la joven y yo. Después me sentí muy enojada con el médico y disgustada conmigo misma por no haber seguido mi criterio y haber conseguido que el chico saliera de la sala. ¿Qué puedo hacer ahora?—H.G., Wash.

Comparta su preocupación con la supervisora. Revise la normativa y los procedimientos del centro y solicite a la supervisora que ayude al personal a establecer estrategias prácticas para este tipo de casos en los que hay que solicitar al acompañante que salga de



ROY SCOTT

la habitación, para poder hablar en privado con un paciente. Una estrategia que muchas enfermeras utilizan es decir al acompañante que salga porque tienen que hacer un examen ginecológico a la paciente.

Coordínesse con su supervisora para establecer un método que le permita protegerse y proteger al paciente de los maltratadores y que permita alertar para pedir ayuda. Dependiendo del diseño del servicio de urgencias, las alertas visuales pueden no ser útiles; en estos casos, el uso de un “busca” silencioso que la enfermera pueda llevar en el bolsillo para alertar al control de enfermería de que necesita ayuda puede ser de gran utilidad.

La enfermera de triaje ve a todos los pacientes antes de que se les asigne una habitación o cubículo; sugiera que se destine una habitación de seguridad especial para aquellas situaciones en las que se anticipe una sospecha de maltrato u otras formas de abuso. Estas habitaciones, que pueden tener cámaras y espejos con visión desde la parte posterior, son suficientes para permitir a la enfermera trabajar con seguridad en los equipos de prestación de cuidados.

Por último, solicite una sesión de formación sobre la gestión de los casos de sospecha de violencia doméstica para que todos los profesionales puedan aprender conjuntamente cómo coordinarse mejor y cómo responder de forma adecuada según la normativa del centro.

ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Ande con cuidado por este campo de minas

Me cuesta saber cómo ayudar a mi paciente, Evelina, de 60 años, ingresada para exéresis de un tumor maligno mediante gastrectomía parcial. Después del alta se quedará una temporada en casa de su hija, para recuperarse.

Menos de 24 horas después de la intervención, Evelina empezó a mostrar signos de síndrome de abstinencia alcohólica. Me dijo que habitualmente tomaba 5 o 6 vasos de vino al día, pero negó tener problemas con el alcohol. Creció en Europa y consideraba que su patrón de consumo de alcohol formaba parte de su cultura.

Al parecer, un trabajador social del centro le dijo que presentaba una negación de sus problemas con el alcohol. Mi paciente está desesperada y me ha pedido que le prometa que no le contaré nada a su hija ni al médico. ¿Cómo debo abordar este tema?—N.K., ILL.

La situación de su paciente se ha convertido en un campo de minas de asunciones y acusaciones que amenazan con explotar, por lo que ande con cuidado. Primero, explique a Evelina que como paciente del hospital tiene ciertos derechos en relación con la confidencialidad. Revise con ella la información que se le entregó al ingreso, sobre el derecho a la intimidad regulado en el decreto *Health Insurance Portability and Accountability*. A su vez, debe saber que mientras esté en el hospital, usted tiene el deber de registrar los signos y síntomas que ella presente.

Explíquele que el médico necesita esta información con el fin de establecer el tratamiento correcto y si es el caso, solicitar una derivación a otros especialistas.

A continuación, ayude a Evelina a comprender que su papel como enfermera no es “tomar partido”, sino defender sus derechos como paciente. Esto incluye compartir las preocupaciones sobre el estado de salud con el médico y registrar las valoraciones en la documentación enfermera. Hable con ella sobre los riesgos

y las consecuencias de un consumo excesivo de alcohol y del síndrome de abstinencia alcohólica, para que comprenda por qué los profesionales se preocupan de sus hábitos de consumo.

Asimismo, no asuma que ello implique que su paciente es una alcohólica. Los instrumentos de valoración, como la *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar)*¹ pueden contribuir a clarificar su situación clínica en este sentido. Si un profesional cualificado evalúa a la paciente y halla que tiene dependencia química, proporciónese apoyo y mantenga su objetividad sin reforzar la negación de la paciente.

Finalmente, después de entregarle material de soporte sobre adiciones y opciones de tratamiento, animela a plantear preguntas y dudas. Asegúrese que comprende la información y animela a hablar de ello con su hija.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar). <http://wiki.hl7.org/images/2/25/Alcohol-Withdrawal-Assessment-Scale.pdf>.

Susan A. Salladay, PhD, RN

DOLOR ABDOMINAL

¿Conducta de demanda de medicación?

