

2 Consulta de crónicos y estupefacientes

Francisco J. Serrano Martínez, Dolores M^a Buendía Tamargo y Juana Serrano Martínez

1. INTRODUCCIÓN

La consulta de pacientes con patologías crónicas (hipertensos, diabéticos, EPOC, etc.), es una de las actividades principales desarrolladas por el personal de enfermería, tanto en la consulta o como actividad programada de visita domiciliaria.

En esta consulta se llevan a cabo funciones de captación, control, seguimiento y educación para la salud. Es muy importante concienciar e involucrar a la población para que tome conciencia de la importancia de su patología, las claves para una buena evolución y control en base a su medicación, dieta, ejercicio, etc.

Para un adecuado control de los pacientes es necesario que todo el material, tanto de toma de constantes como de toma de glucemias esté disponible en las mejores condiciones. Es muy necesario, debido al tipo de pacientes que se verán en esta consulta, la disposición para ayudarles en caso que fuera necesario para subirse al peso, quitarse o ponerse ropa, ya que en un gran porcentaje de los mismos la movilidad se encuentra limitada y supone un gran esfuerzo realizar actividades que en otra etapa de la vida no suponen tanto esfuerzo.

De este modo el Auxiliar de Enfermería se convierte en parte fundamental en este tipo de consultas y no está de más que tenga una serie de conocimientos sobre los procesos que se tratan que le permitirá dar una adecuada información en caso que los pacientes requirieran su ayuda.

Los pacientes que se tratan en este tipo de programas suelen ser de una personalidad característica y muchos de ellos no se encuentran muy motivados para llevar a cabo un correcto seguimiento. Aquí será fundamental que todo el equipo los motive y los siga especialmente para llevar a buen puerto todo el programa y esfuerzo que se emplea en él.

2. CONSULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La consulta de hipertensión es uno de los servicios más demandados por la población usuaria de la atención primaria. El objetivo principal de este servicio es la captación de todas las personas que por edad u otros motivos se encuentran clasificadas como población de riesgo

de forma que se pretenderá mantener las cifras de tensión arterial de dicha población dentro de los límites establecidos como estándar o normales de manera que se minimizarán riesgos de padecer patologías de etiología cardiovascular como ictus, infartos, etc.

Será la enfermera del centro de salud junto con el médico de familia correspondiente quienes se encarguen de captar y controlar a la población en riesgo de padecimiento de hipertensión arterial. Las consultas serán llevadas de forma conjunta por ambos profesionales. La enfermera controlará la tensión de todos los pacientes que entren dentro del perfil establecido por edad, padecimiento de otras enfermedades, etc., también lo hará con los pacientes que el médico le derive de su consulta. Las citas se establecerán programadamente, normalmente siendo el intervalo entre cada cita de un mes aproximadamente, salvo las ocasiones en que las cifras estén en valores preocupantes excesivamente elevados que se estrecharán los intervalos y se citarán a los pacientes antes de un mes, según el criterio del enfermero responsable.

En los casos en que la tensión permanece dentro de los valores normales (según criterios de edad, características fisiopatológicas, etc.) el control por el médico de atención primaria será más esporádica que cuando los valores están alterados. En este último caso la enfermera responsable deberá de optar por derivar al paciente a la consulta médica para instauración o modificación del tratamiento antihipertensivo en caso de que sea necesario.

La identificación de la hipertensión arterial se lleva a cabo mediante la detección de cifras de más de 140/90 mmHg de una forma repetida en varias ocasiones y en condiciones basales de reposo, sin estrés, nerviosismo u otras situaciones que puedan enmascarar el verdadero diagnóstico. Se aconseja al paciente la vuelta a la consulta en al menos dos ocasiones más a partir de la detección de esta elevación de cifras de tensión arterial.

2.1. DETERMINACIÓN DE LA TA.

La medida de la tensión arterial es un proceso que debe hacerse de una manera correcta pues existen una cantidad de factores que podrían afectar a los valores de una forma negativa si no se realiza la medición teniendo en cuenta dichos factores. El paciente se deberá situar en un ambiente tranquilo, libre de hiperestimulaciones, sentado, con el brazo extendido y apoyado. La medición será tomada en ambos brazos y el valor más elevado de tensión de cada uno de los brazos, será el que tendremos en cuenta como referencia para las otras ocasiones. En caso de aparición de valores de más de 140/90 mm/Hg deberá volverse a tomar la tensión al cabo de media hora o una hora para corroborar los valores. Si se confirman los valores se citará al paciente en al menos otras dos ocasiones más hasta que posteriormente se establezca la pauta rutinaria de control mensual en la consulta de enfermería. No se aconsejan las mediciones rutinarias convencionales domiciliarias porque pueden inducir a error.

