

# Información en Urgencias

Josep Serra Pascual, Pilar Vallano Laina  
Hospital Mora d'Ebre

## Introducción

Está comprobado que la estancia en el hospital, aunque sea por poco tiempo, produce en el individuo una situación de ansiedad por desconocimiento del medio que le rodea, por pérdida de su integridad como persona y por pérdida del dominio sobre su cuerpo.

La información que el personal asistencial da, durante la estancia del enfermo en el Servicio de Urgencias, puede aliviar estas situaciones desagradables y encaminarlas hacia experiencias que sirvan para que el individuo se conozca mejor y valore su salud.

Por otra parte la familia vive una situación parecida que también mejora con la información.

Esta información es fundamentalmente de dos tipos: la información intermedia y la información en el momento del alta. Para que el enfermo sepa de quién la recibe, es importante que existan algunos aspectos que diferencien a los miembros del equipo asistencial.

Hablaremos de "enfermo" al referirnos a la persona que recibe nuestros cuidados, por considerar que la palabra paciente indica persona pasiva y que usuario indica persona que usa o se sirve de algo y que no colabora.

## Información intermedia

Definimos así a todos los datos que se dan al enfermo y a la familia sobre los cuidados, técnicas y procedimientos que el personal asistencial realiza al enfermo durante su estancia en el Servicio de Urgencias.

La información intermedia es tarea compartida por varios miembros del equipo: el médico informa sobre el posible diagnóstico, el tratamiento, la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Enfermería informa sobre los cuidados, procedimientos y pruebas diagnósticas que se le están realizando. Por último, la asistente social, informa al enfermo y a la familia de los posibles recursos para solucionar los problemas sociales que su enfermedad pueda plantearle.

Es muy importante que sea realmente un equipo el que dé esta información para que el enfermo no reciba consejos o indicaciones conflictivos por contradictorios.

Esta información proporcionada en el Servicio de Urgencias, no tendrá que diferir de la suministrada en cualquier otro servicio del hospital, es decir que enfermería ante cualquier técnica o procedimiento debe informar siempre. Pero en el Servicio de Urgencias se añaden además unos factores que distorsionan esta información, como son el encontrarse en una situación desconocida que rompe con la normalidad, la preocupación por su estado de salud y qué medios se emplearán para restablecerla.

Esta información intermedia tiene que cumplir los siguientes objetivos.

- a. Tranquilizar al enfermo.
- b. Conseguir que entienda lo que le vamos a hacer.
- c. Conseguir que comprenda la necesidad de cooperar.
- d. Que ayude a que el enfermo exprese sus dudas e inquietudes.

Para lograr estos objetivos la información tiene que cumplir unas características:

- a. Ser clara, es decir, utilizar palabras que el enfermo pueda entender.
- b. Ser concisa.
- c. Ser suficiente, es decir, que al enfermo no le quede ninguna duda de lo que le vamos a hacer.
- d. Tiene que existir feed-back.

Esta información se dará:

- a. Al presentarnos cuando le vamos a atender.
- b. Antes de realizar alguna técnica, cuidado o procedimiento.
- c. Ante cualquier traslado para realizar cualquier prueba complementaria, indicándole el tiempo aproximado