Estoy atendiendo a una paciente de 36 años, ingresada por dolor abdominal de origen desconocido. La valoración clínica completa resultó negativa para identificar la etiología de su dolor. La paciente tiene antecedentes de depresión, pero no de consumo de drogas. Además, su médico se muestra escéptico en relación con la realidad del dolor de la paciente. Le sugerí que quizás podía ser conveniente cursar una interconsulta a un especialista en terapia del dolor, pero me respondió: “No dejes que te vuelva loca. Esta es la clásica conducta de demanda de medicación”. Me quedé sorprendida. ¿Cómo debería responder, y qué puedo hacer para defender los derechos de la paciente?—P.V., IND.



ROY SCOTT

El médico debe estar preocupado por los antecedentes de depresión de la paciente; si es así, debería solicitar una consulta a psiquiatría.

Lo ideal es que el especialista en tratamiento del dolor ayudara a la paciente a desarrollar estrategias para controlar su dolor. Pero como bien sabe, el dolor abdominal tiene múltiples causas potenciales y puede ser indicador de enfermedades graves.

Realice un examen físico y una valoración completa incluyendo los antecedentes de la paciente, información sobre posibles lesiones o traumatismos abdominales, actividad sexual, medicación activa (incluyendo medicamentos de venta libre y suplementos dietéticos o de herboristería), patrón del dolor

(horas del día, conductas concurrentes, actividades que agravan o reducen el dolor). Con más información, se situará en una mejor posición para educar a la paciente sobre sus alternativas, incluyendo la opción de buscar una segunda opinión de un especialista en control del dolor o de otro profesional.

RECHAZO DEL TRATAMIENTO

Fallo en la comunicación

Recientemente, atendí a una paciente de 81 años que acudió a urgencias, acompañada por su familia, después de una caída. La paciente estaba consciente y orientada, y las pruebas iniciales descartaron un ictus, arritmias cardíacas y fracturas. Ella aquejaba dolor y estaba deshidratada, por lo que el médico le prescribió analgesia oral y sueros intravenosos y le recomendó el ingreso para observación y nuevas pruebas diagnósticas. Pero ella rechazó repetidamente el tratamiento, insistiendo en que su familia la llevara a casa. El médico y yo le planteamos nuestra preocupación, pero declinó discutirlo y no quiso dar una razón de por qué quería irse.

Cuando salí de la habitación, la familia discutía en voz alta con ella, diciéndole que no la llevarían a casa porque no

era seguro para ella estar sola. Y dicho esto, se fueron del hospital. El médico y el trabajador social valoraron que la paciente podía tomar sus propias decisiones y fue dada de alta a domicilio, y trasladada en ambulancia.

Me sentí incómoda con este resultado, pero no sabía cómo actuar para defender a la paciente, cuando estaba claro que ella no quería nuestra ayuda. ¿Qué habría podido hacer diferente?—O. P., TEX.

Hay ciertas cosas de esta situación y de los motivos de la paciente que no están claras porque ella no estaba comunicativa. ¿Cuáles eran sus antecedentes de salud?, ¿Quién era su profesional de la salud de referencia? ¿Se contactó con él?

Quizás los familiares no estaban bien informados. Quizás ella era muy celosa de su intimidad. Lo que más informa es la frase “no es seguro para ti estar sola en casa”. Preguntar a la familia acerca de esta preocupación habría sido de utilidad. ¿Se le ofreció seguimiento domiciliario? Si no fue así, hubiera podido gestionar

una derivación a la gestora de casos del centro, para que contactara con la paciente después del alta, concertar una visita enfermera a domicilio para evaluar las condiciones del hogar y ayudarla a establecer estrategias de autocuidado, si lo precisaba.

Es muy difícil para las enfermas establecer un vínculo de confianza en el breve tiempo que pasan en urgencias. En un futuro puede defender a un paciente en una situación así, simplemente identificando un punto de contacto con el que establecer las bases de la confianza. Hacer saber a la paciente que usted está ahí para escucharla, que le gustaría *conocerla* y comprender *lo que es importante para ella*, podría contribuir a reducir su conducta de defensa. En este caso, “ofrecerse” hubiera sido la intervención terapéutica más efectiva cuando la paciente rechazó categóricamente todo lo demás. ■

Susan A. Salladay es enfermera docente especialista en bioética y enfermería psiquiátrica y de salud mental. Es profesora adjunta en el programa de máster de la Liberty University Online.