

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

¿VIENEN BIEN PREPARADOS LOS PACIENTES PARA REALIZAR EL TEST DE ALIENTO?

Autor principal MARIA SOLEDAD GIL GABARRON

CoAutor 1 MARÍA DEL CARMEN GAGO GÓMEZ

CoAutor 2 LARA AMESCUA ALCAZAR

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave Pruebas respiratorias Helicobacter pylori Paciente Información

» Resumen

1. Comprobar que el paciente (pac) está informado y preparado para la prueba
2. Identificar por qué no viene preparado
3. Asegurar la correcta realización de la prueba
4. Disminuir molestias y mejorar la atención de enfermería

Estudio observacional descriptivo realizado por DUE extracciones en pac citados para TAU durante 2 meses. Debían cumplir un protocolo: ayunas, no fumar, suspender inhibidores de la bomba de protones (IBP) y antibióticos (ATB). Los que no cumplían se citaban de nuevo. Incluimos 131 pac. Mujeres: 57,3%. 1265 años: 73,3%. Estudios primarios (EP): 51,1%. Pac preparados (PP): 77% (102); no preparados (NP): 23% (citados nuevamente in situ). De 29 NP el 72,7% (21) realizó correctamente TAU y el 27,3% se cito posteriormente. PP: informados 93,1% (94); no informados 6,9% (7). No suspendieron IBP 50% de NP. Relación de PP/NP según: Tramos edad: <12 a 85,7 PP vs 14,3% NP; 12-65a 80,2% PP vs 19,8% NP; >65a 64,3% PP vs 35,7% NP. Nivel estudios: No estudios (SE): 64% PP vs 36% NP; (EP): 74,6% PP vs 25,4% NP; Superiores (ES): 89,7% PP vs 10,3% NP. Relación de los PI según PP/NP con: Tramo edad: <12 años: 85,7% PP vs 14,3% NP; 12-65a: 90,9% PP vs 9,1% NP; >65a: 66,7% PP vs 33,3% NP. Nivel estudios: SE 71,4% PP vs 28,6% NP; EP: 85,2% PP vs 14,8% NP; ES: 91,7% PP vs 8,3% NP. El mayor motivo de mala preparación fue: los IBP. Enfermería es fundamental para realizar correctamente el TAU y mejorar la atención mediante la citación in situ

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La infección por *Helicobacter pylori* (HP), es la infección bacteriana crónica más extendida del mundo. Desempeña un papel importante en el desarrollo de diversas lesiones gastroduodenales, guarda relación directa con enfermedades como gastritis crónica, úlcera péptica, asociándose también al cáncer y linfoma gástrico tipo MALT. Presenta una distribución mundial con una mayor probabilidad de infección en la infancia, su prevalencia es mayor según aumenta la edad y disminuye con la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias. Los países con condiciones precarias presentan tasas elevadas de infección en la infancia (70-80%). En los países desarrollados la infección se concentra en la edad adulta. (1)

Existen métodos diagnósticos son directos e indirectos. Su sensibilidad y especificidad varían y se aplican según necesidad. Los métodos directos se basan en la demostración in situ del microorganismo obteniendo la muestra por biopsia gástrica mediante endoscopia. Los indirectos se basan en el estudio y la detección de ciertas características de la bacteria o de la respuesta del sistema inmune del huésped. No precisan endoscopia y son poco agresivos. (2)

El Test del Aliento (TAU) es un método indirecto, simple, rápido y de bajo coste fácilmente aplicable en la práctica clínica, para la detección de la infección por HP. Es de elección en cualquier situación que no requiera la realización de endoscopia. Se basa en la capacidad de la ureasa producida por HP para hidrolizar una solución de urea marcada con el isótopo ¹³C, el CO₂ marcado se absorbe, difunde a la sangre, es transportado a los pulmones y de allí excretado a través del aire espirado. Para su análisis se utiliza un espectrofotómetro de infrarrojos no dispersivo. Si el valor es igual o superior a 2,5 el paciente se considera infectado por HP. Ofrece ventajas: no es invasivo y valora toda la mucosa. (3) Está indicado para confirmar erradicación tras tratamiento, diagnóstico en niños, embarazadas, pacientes con contraindicación de biopsia y sujetos que no presenten síntomas de úlcera péptica. (4,5)