# ANEXATE

flumazenil

**COMPOSICION:** Flumazenil (DCI): Ampollas con 0,5 mg / 5 ml de solución acuosa (1 mg / 10 ml de solución acuosa (para administración intravenosa). **PROPIEDADES:** El flumazenil, es un antagonista de las benzodiazepinas (BZD), que bloquea o inhibición competitiva los efectos producidos en el SNC por las sustancias que actúan a través de los receptores de BZD. "Anexate" no influyó en la actividad de los compuestos sin afinidad por los receptores BZD - barbitúricos, etanol, meprobamato, GABA-miméticos, agonistas de los receptores de adenosina, etc. - pero sí bloqueó los efectos de los agonistas no benzodiazepínicos de los receptores de BZD (Ciclopirononas - ej. zopiclona, triazolopiridazinas). Tras la inyección I.V. (30-60 seg.), el "Anexate" invierte rápidamente los efectos hipnótico-sedantes de las BZD, pudiendo reaparecer estos gradualmente durante las horas siguientes, según la vida media y la relación posológica agonista - antagonista. Es bien tolerado, incluso a altas dosis. En ensayos de toxicidad animal demostró ser poco tóxico y no mutagénico. Es posible que ejerza una leve actividad agonista, (anticonvulsiva). En animales pretratados con altas dosis de BZD durante varias semanas, el "Anexate" provocó síntomas de privación. **FARMACOCINETICA:** El flumazenil, es una base lipófila débil; su tasa de fijación a las proteínas plasmáticas es aproximadamente de un 50% (2/3 de la cual se deben a su fijación a la albúmina). La vida media de eliminación es de 53 min. de promedio. El volumen medio de distribución en estado de equilibrio ( $V_{ss} = 0,95$  l/kg) es similar al de las BZD estructuralmente afines, lo que indica fijación y/o distribución histórica del preparado. Se excreta casi exclusivamente (99%) por vía renal. Su principal metabolito - Ac. carboxílico - se ha identificado en forma libre y conjugada en la orina humana, careciendo de actividad tanto agonista como antagonista de las BZD. El aclaramiento plasmático del "Anexate" es de 1 litro por min. y puede atribuirse casi totalmente al aclaramiento hepático. La baja tasa de aclaramiento renal indica una eficaz exsorción tras la filtración glomerular. Los parámetros farmacocinéticos básicos del "Anexate" no variaron al administrarse junto a las BZD (midazolam, flunitrazepam o lormetazepam). **INDICACIONES:** El "Anexate" está indicado para neutralizar el efecto sedante central de las BZD. **En la anestesia:** Para terminar la anestesia general inducida y mantenida con BZD en pacientes hospitalizados. - Para detener a sedación producida por BZD en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos cortos en régimen hospitalario o ambulatorio. - Para contrarrestar las reacciones paradójicas debidas a BZD. **En los cuidados intensivos:** Diagnóstico y/o tratamiento de sobredosificación benzodiazepínica (voluntaria o accidental). - Diagnóstico en la inconsciencia de etiología desconocida, para comprobar si es debida a BZD, otros fármacos o lesión cerebral. - Neutralización específica de efectos centrales de BZD administradas a dosis demasiado altas (recuperación de la respiración espontánea y la conciencia a fin de no tener que intubar o para proceder a la extubación). **POSOLOGIA HABITUAL:** Debe administrarlo un anestesiólogo o médico experimentado por vía I.V.; puede diluirse en glucosa al 5% o ClNa al 0,9%; también puede utilizarse junto con otras medidas de reanimación. **En la anestesia:** Dosis inicial 0,2 mg I.V., en 15 seg. pudiendo administrarse a los 60 seg. siguientes (caso de no obtenerse nueva dosis de 0,1 mg. repitiéndola si es necesario en el mismo intervalo hasta una dosis total de 1 mg.; la dosis habitual se sitúa entre 0,3 y 0,6 mg. Se evitará la inyección rápida de "Anexate", en los pacientes sometidos a tratamiento prolongado con BZD, ya que el "Anexate" puede provocar síntomas de privación. De producirse fenómenos inesperados de privación, se recomienda inyectar lentamente por vía I.V. 5 mg de diazepam o midazolam. **Cuidados intensivos:** Dosis inicial 0,3 mg I.V. pudiendo administrarse a los 60 seg. siguientes (dependiendo de la respuesta del paciente) una nueva dosis, repitiéndola en el mismo intervalo hasta que el paciente despierte, pero sin sobrepasar una dosis total de 2 mg. En caso de reaparecer somnolencia, puede ser útil una infusión I.V. de 0,1-0,4 mg/hora. La velocidad de infusión se ajustará individualmente en función del grado de conciencia deseado. Los pacientes tratados largo tiempo con altas dosis de BZD, no deberían presentar síntomas de privación si el "Anexate" se ha dosificado individualmente y su inyección ha sido lenta. De presentarse signos inesperados de sobrestimulación, deben administrarse 5 mg. de diazepam o midazolam por vía I.V. Si dosis repetidas de "Anexate" no mejoran significativamente el estado de conciencia y función respiratoria, ha de suponerse la existencia de factores etiológicos no benzodiazepínicos. **CONTRAINDICACIONES:** Pacientes con hipersensibilidad conocida al preparado. **PRECAUCIONES:** Durante las 24 horas siguientes a la administración del "Anexate", a pesar de encontrarse conscientes y despiertos, los pacientes deben abstenerse de realizar actividades peligrosas que requieran a plena concentración mental (manejar máquinas peligrosas, conducir vehículos) ya que puede reaparecer el efecto de la BZD tomada o administrada previamente. **Justo durante el embarazo y la lactancia:** - Aunque no se han comprobado efectos embriotóxicos ni teratogénicos del "Anexate" a altas dosis en experimentación animal, no es conveniente administrar medicamentos en los 3 primeros meses del embarazo, salvo que sea absolutamente necesario. Durante la lactancia no está contraindicado el "Anexate" por vía parenteral en casos urgentes. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** El "Anexate" es bien tolerado, incluso a altas dosis parenterales hasta 100 mg-. No se conoce ningún trastorno de la función renal o hepática. Su empleo en la anestesia ha provocado -en raras ocasiones- náuseas y/o vómitos. Ocasionalmente (tras inyección rápida de "Anexate") los pacientes se han quejado de ansiedad, palpitaciones y miedo que de ordinario no han requerido tratamiento especial. **INTERACCIONES:** A partir de sus efectos sobre las BZD y agonistas no benzodiazepínicos de los receptores de BZD, no se han observado interacciones con otros depresores del SNC, la farmacocinética de las BZD permanece inalterada en presencia del "Anexate". **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** No se han observado síntomas de sobredosificación ni siquiera tras la administración de 100 mg I.V. Respecto a los fenómenos de privación atribuibles a los agonistas, cf. posología habitual. **OBSERVACIONES:** Cuando se utilice en anestesiología al final de una operación, no debe inyectarse "Anexate" hasta la desaparición de los efectos de los miorelajantes periféricos. **CONSERVACION:** Proléjase del calor. **PRESENTACIONES Y PVP:** Ampollas de 5 ml con 0,5 mg. PVL: 10.215 pts. PVP (IVA): 17.553 pts. Reg. DGFP n° 57806. Ampollas de 10 ml con 1 mg. PVL: 17.543,9 pts. PVP (IVA): 30.146 pts. Reg. DGFP n° 57807.