El médico y enfermera deberán actuar de forma conjunta y coordinada y valorar los casos en que el paciente debe ser derivado al ámbito hospitalario para ser atendido, sobre todo cuando aparezcan síntomas como:

- Indicios de hipertensión maligna de valores > 180/110 mm/Hg.
- Hemorragias en la retina.
- Síntomas de hipotensión postural.
- Síntomas asociados a feocromocitoma (palidez, sudoración y palpitaciones).

2.2. RECOMENDACIONES.

Los consejos que se darán desde el ámbito de la Atención Primaria sobre el paciente hipertenso están orientadas hacia los estilos de vida, concretamente en lo referente a los hábitos dietéticos y de actividad física. Se le recomendará:

- Llevar a cabo ejercicio físico de una forma moderada según sus capacidades, pues mejorará el funcionamiento cardíaco y vascular, recomendando andar, practicar el deporte preferido en función de sus posibilidades.
- Promover hábitos alimenticios saludables como restringir la sal de la dieta que favorece la retención de líquidos y aumenta de tensión, o disminuir la ingesta de colesterol y grasas animales que con el tiempo se depositan en los vasos sanguíneos y los obstruyen.
- Restringir el consumo de estimulantes como cafeína o tabaco que son riesgos directos de padecimiento de enfermedades cardiovasculares.
- Reducir la ingesta de alcohol como factor precipitante de riesgo cardiovascular.

El tratamiento farmacológico de la hipertensión pasa por el uso de un abanico de medicamentos como beta-bloqueantes, calcio-antagonistas, IECA u otros medicamentos cuya responsabilidad en el seguimiento y prescripción corresponde al facultativo.

3. CONSULTA DE DIABETES

La diabetes es una de las enfermedades más numerosas, graves e influyentes sobre la sociedad actual. Desde la atención primaria es mucha la responsabilidad que se tiene con respecto a este tema. La consulta de enfermería para el control de la diabetes es el método utilizado por los profesionales de la atención primaria con el objeto de captar a las personas en situación de riesgo de padecer esta enfermedad e incluirlos en el programa de visitas periódicas para así conseguir el mantenimiento de la cifras de glucemia de la población en cuestión dentro de los límites establecidos como normales (fig. 1).

Básicamente desde la consulta de diabetes pretendemos:

- Prevención primaria de la enfermedad y actuación sobre factores de riesgo cardiovascular (alcohol, tabaco, consumo de sal, grasas colesterol, etc.).
- Detección precoz de la diabetes a tratar con antidiabéticos orales (tipo 2).
- Educación para la salud, que garantice los contenidos mínimos e imprescindibles: complicaciones agudas, dieta, higiene general y cuidado de los pies.
- Control y seguimiento de los pacientes tanto en el centro como en su domicilio, según protocolos establecidos.
- Prevención de las complicaciones agudas de la diabetes.
- Identificación precoz de las complicaciones crónicas y derivar al nivel hospitalario.
- Reintegración en su ambiente personal tras la resolución del problema.
- Prestaciones a nivel de farmacia, analíticas, visados de recetas.

Nos encontraremos con varios tipos de pacientes que precisarán control de las cifras de glucemia:

1. Pacientes con factores de riesgo de padecimiento de diabetes como factores genéticos, edad de riesgo, obesidad, etc.
2. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 que precisan insulina y requieren controles estrictos de cifras de glucemia.
3. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que están en tratamiento con medicación vía oral y no con insulina.
4. Pacientes gestacionales con riesgo de elevación de la glucemia por el embarazo que serán controladas en la consulta de control de embarazo.



Fig. 1. Determinación de glucemia capilar en consulta de enfermería.

3.1. DEFINICIÓN.

La Diabetes Mellitus se podría definir como un trastorno en el metabolismo de los glúcidos, lípidos y proteínas originado por la falta de insulina que se encarga de almacenar la glucosa en las células el hígado y músculos. En circunstancias normales, tras la ingesta de alimentos, éstos se convierten en glucosa y esta glucosa es almacenada en las células del hígado y músculos gracias a la insulina que lo permite. Cuando la insulina no existe o está en cantidad insuficiente, la glucosa no puede ser almacenada por lo que queda en la sangre circulando en valores elevados; eso es, lo que conocemos como «Diabetes Mellitus».