Pero, su eficacia se ve limitada en casos de baja densidad de colonización, tratamientos con IBP, antibióticos (ATB) o en gastrectomías por la menor posibilidad de contacto de la urea marcada con la mucosa gástrica. (6) Muestra una elevada sensibilidad (90%) y especificidad diagnósticas (100%), así como un elevado valor predictivo (>95%) (7).

El diagnóstico de la infección en pacientes en tratamiento actual o reciente con IBP o ATB, obliga a la suspensión de dicho tratamiento durante al menos 2 ó 4 semanas, respectivamente antes de realizar el TAU. El empleo de ATB o IBP, en los días previos a la realización de la prueba, es causa demostrada de falsos negativos.

Numerosos estudios indican que tras el tratamiento erradicador se debe confirmar la eficacia del mismo 6 semanas después. El tratamiento consiste en una tripe terapia (IBP + claritromicina + amoxicilina) durante 7 días (2,3,6).

Contexto de partida: El personal de enfermería realiza este procedimiento diagnóstico de forma independiente en nuestro centro. Nos planteamos si los pacientes venían bien preparados y se realizaba el TAU en condiciones óptimas para un buen diagnóstico.

Realizamos una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos especializadas así como en recursos científicos de Internet (Ver Tabla I). Se establecen los siguientes criterios de búsqueda.

- Cobertura temporal: 2006-2012.
- Idioma: castellano, inglés.
- Temática: Ciencias de la Salud.

Se seleccionan los resultados precisos a través del cumplimiento de los criterios de selección y del grado de precisión de los resultados, revisando títulos, resúmenes y textos completos y se analizan los resultados.

Se plantean una estrategia de búsqueda combinada por descriptores y por palabras clave en lenguaje natural sobre los conceptos test del aliento y *Helicobacter Pylori* adaptándolos a los tesauros/lenguajes documentales de cada recurso.

Se inicia el proceso de búsqueda seleccionando las bases de datos más adecuadas al tema planteado. Para ello se accede vía web a las bases

datos de Ciencias de la Salud más relevantes de ámbito internacional y nacional con el fin de revisar sus sistemas de búsqueda: cobertura temática, tesauros, índices, opción de búsqueda avanzada, opción de búsqueda simple, búsqueda por campos, límites, etc. Las bases de datos sobre Ciencias de la salud seleccionadas son: Medline (PubMed), IME y CuidenPlus. Como recursos multidisciplinares del ámbito de Internet se escoge Google Académico por su especialización y exhaustividad.

Detalle de las distintas estrategias realizadas en los diferentes recursos consultados:

GOOGLE ACADÉMICO: ("Test del aliento" OR "test urea carbono 13") AND "helicobacter pylori" Límite Temporal: 2006 Límite: Al menos resumen
PUBMED: (Breath Tests[Mesh] OR 13C-UBT) AND helicobacter pylori Limits: Publication Date from 2006 to 2012

IME: test del aliento

CUIDENPLUS: helicobacter pylori

Resultados de las distintas búsquedas:

Después de la realización de la búsqueda en los 4 recursos seleccionados, se analizan los resultados a través de los criterios de selección establecidos a priori:

Tabla I.

BASE DE DATOS ARTICULOS RECUPERADOS ARTICULOS RELEVANTES

Google Académico 16 3

Medline (PubMed) 318 4

IME 31 5

CuidenPlus 14 0

TOTAL 379 12

BIBLIOGRAFÍA.

(1) RAMIREZ RAMOS A, SANCHEZ SANCHEZ R. Helicobacter pylori 25 años después (1983-2008): Epidemiología, Microbiología, Patogenia, Diagnóstico y Tratamiento. 2009 Abril/Junio 2009;29(2):158-170.