que tendrán que esperar para conocer los resultados.  
d. Siempre que el enfermo lo solicite.

Por otra parte, la información intermedia que recibe la familia debe ser proporcionada también por el equipo asistencial.

Hay que tener en cuenta que la familia no conoce el estado real del enfermo, no saben si se le está atendiendo ni qué cuidados se le están proporcionando.

Tampoco están muy claros los canales que pueden utilizar para recibirla; todo esto hace que aumente su ansiedad.

La información proporcionada a la familia ha de cumplir unos objetivos:

- Que tranquilice a la familia en lo posible.
- Que entiendan la necesidad de proporcionar información sobre lo ocurrido y sobre los antecedentes del enfermo.
- Que ayude a la familia a expresar sus dudas y temores.

Las características que ha de tener esta información:

- Procurar utilizar palabras que se puedan entender, concisas y de forma suficiente.
- Que la información sea realista.

En resumen se debe informar:

- Sobre los cuidados y exploraciones que se le realizan.
- Informar sobre el estado anímico del enfermo.
- Informar sobre el posible ingreso, traslado o intervención quirúrgica.

La frecuencia con que se dará esta información dependerá de la gravedad del enfermo, de la ansiedad de la familia y del tiempo de estancia en Urgencias.

## Información en el momento del alta

Podemos definirlo como todos los cuidados que el enfermo debe de conocer para conseguir una total reincorporación a su vida cotidiana, así como los datos que necesitan otros profesionales para dar una continuidad a los cuidados que precisa el enfermo.