Las causas pueden ser diversas, pero desde el punto de vista patogénico los motivos pueden ser; el déficit de producción de insulina (en el caso de los diabéticos tipo 1 insulino-dependientes) , la producción insuficiente de insulina o la resistencia a la insulina creada por el propio organismo (en el caso de los diabéticos tipo 2 no insulino-dependientes).

3.2. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la diabetes se basa concretamente en el estudio de los síntomas existentes unidos a las determinaciones de glucemia basal capilar o extracción sanguínea. Las cifras normales de glucemia tras un período de ayuno de 10-12 horas deben estar entre 70-110 mg/dl. La diabetes aparece cuando las cifras se elevan sobre estos valores, y el tipo de diabetes lo determinará los valores más o menos elevados de glucemia así como la presencia de determinados síntomas asociados.

Los síntomas identificativos de diabetes suelen ser:

- Polidipsia: aumento de la sensación de sed.
- Polifagia: aumento de la sensación de hambre.
- Poliuria: aumento de la producción de orina.
- Fatiga.
- Pérdida de peso.

Además de la sintomatología, se utilizan otros métodos para confirmar el diagnóstico de la diabetes como dar sobrecargas de 75 gramos de glucosa y observar las cifras y cómo reacciona el organismo. La confirmación de que existe diabetes se produce cuando al hacer una

determinación en ayunas encontramos un valor de $> 126\text{mg/dl}$, cuando en una determinación al azar encontramos cifras de $> 200\text{mg/dl}$ y cuando encontramos cifras de $> 200\text{mg/dl}$ dos horas después de haber realizado una sobrecarga de glucosa por vía oral. Estos tres puntos confirman el diagnóstico.

3.3. COMPLICACIONES.

- *Vasculares*: las complicaciones vasculares son frecuentes en enfermos de diabetes, pues la diabetes afecta a las capas de los vasos sanguíneos de manera que con el paso del tiempo se va produciendo un estrechamiento, endurecimiento de los mismos y la consecuente disminución del riego sanguíneo tanto a nivel cardíaco como cerebral.
- *Renales*: es otra de las graves complicaciones a largo plazo, pues el sistema vascular renal se ve afectado de forma que al principio se pierden proteínas por la orina y posteriormente el riñón pierde la capacidad para eliminar las sustancias de desecho.
- *Retinopatía*: como consecuencia de las cifras elevadas de glucemia, se inflaman los vasos sanguíneos progresivamente y se va limitando cada vez más el aporte de sangre a la retina hasta que se acaba en ceguera.
- *Neuropatía*: las cifras de glucemia elevadas provocan afectación de los nervios del cuerpo y por lo tanto se ven afectadas las funciones que éstos llevan cabo (fig. 2). Si se afectan los nervios sensoriales de afectará la función sensorial y tendrán problemas de sensibilidad en piernas, brazos, etc.; si se afectan los motores se verá afectada la función de movilidad y si se afectan los nervios autónomos se verán afectadas las funciones digestivas, cardíacas, etc.



Fig. 2. Pie diabético (Neuroatropatía de Charcot).

- *Dentales*: como consecuencia del engrosamiento de los vasos sanguíneos, se puede afectar el aporte de sangre a los dientes, con lo que el diente se debilita y se hace más vulnerable a las infecciones.

4. INTRODUCCIÓN

La atención primaria también ocupa un rol sanitario efectivo en el ámbito de las drogodependencias con el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). En el centro de salud se lleva a cabo el programa del reparto de la dosis de metadona correspondiente a los pacientes incluidos en tal programa.

La metadona es un derivado opiáceo que se administra como tratamiento sustitutivo a los pacientes dependientes de heroína, que consigue controlar el síndrome de abstinencia, reducir el deseo de consumo de opiáceos ilegales y evitar de la misma manera o reducir las actuaciones delictivas de los consumidores que necesitan su consumo inexorablemente.

Entre las ventajas de la metadona sobre la heroína encontramos que:

- Se puede administrar vía oral de forma que se evita el riesgo de transmisión de enfermedades existente cuando se administran por la vena.
- Con una sola dosis diaria se cubre el tratamiento, por lo que es más cómodo.
- Se evita el riesgo de sobredosis existente cuando el paciente obtiene la heroína en el ámbito callejero debido a las impurezas existentes en la sustancia.
- El síndrome de abstinencia tarda más en aparecer en el paciente en tratamiento con metadona.