(2) Borda F, Gallego S, Gomollón F, Iglesias J, Jiménez I, Pastor G, et al. Comparación entre dos pruebas del aliento con 13C-urea para el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori: espectrometría de masas frente a infrarrojos. Gastroenterología y Hepatología 2003;26(3):141-146.

(3) Yus C, Valle L, Novella M, Gomollón F, Sicilia B, Valdepérez J, et al. ¿Es fiable el test del aliento para el diagnóstico de infección por Helicobacter pylori en atención primaria? Atención Primaria 2003;31(2):93-97.

(4) ALCALDE M, PEREZ GARCIA ,J.I., SANCHEZ P, LANCHO A, CARPINTERO P, PAJARES JM. UTILIDAD DEL TEST DEL ALIENTO CON UREA-13C EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI. Medicina Clínica 1994;103(10):371-373.

(5) Logan RP. Urea breath tests in the management of Helicobacter pylori infection. Gut 1998 Jul;43 Suppl 1:S47-50.

(6) Grupo Conferencia Española dC, Gisbert JP, Borda F, Domínguez Muñoz E, Monés J. Indicaciones, métodos diagnósticos y tratamiento erradicador de Helicobacter pylori. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2005;97(5):348-374.

(7) Peng NJ, Lai KH, Lo GH, Hsu PI. Comparison of noninvasive diagnostic tests for Helicobacter pylori infection. Med Princ Pract 2009;18(1):57-61.

» **Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?**

Objetivos:

1. Comprobar que el paciente estaba informado y preparado para realizar el test de aliento correctamente.
2. Identificar los motivos por los que el paciente no viene preparado.
3. Asegurar al paciente la correcta realización de la técnica.
4. Disminuir las molestias y mejorar la calidad de la atención de enfermería proporcionada a los pacientes.

Se elaboró una encuesta con 7 preguntas. Las 3 primeras recogían datos demográficos. Las 2 siguientes información sobre el paciente, diagnósticos anteriores y tratamiento. Las 2 últimas hacían referencia a la información y correcta preparación del paciente para realizar TAU. La encuesta fue realizada por las enfermeras del servicio de extracciones, previa autorización verbal, de forma individualizada a todos los pacientes citados para TAU. El período de estudio fue del 16 de Febrero al 16 de Abril de 2012.

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes, citados para TAU, a los que se les realizó la encuesta.

Para realizarles el TAU, los pacientes tenían que cumplir el protocolo de la prueba:

Ayunas de sólidos y líquidos desde la noche anterior durante un mínimo de 8 horas.

No fumar durante un mínimo de 8 horas antes.

Suspender IBP dos semanas antes de la prueba.

Suspender ATB cuatro semanas antes de la prueba.

Se presentó un problema con aquellos pacientes que no cumplían el protocolo y debían citarse de nuevo en admisión pasado el tiempo necesario. La lista de espera, para la nueva citación, ocasionaba inconvenientes al paciente. Por lo que decidimos citarle directamente, pasado el tiempo suficiente para la realización correcta del TAU, pactando con el paciente y/o familiar el día más oportuno para ellos. Los datos obtenidos se recogieron en una base de datos de Microsoft Excell, realizando un análisis porcentual