Esta información puede ser dirigida:

- Al mismo paciente.
- A la familia.
- Al personal de otro centro hospitalario.
- A la APD de zona.

Hay fundamentalmente dos tipos de información que se complementan: la oral y la escrita; estos dos sistemas se necesitan el uno del otro. Con la información escrita lo que se consigue es dar un refuerzo a la información oral y dar un punto de referencia donde buscar la información si se necesita.

Hay que tener en cuenta la tendencia de la gente a olvidar.

Existe un estudio de dos psiquiatras británicos, Ley y Spelman (1967), que sintetizan conclusiones muy interesantes:



- a. Los enfermos olvidan la mayor parte de lo que les informan.
- b. Las instrucciones y consejos son más proclives a ser olvidadas que otro tipo de información.
- c. Cuantas más cosas se le digan al enfermo, mayor será la cantidad de olvidos.
- d. Los pacientes recuerdan mejor lo que se les dice primero y lo que ellos consideran más importante.
- e. Los enfermos inteligentes no recuerdan más que los menos inteligentes.
- f. Los enfermos mayores recuerdan tanto como los jóvenes.
- g. Los pacientes moderadamente ansiosos recuerdan más que los angustiados o los que no lo están en absoluto.
- h. Cuanto mayores conocimientos médicos tenga una persona más se recuerda.

Estos mismos investigadores sugieren unos remedios:

- a. Invite al enfermo a que escriba lo que se le dice; de esta forma dispondrá de un medio donde consultar.
- b. Dé primero la información más importante.
- c. Cuando dé consejos o instrucciones recalque su importancia.

En el momento de proporcionar la información procuraremos reunir al enfermo y a la familia y se les instruirá.:

- a. Sobre las posibles complicaciones o problemas que pueden tener por los cuidados recibidos.
- b. Sobre los cuidados que tendrán que seguir en su domicilio.
- c. Informar de donde y cuando tiene que volver a visitarse.
- d. Darle un lugar de referencia donde acudir si necesita aclarar algún dato.

### Conclusión

Creemos que el recibir información es uno de los derechos principales del enfermo y de su familia además de una obligación el proporcionarla por parte del equipo asisten-

cial. También creemos que al proporcionarla disminuimos la ansiedad del enfermo y la familia, con lo que conseguimos que cooperen y que la vivencia de su enfermedad no sea tan negativa.

### Identificación del equipo de Asistencia

El que todo el personal asistencial (desde camilleros hasta médicos) lleven uniformes blancos plantea un problema de identificación por parte del enfermo.

Si partimos de que el enfermo tiene derecho a la información, también tiene derecho a conocer quién le está dando esa información.

Por otra parte esta falta de identificación conviene mucho a los administradores hospitalarios, ya que les permite considerarnos como partes intercambiables. Personas vestidas de blanco que pueden ocupar cualquier puesto en lugar de la enfermera que se precisa para el nivel de los cuidados requeridos.

La falta de identificación puede crear situaciones confusas en el enfermo.

- a. No sabe a quién se dirige cuando solicita ayuda.
- b. No sabe de quién recibe la información.

Básicamente podemos encontrar dos formas para que el enfermo nos pueda identificar:

- a. Oral. Esta sería cuando nos presentamos como enfermeras antes de efectuar cualquier cuidado; este sistema se complementa con el visual que da un refuerzo a la identificación.
- b. Visual. Este incluiría la diferenciación de los uniformes (diferente color, pijama o bata, etc.) y las tarjetas de identificación que incluyen diferentes datos (nombre, fotografía, código de color y categoría).

Funcionalmente la diferenciación por el uniforme no la encontramos adecuada, ya que el uniforme más cómodo para trabajar es el pijama. En cuanto a las tarjetas de identificación creemos que no tendría que figurar el nombre completo de la persona pues en un Servicio de Urgencias puede acarrear algunos problemas, sobre todo en hospitales de grandes ciudades.