Los factores que han influido en el aumento de la demanda de atención e inclusión en el programa de metadona han sido:

- La mejora en la calidad de vida de los pacientes con el desarrollo de nuevos medicamentos que prolongan y permiten mayor uso de los servicios y continuidad en los tratamientos.
- La mayor concienciación social respecto del problema de las drogodependencias mediante televisión, radio u otros medios.
- Un aumento en los recursos destinados a la resolución de problemas asociados a las drogodependencias.
- Una disminución de la pureza de la sustancia obtenida en el mercado ilegal.
- Crecimiento de la tendencia social al policonsumo de otras sustancias por motivos de precio, modas, efectos obtenidos, etc.

En este programa se hace fundamental una correcta colaboración interdisciplinar entre todos los profesionales del equipo de salud debido a las características de los pacientes tratados ya que son psicológicamente muy inestables y deben ver que todas las personas encargadas de su salud siguen los mismos criterios.

Así el Auxiliar de Enfermería debe conocer todos los detalles del programa así como las dosis y administración de la medicación empleada por si se delegara en ellos la función de su administración. Es totalmente necesario desarrollar la capacidad de escuchar y entender a estos pacientes ya que buena parte de la terapia se basa en que se sientan integrados y útiles.

4.1. FASES DEL PMM.

4.1.1. Fase de valoración y diagnóstico.

Se lleva a cabo una evaluación general referente a la demanda del usuario, los antecedentes médicos, toxicológicos, personales o familiares, situaciones que hayan podido influir en la aparición de esta situación. Los profesionales deciden la inclusión del paciente en el programa y se entrevista al paciente y familiar responsable de la cumplimentación del tratamiento.

4.1.2. Fase de tratamiento/incorporación social.

Controlada por el psiquiatra. En ella se produce el ajuste de la dosis de metadona de acuerdo con las circunstancias personales del paciente y probablemente necesitará el uso paralelo de otra medicación como tranquilizantes, hipnóticos, etc., para paliar los efectos derivados de esa situación (fig. 3).

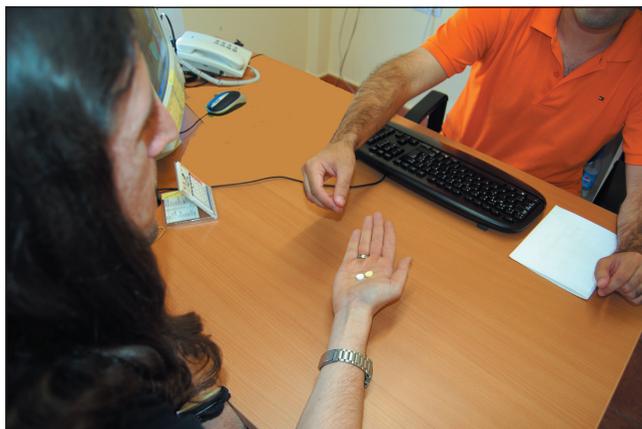


Fig. 3. Paciente integrado en el PMM.

Además se llevará a cabo la atención psicológica/psiquiátrica necesaria para mentalizar al paciente sobre las fases del tratamiento, riesgo de abandono u otras complicaciones potenciales.

La reinserción social será llevada a cabo en función de la evolución del paciente y de los criterios médicos según la respuesta a las terapias individuales y grupales, habilidades personales, etc.

Así, desde el centro de salud se establecerá el reparto de la metadona a horas preestablecidas, con un enfermero responsable de ello y con una organización y control estricto y en contacto permanente en caso de necesidad con el departamento de conductas adictivas responsable del programa.

El Auxiliar de Enfermería actuará como colaboradora de enfermería en las citas, orientación del personal, preparación de material que se precise para que se consigan los objetivos típicos de un trabajo en coordinación con todos los profesionales del equipo.

BIBLIOGRAFÍA

Contel, J C, Muntané B, and Camp L. "La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada." *Atención Primaria* 2012; 44(2): 107-113.

Rico-Blázquez, M, Sánchez Gómez S, and Fuentelsaz Gallego C. "El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos." *Enfermería Clínica* 2014; 24(1): 44-50.

Rivas Alpizar, E M, et al. "Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud." *Revista Finlay* 2017; 7(1): 104-125.

Molina, Rusty, and Cruz Rodríguez. "Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus." *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo* 2012; 10: 7-12.

Gutiérrez-Angulo, M. L., et al. "Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2." *Revista de Calidad Asistencial* 2012; 27(2): 72-77.

Vinaccia, Stefano, et al. "Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial." *Informes psicológicos* 2016; 8: 89-106.