RESULTADOS

Se incluyeron 131 pacientes. El 57,3% eran mujeres. Tramos de edad; < 12 años: 5,3%; 12-65 años: 73,3%; > 65 años: 21,4%. Nivel de estudios: SE: 19,1%; EP: 51,1%; ES: 29,8%. Los pacientes preparados (PP) para realizar TAU el 77 % (102) y no preparados (NP) 23%. Estos se citaron de nuevo, en ese momento, en la unidad de extracciones pactando la fecha de realización. De los 29 NP el 72,7% (21) se realizó correctamente la prueba y el 27,3% se había citado posteriormente. Los PP: recibieron información médica 93,1% (95) y no la recibieron 6,9%. Los NP: recibieron información médica 41,3% (12) y no la recibieron el 58,7%. Analizamos de los NP cuales eran los requisitos que no cumplían para realizar TAU. No cumplían un requisito el 76,7%. No ayunas: 3,3%, no suspender ATB: 23,4%, no suspender IBP: 50%. No cumplían dos requisitos el 23,3%. Fumar y no suspender IBP: 3,3%, no ayunas y no suspender IBP: 3,3% y no suspender IBP y ATB: 16,7%. Relación entre PP y NP según: Tramos de edad: <12 años 85,7% PP vs 14,3% NP; 12-65 años 80,2% PP vs 19,8% NP; < 65 años 64,3% PP vs 35,7% NP. Sexo: mujeres: 77,3% PP vs 22,7% NP; hombres: 76,8% PP vs 23,2% NP. Nivel de estudios: SE: 64% PP vs 36% NP; EP: 74,6% PP vs 25,4% NP; ES: 89,7% PP vs 10,3% NP.

Relación entre PI y PNI según: Tramos de edad: <12 años 85,7% PI vs 14,3% PNI; 12-65 años 80,3% PI vs 19,7% PNI; < 65 años 67,9% PI vs 32,1% PNI. Sexo: mujeres: 82,7% PI vs 17,3% PNI; hombres: 76,8% PI vs 23,2% PNI. Nivel de estudios: SE: 68% PI vs 32% PNI; EP: 80,6% PI vs 19,4% PNI; ES: 87,2% PI vs 12,8% PNI. Relación de todos los PI según PP o NP con: Tramo edad: < 12 años: 85,7% PP vs 14,3% NP; 12-65 años: 90,9% PP vs 9,1% NP; > 65 años: 66,7% PP vs 33,3% NP. Sexo: mujeres 85,8% PP vs 14,2% NP; hombres 83,3% PP vs 16,7% NP. Nivel de estudios: SE: 71,4% PP vs 28,6% NP; EP: 85,2% PP vs 14,8% NP; ES: 91,7% PP vs 8,3% NP. Realizaron TAU diagnóstico el 52,7% de los pacientes y TAU confirmatorio de erradicación el 47,3%

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes vienen correctamente preparados para la realización del TAU

Es fundamental informar al paciente sobre el protocolo de preparación de la prueba en la consulta médica.

El motivo más frecuente de mala preparación es el uso de IBP.

Los pacientes más susceptibles de venir mal preparados son los que no tienen estudios y los > 65 años.

Es fundamental el papel de enfermería para detectar errores en la preparación de la prueba y asegurar así la correcta realización de la misma.

Disminuyendo las molestias ocasionadas al paciente mediante la cita in situ cuando vienen mal preparados

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Reflexionamos sobre las soluciones que podíamos aplicar en nuestro servicio para los pac NP. Por el funcionamiento de nuestro centro era viable citar a estos pac pactando la fecha con ellos. Además se les dio toda la información de la preparación del TAU de forma individualizada, evitando nuevos errores y retraso en el diagnóstico y el tratamiento si el pac lo precisase. Todos los pacientes recitados dentro de periodo de estudio volvieron para realizar TAU y el 100% estaban correctamente preparados

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Los pac (niños, ancianos...) con dificultad para trasladarse al hospital, por cualquier motivo, tenían problemas para volver. Por lo que pactamos la cita en extracciones con ellos y sus familiares y les proporcionábamos justificante de asistencia

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Cuando la enfermera informaba nuevamente al pac se fomentaba que él mismo y su familia participaran activamente, facilitando la comprensión de dicha información y la implicación para realizar bien la preparación del TAU

» Propuestas de líneas de investigación.

Se deben realizar nuevos estudios que analicen pacientes susceptibles de realizar mal la preparación del TAU, dando lugar a diagnósticos erróneos. Y además valoren la importancia del personal de enfermería en la detección de errores en la preparación que disminuyen por sus consecuencias la calidad de vida del paciente